

9ª edición

SERIE ENFERMERÍA

# Manual de diagnósticos de enfermería

Judith M. Wilkinson  
Nancy R. Ahern

PEARSON  
Prentice  
Hall



## **END USER AGREEMENT**

During the term of this Agreement, Pearson hereby authorizes Customer to access and use the Products and provide access to the Products to Customer's faculty, students and administrative staff, solely for educational and instructional use on the Pearson System. Authorized users may access the Products only in accordance with the terms and conditions set forth in this Agreement and in any end-user license agreement (each a "EULA") or terms of use that may be contained in or with the Products. Customer agrees that no other individuals or third parties shall be allowed access to the Products. Customer understands and acknowledges that use of and access to the Products may be subject to pending conversion or setup of the Products to by Pearson. Except as expressly set forth in the foregoing, all rights with regards to the products and services offered herein are reserved by Pearson and under no circumstances shall Customer (or its users or students) resell, publish, transfer, distribute, sublicense, provide access to, copy, adapt, translate, reproduce, modify, enhance, or use the Products or the content contained therein without the express written permission of Pearson. Customer further agrees not to remove or alter any trademark or other proprietary notice in or on any Products. All right, title and interest in and to the Products and the content, materials and data contained therein, and any derivative works thereof (whether authorized or not, including any modifications made, specifically for Customer or to such course offerings in general, by Pearson or any other third party (including Customer and its agents or representatives)), is expressly reserved by Pearson. Pearson shall not be obligated to maintain, revise, enhance or update the standardized Products, unless specifically agreed to in a separate writing from this Agreement. Pearson may suspend use of or access to the Products in connection with any violation of this Agreement or any applicable EULA. Customer shall indemnify and hold harmless Pearson from any liability or damages incurred by Pearson in connection with Customer's alteration or unauthorized use of the Products. The Products shall only be used in conjunction with the Pearson System and in accordance with the terms and conditions of this Agreement. Customer understands and acknowledges that the Products may be retired or supplanted by new editions at any time, and that Pearson is under no obligation to make new editions or replacement products available to Customer. Pearson makes no warranty or representation that the Products will meet Customer's requirements, be error-free or continue to be available for any specific time period. CUSTOMER ACKNOWLEDGES AND AGREES THAT NO WARRANTIES, WHETHER EXPRESS OR IMPLIED, ARE MADE BY PEARSON, AND PEARSON DISCLAIMS ALL WARRANTIES, EXPRESS OR IMPLIED, INCLUDING WITHOUT LIMITATION, THE IMPLIED WARRANTIES OF MERCHANTABILITY AND FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE. PEARSON DOES NOT WARRANT, GUARANTEE OR MAKE ANY REPRESENTATION REGARDING THE ACCURACY, RELIABILITY, CURRENTNESS, USE, OR RESULTS OF USE, OF THE PRODUCTS.





# **Manual de diagnósticos de enfermería**





# **Manual de diagnósticos de enfermería**

NOVENA EDICIÓN

Judith M. Wilkinson  
Nancy R. Ahern

Traducción  
Ediciones Gráficas Arial, S.L.

Revisión técnica  
Ediciones Gráficas Arial, S.L.

PEARSON  
Prentice  
Hall

**MANUAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

Judith M. Wilkinson, Nancy R. Ahern

PEARSON EDUCACIÓN, S.A. 2008

ISBN: 978-84-8322-417-5

Materia: 614, Enfermería

Formato: 127 x 203 mm Páginas: 1056

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. Código penal).

Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

DERECHOS RESERVADOS  
© 2008, PEARSON EDUCACIÓN S.A.  
Ribera del Loira, 28  
28042 Madrid (España)

*Authorized translation from the English language edition, entitled Nursing Diagnosis Handbook, 9<sup>th</sup> Edition by WILKINSON, JUDITH M.; AHERN, NANCY R, published by Pearson Education, Inc, publishing as Prentice Hall Copyright © 2008.*

*All rights reserved. No part of this book may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording or by any information storage retrieval system, without permission from Pearson Education, Inc.*

*SPANISH language edition published by Pearson Educación S. A., Copyright © 2008.*

ISBN: 978-84-8322-417-5

Depósito Legal:

**Equipo editorial:**

**Editor:** Miguel Martín-Romo

**Técnico Editorial:** Marta Caicoya

**Equipo de producción:**

**Director:** José A. Clares

**Técnico:** Irene Iriarte

**Diseño de cubierta:** Equipo de diseño de Pearson Educación S.A.

**Composición:** Ediciones Gráficas Arial, S.L.

**Impreso por:**

IMPRESO EN ESPAÑA - *PRINTED IN SPAIN*

Este libro ha sido impreso con papel y tintas ecológicos

**Nota sobre enlaces a páginas web ajenas:** Este libro puede incluir enlaces a sitios web gestionados por terceros y ajenos a PEARSON EDUCACIÓN S.A. que se incluyen sólo con finalidad informativa.

PEARSON EDUCACIÓN S.A. no asume ningún tipo de responsabilidad por los daños y perjuicios derivados del uso de los datos personales que pueda hacer un tercero encargado del mantenimiento de las páginas web ajenas a PEARSON EDUCACIÓN S.A. y del funcionamiento, accesibilidad o mantenimiento de los sitios web no gestionados por PEARSON EDUCACIÓN S.A. Las referencias se proporcionan en el estado en que se encuentran en el momento de publicación sin garantías, expresas o implícitas, sobre la información que se proporcione en ellas.



---

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Prefacio	vii
Características de este libro	vii
Otras características	viii
A quién está dirigido este manual	ix
Revisores	xi

### SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN 1

#### Introducción 3

Antecedentes históricos	3
Proceso de enfermería en relación con el diagnóstico de enfermería	3
Protocolos de cuidados en relación con el diagnóstico de enfermería	4
Gestión del caso y vías clave	4
Gestión del caso	4
Vías clave y atención protocolizada	5

#### Componentes de los planes de atención del diagnóstico de enfermería 6

Planes de atención	6
Diagnóstico de enfermería	6
Definición	6
Características definitorias	6
Factores relacionados	8
Factores de riesgo	8
Sugerencias de uso	8
Otros posibles diagnósticos	8
Resultados NOC	8
Objetivos/criterios de evaluación	9
Intervenciones NIC	9
Actividades de enfermería	10
Guía de cuadros clínicos para los diagnósticos de enfermería y problemas secundarios	11
Diagnósticos de enfermería	11
Problemas multidisciplinares (secundarios)	12

#### Elaboración de un plan de atención del diagnóstico de enfermería 13

Valoración	13
Diagnóstico	13
Resultados NOC	14
Objetivos/criterios de evaluación	14
Intervenciones y actividades de enfermería	14
Elaboración de una vía clave	15

## SECCIÓN II: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA CON RESULTADOS E INTERVENCIONES 17

### Planes de atención en orden alfabético 19-759

Cada plan de atención contiene la siguiente información:

- Número en la taxonomía
- Definición
- Características definitorias
- Factores relacionados
- Factores de riesgo
- Sugerencias de uso
- Otros posibles diagnósticos
- Resultados NOC
- Objetivos/criterios de evaluación (ejemplos con los términos NOC y otros)
- Intervenciones NIC
- Actividades de enfermería (NIC y otras)

## SECCIÓN III: GUÍA DE CUADROS CLÍNICOS PARA LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PROBLEMAS SECUNDARIOS 761

- Enfermedades 764
- Afecciones quirúrgicas 792
- Enfermedades psiquiátricas 804
- Complicaciones del anteparto y el postparto 814
- Enfermedades neonatales 822
- Enfermedades pediátricas 831
- Bibliografía 847

**Apéndice A** Diagnósticos de enfermería aprobados por NANDA internacional (2007-2008) 957

**Apéndice B** Diagnósticos de enfermería aprobados por NANDA internacional (2007-2008), Taxonomía II: campos, clases y diagnósticos 962

**Apéndice C** Descriptores de los ejes seleccionados por NANDA internacional 971

**Apéndice D** Problemas multidisciplinares (secundarios) asociados a las enfermedades y otros trastornos fisiológicos 973

**Apéndice E** Problemas multidisciplinares (secundarios) asociados a las pruebas y los tratamientos 982

**Apéndice F** Problemas multidisciplinares (secundarios) asociados a los tratamientos quirúrgicos 983

Créditos 985

Índice 987

---

## PREFACIO

El *Manual de diagnósticos de enfermería* de Prentice Hall con intervenciones NIC y resultados NOC, en su novena edición, está diseñado para ayudar a que los profesionales y los estudiantes de enfermería elaboren planes individualizados de cuidados al paciente. Se ha ampliado la reciente edición para incluir todos los diagnósticos de enfermería aprobados por la *North American Nursing Diagnosis Association* (Asociación de diagnósticos de enfermería de Norteamérica [NANDA]) para 2007-2008, así como sus relaciones con los resultados e intervenciones basados en la investigación de la *Nursing Outcomes Classification* (Clasificación de resultados en enfermería [NOC]) y la *Nursing Interventions Classification* (Clasificación de intervenciones en enfermería [NIC]). En todos los apartados se utiliza la terminología estandarizada de la NANDA, la NOC y la NIC; las excepciones figuran entre corchetes [].

### Características de este libro

#### Resultados NOC

Para facilitar el uso de un lenguaje unificado en enfermería y de los registros informáticos de pacientes, cada diagnóstico de enfermería contiene los resultados que se pueden encontrar en el libro *NANDA, NOC and NIC Linkages: Nursing Diagnoses, Outcomes, & Interventions* (2.<sup>a</sup> ed.) (Johnson, Bulechek, Butcher, Dochterman, Maas, Moorhead y Swanson, 2006). También podemos encontrar otros resultados de diagnóstico en *NOC Outcomes Classification (NOC)* (2004). Los resultados NOC son sensibles a la actividad de enfermería, es decir, pueden estar influenciados por la atención prestada por enfermería a un diagnóstico concreto de la NANDA. Este texto también muestra cómo utilizar los resultados NOC, los indicadores de resultados y las escalas de medida para documentar los objetivos del paciente.

#### Intervenciones NIC actualizadas

Se han actualizado las intervenciones NIC para reflejar el continuo trabajo del *Iowa Interventions Project*. Las intervenciones reseñadas y definidas para cada diagnóstico de enfermería son aquellas (1) designadas por la *Nursing Interventions Classification* (Dochterman y Bulechek, 2004) como intervenciones prioritarias (es decir, los tratamientos de elección para ese diagnóstico) o aquellas “intervenciones mayores”; (2) asociadas con los resultados reseñados en el libro *NANDA, NOC, and NIC Linkages* (2.<sup>a</sup> ed.) (Johnson y cols., 2006), para ese diagnóstico de enfermería. Estas dos listas se solapan, pero son ligeramente distintas. En este texto hemos destacado las intervenciones prioritarias de la NIC que **no** aparecen en el libro mencionado. Un equipo de investigación creó las intervenciones NIC y las relacionó con las categorías de la NANDA utilizando un proceso compuesto por múltiples métodos, que incluyó el juicio de expertos en la práctica y la investigación de enfermería.

### **Inclusión de las actividades de enfermería NIC**

Con el fin de promover al máximo el uso de un lenguaje estandarizado, algunas de las actividades de enfermería para cada diagnóstico utilizan el lenguaje NIC. Así se ilustra cómo se pueden utilizar las actividades NIC, además de las intervenciones NIC ampliadas, en la planificación de la atención.

### **Inclusión de contenidos acerca de la familia, la comunidad y actividades auxiliares**

En la sección de ejemplos de los objetivos/criterios de evaluación se han incluido también más objetivos relacionados con la familia y la comunidad. En el texto se pueden encontrar también más intervenciones de enfermería relacionadas con la familia y la comunidad, así como actividades auxiliares.

### **Más contenidos de geriatría y atención domiciliaria**

Como la mayoría de los pacientes son mayores, hemos añadido a cada plan de cuidados una sección dedicada a las actividades de enfermería en los pacientes mayores.

Puesto que actualmente una gran parte de la atención de enfermería se realiza en el domicilio del paciente, y como el autocuidado es cada vez más importante, también se incluye en cada plan de cuidados una sección sobre atención domiciliaria.

### **Problemas secundarios**

En la sección III (“Guía de cuadros clínicos para los diagnósticos de enfermería y problemas secundarios”), cada enfermedad o problema médico incluye los problemas multidisciplinarios (secundarios) asociados. Los apéndices D, E y F contienen el listado más exhaustivo posible de los problemas secundarios, clasificados de acuerdo con (1) enfermedades/fisiopatología, (2) pruebas y tratamientos, y (3) tratamientos quirúrgicos.

### **Otras características**

#### **Sencillez de uso**

El libro se divide en tres grandes partes: (1) Introducción al uso de los diagnósticos de enfermería; (2) planes de atención completos para cada diagnóstico de enfermería de la NANDA; y (3) listado de trastornos médicos, quirúrgicos, psiquiátricos, perinatales y pediátricos, con los diagnósticos de enfermería y los problemas secundarios habitualmente relacionados con cada uno de esos trastornos. Esta organización permite que el profesional de enfermería inicie el proceso de planificación de la atención tanto por problemas médicos como por los diagnósticos de enfermería.

#### **Sugerencias para la utilización de los diagnósticos de la NANDA**

Las sugerencias de los autores ayudan a clarificar los diagnósticos de enfermería y recomiendan el mejor uso posible de los mismos.

### **Organización de las características definitorias**

Estas palabras clave siguen un orden alfabético y se han dividido en subjetivas y objetivas. La NANDA ya no las clasifica en mayores, menores y críticas.

### **Fácilmente individualizable**

Cada plan de cuidados es exhaustivo y permite a los profesionales de enfermería seleccionar el contenido específico según la enfermedad y la situación del paciente. Cada diagnóstico de enfermería incluye los factores relacionados y los factores de riesgo que facilitan la individualización del plan de cuidados de acuerdo con la situación concreta del paciente. Los/las enfermeros/as innovadores/as adaptarán los resultados, las intervenciones y los factores de riesgo y relacionados ya estandarizados para satisfacer las necesidades específicas de cada paciente.

### **Actividades de enfermería: valoración, educación y actividades auxiliares**

Las actividades de enfermería están organizadas en los siguientes epígrafes: valoración, educación del paciente y la familia, actividades auxiliares, y otras. Esto facilita la localización de una actividad concreta y ayuda al personal de enfermería a tener en cuenta todas las actividades posibles.

### **Vías clave**

Se ofrece una argumentación actualizada de los diagnósticos de enfermería y las vías clave, junto con un ejemplo de modelo de plan de cuidados multidisciplinario (vía clave).

### **Lista de comprobación del plan**

Se proporciona una lista de comprobación (véase la solapa perforada de la contraportada) para ayudar al profesional a evaluar el plan de cuidados realizado y comprobar si está completo y es adecuado para ese paciente.

### **A quién está dirigido este manual**

El objetivo de este manual de bolsillo es facilitar la planificación de cuidados a estudiantes de enfermería, profesionales de la enfermería en distintos puestos, enfermeros/as clínicos/as especialistas, y a los encargados de formar a estos profesionales.



---

## REVISORES

Claudia P. Barone, EdD, RN, LNC, CPC, CCNS  
Catedrática y decana  
University of Arkansas for Medical Sciences College of Nursing  
Little Rock, Arkansas

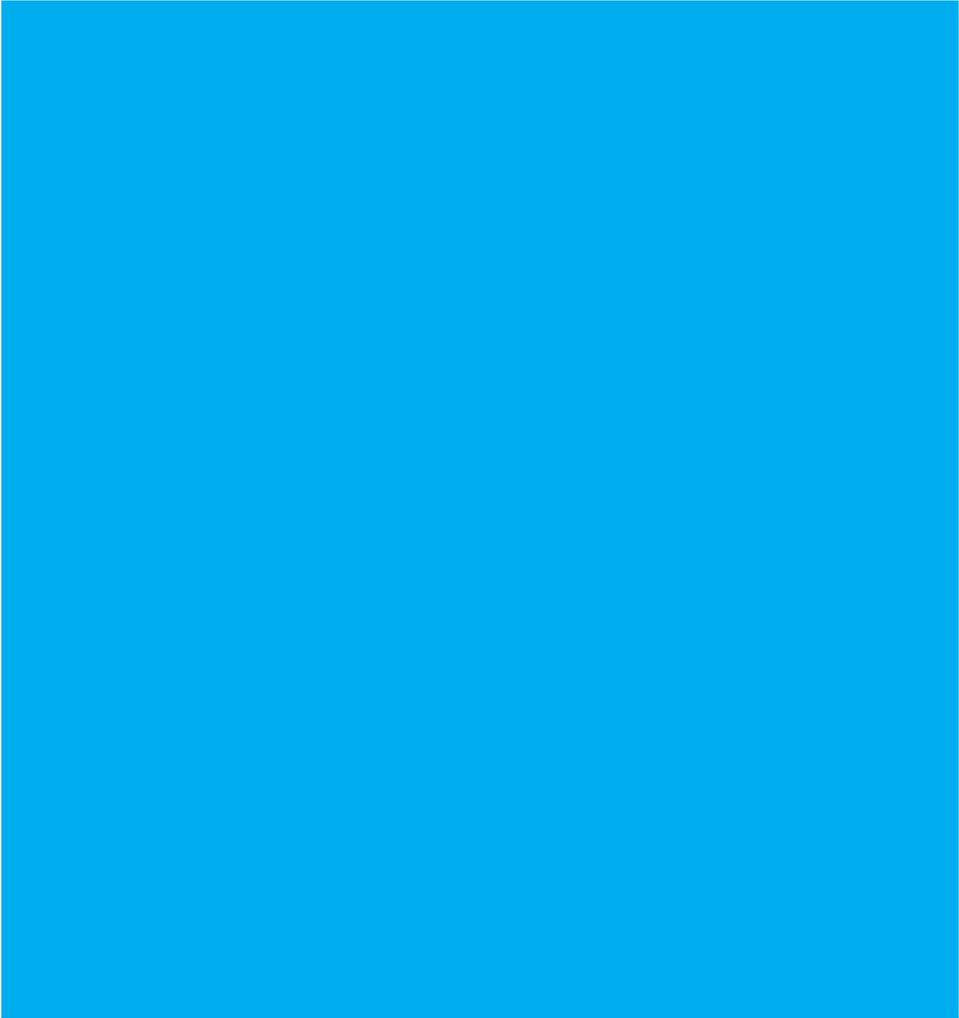
Gail Harrigan, RN, MSN  
Profesor ayudante  
Brookdale Community College  
Lincroft, New Jersey

Mary L. Dowell, PhD, RNC  
Decana asociada, catedrática  
University of Mary Hardin Baylor  
Belton, Texas





Sección I  
INTRODUCCIÓN





# Introducción

## Antecedentes históricos

En 1973 la *American Nurses Association* (ANA) decretó la utilización de diagnósticos de enfermería. Ese mismo año, clínicos, docentes, investigadores y teóricos de todos los campos de la práctica de la enfermería se reunieron para asignar etiquetas diagnósticas a los trastornos que habían observado en su práctica clínica. Con ese principio se estableció la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) como el grupo formal para la promoción, revisión y aprobación de la lista actual de diagnósticos de enfermería utilizada por los profesionales en su trabajo. Los miembros de la NANDA se reúnen cada dos años. La lista actual, con casi 200 diagnósticos (véase el interior de la contraportada), se ampliará sin duda a medida que los/las enfermeros/as exploren a lo ancho y largo de la práctica de la enfermería.

Como la lista de diagnósticos de enfermería aumentó considerablemente, la NANDA elaboró un sistema de clasificación para ordenarla. La taxonomía actual (taxonomía II) se ofrece en el Apéndice B. Se sigue trabajando en determinados aspectos (por ejemplo, etiquetas diagnósticas que se solapan). La NANDA ha estado trabajando con la ANA y otras organizaciones para incluir los diagnósticos NANDA en otros sistemas de clasificación, como la ICD (clasificación de las enfermedades de la Organización Mundial de la Salud). Los artículos relacionados con el diagnóstico de la NANDA están recogidos en el *Cumulative Index of Nursing y Allied Health* (CINAHL), y en el *Medical Metathesaurus for a Unified Medical Language* de la *National Library of Medicine*.

El uso creciente de registros informáticos de los pacientes requiere un lenguaje uniforme para describir los problemas de los pacientes. El diagnóstico de enfermería satisface esa necesidad y ayuda a clarificar la práctica de enfermería al describir los problemas que se pueden tratar en enfermería de forma independiente. El diagnóstico de enfermería realza el pensamiento crítico y la toma de decisiones, y proporciona una terminología consistente y universalmente entendida entre los profesionales de enfermería que trabajan en distintos lugares, incluyendo hospitales, consultas ambulatorias, clínicas de atención sanitaria y práctica privada.

## Proceso de enfermería en relación con el diagnóstico de enfermería

El proceso de enfermería proporciona una estructura para la práctica de enfermería, un marco en el que los/las enfermeros/as utilizan el conocimiento y las habilidades para expresar el cuidado de las personas. El proceso de enfermería se utiliza continuamente en la planificación y la práctica de la atención. El/la enfermero/a considera al paciente como la figura central del plan de cuidados y confirma la idoneidad de todos los aspectos de la atención de enfermería observando sus respuestas.

#### 4 Manual de diagnósticos de enfermería

La valoración (también denominada recogida de datos) es el paso inicial en el pensamiento crítico y la toma de decisiones que conduce al diagnóstico de enfermería. El/la enfermero/a utiliza la definición y las características definitorias del diagnóstico de enfermería para validar el diagnóstico. Una vez determinados el diagnóstico y los factores relacionados o factores de riesgo, se elabora un plan de cuidados. El/la enfermero/a selecciona los resultados relevantes para el paciente, incluyendo si es posible las propias ideas y sugerencias del paciente con respecto a esos resultados. A continuación, trabaja con el paciente para determinar qué actividades serán útiles para lograr los resultados definidos. Finalmente, tras poner en marcha las actividades de enfermería, evalúa el plan de cuidados y el progreso del paciente. ¿Sigue siendo válido el diagnóstico de enfermería? ¿Ha conseguido el paciente los objetivos propuestos? ¿Siguen siendo apropiados y realistas los intervalos de la documentación y las fechas previstas? ¿Son ya innecesarias ciertas intervenciones? El plan de cuidados individualizado se revisa según sea preciso.

### Protocolos de cuidados en relación con el diagnóstico de enfermería

La planificación de cuidados del diagnóstico de enfermería y los protocolos (estándares) de cuidados están relacionados entre sí. Los protocolos de cuidados se elaboran para grupos de pacientes en los que se pueden realizar predicciones generalizadas. Estos protocolos dirigen un conjunto de intervenciones comunes de enfermería a grupos específicos de pacientes (por ejemplo, a todos los pacientes en los que se implanta una prótesis total de cadera). Donde estén registrados protocolos de cuidados, no se utiliza la planificación de cuidados del diagnóstico de enfermería para comunicar acciones de enfermería rutinarias, sino que se utiliza para aquellos problemas excepcionales de los pacientes que no están recogidos en los protocolos de cuidados.

### Gestión del caso y vías clave

Los costes crecientes de la atención sanitaria y las peticiones de reforma de la misma han provocado una reestructuración de las prácticas tradicionales. Han surgido dos sistemas clínicos multidisciplinares: la gestión del caso y la atención protocolizada (*managed care*).

#### Gestión del caso

La gestión del caso es un sistema en el que los profesionales sanitarios coordinan los cuidados a poblaciones de pacientes complejas y de alto riesgo. Estos son los casos infrecuentes, raros, atendidos en un centro; pacientes cuyos problemas cambian frecuente e impredeciblemente, y cuyas necesidades no pueden ser totalmente recogidas en un plan estandarizado ni en una vía clave. El gestor del caso, a menudo un profesional de la enfermería con experiencia, se centra en los roles y las relaciones y proporciona cuidados bien coordinados a los pacientes y a sus familias en todos los contextos en los que el paciente recibe cuidados.

### Vías clave y atención protocolizada

La **atención protocolizada** se utiliza para uniformizar la práctica en los casos más frecuentes y prevalentes de un centro. Por ejemplo, los casos típicos en una unidad cardiaca podrían ser el infarto de miocardio o la cateterización cardiaca. La atención protocolizada utiliza una herramienta denominada “vía clave” como guía para lograr unos resultados predecibles en el paciente en un tiempo determinado. La vía clave es un plan de cuidados multidisciplinar que define las actividades cruciales que deben realizar enfermeras, médicos y otros miembros del equipo sanitario en los momentos determinados para lograr los resultados deseados en el paciente (véase la tabla de la pág. 16)

En los sistemas de manejo del caso, la vía clave protocolizada sustituye al plan de cuidados tradicional de enfermería en muchos pacientes. Algunas instituciones han incorporado los diagnósticos de enfermería directamente en las vías clave. Otras utilizan los diagnósticos de enfermería para denominar las variaciones y elaborar un plan individualizado para lograr los resultados revisados. La variación tiene lugar cuando los resultados deseados no se consiguen en los tiempos determinados.

**Diagnóstico de enfermería incorporado en la vía clave:** un ejemplo de la incorporación de un diagnóstico de enfermería a una vía clave, para un paciente recientemente diagnosticado de diabetes insulino dependiente, sería el siguiente diagnóstico, que se incorporaría al plan de cuidados multidisciplinar ya impreso:

*Manejo ineficaz del régimen terapéutico* relacionado con información limitada y práctica limitada, puesto de manifiesto por verbalización de conocimientos insuficientes, cumplimiento inadecuado de las instrucciones y realización inapropiada de las pruebas.

Los objetivos del paciente podrían ser que, antes del día 3, reconozca los signos y síntomas de hipo- e hiperglucemia, y antes del día 5, sea capaz de inyectarse la dosis precisa de insulina.

**Diagnóstico de enfermería utilizado para denominar la variación:** en este sistema, la vía clave de un paciente diabético insulino dependiente recientemente diagnosticado no incluiría un diagnóstico de enfermería, sino que recogería lo que es necesario enseñar cada día. El día 5, si el paciente no puede conseguir el resultado previsto de inyectarse él mismo, se identificaría y analizaría esta variación. En ese momento se utilizaría el diagnóstico de enfermería de *Manejo ineficaz del régimen terapéutico* relacionado con dificultades para lograr la habilidad psicomotriz necesaria para inyectarse, con el fin de individualizar los cuidados de enfermería a este paciente, que presenta una variación con respecto a la vía clave.

Incluso en aquellas organizaciones que utilizan los cuidados protocolizados, el proceso de enfermería se utiliza para planificar y proporcionar cuidados a los pacientes mediante un plan de cuidados multidisciplinar, y los diagnósticos de enfermería son útiles para individualizar las vías clave con el fin de satisfacer las necesidades individuales y únicas de cada paciente. Es esencial que los/las enfermeros/as de hoy en día estén formados/as en el uso de los diagnósticos de enfermería para identificar y realizar eficazmente los cuidados de enfermería dentro del equipo multidisciplinar.

---

## COMPONENTES DE LOS PLANES DE ATENCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Este libro está dividido en dos partes, “Planes de atención” y “Guía de cuadros clínicos para los diagnósticos de enfermería y problemas secundarios”. A continuación se describen sucintamente estas dos partes, con algunos ejemplos de uso.

### Planes de atención

Cada plan de atención incluye un diagnóstico de enfermería, la definición de esa etiqueta, las características definitorias, los factores relacionados o los factores de riesgo, las sugerencias de uso, otros posibles diagnósticos, los resultados NOC, los objetivos del paciente, las intervenciones NIC y las actividades de enfermería. Véase la figura de la pág. 7.

Los planes de atención del diagnóstico de enfermería están ordenados alfabéticamente para facilitar la localización de los diagnósticos. Los diagnósticos están formulados de modo que el concepto clave es la primera palabra.

### Diagnóstico de enfermería

El diagnóstico de enfermería es un concepto conciso que describe las situaciones del paciente observadas en la práctica. Estas situaciones pueden ser problemas presentes o potenciales, o bien diagnósticos de bienestar. Con la terminología de la NANDA, los problemas potenciales se denominan “Riesgo de”. El apéndice C contiene una lista de descriptores de los ejes (previamente llamados calificadores del diagnóstico) que se utilizan en muchas de las etiquetas diagnósticas (por ejemplo, agudo, alterado, deficitario). Se recomienda añadir otros calificadores, si es necesario, para que los diagnósticos sean precisos y descriptivos.

### Definición

La definición de cada diagnóstico de enfermería ayuda a comprobar un diagnóstico concreto. Las definiciones de este texto siempre están tomadas de la taxonomía de la NANDA, excepto en los casos en que se especifica lo contrario.

### Características definitorias

Las características definitorias son las claves que describen el estado del paciente, tanto las observadas por el/la enfermero/a (objetivas) como las que expresan el propio paciente y su familia (subjetivas). Una vez evaluado el paciente, se ordenan las características definitorias en modelos significativos que sirvan para alertar de la posibilidad de problemas en ese paciente. Habitualmente, la presencia de dos o tres características definitorias confirma un diagnóstico de enfermería.

En este texto se han incluido todas las características definitorias de la NANDA. Esta clasificación ya no divide las características definitorias en mayores, menores y críticas. Esta simplificación se hizo para facilitar (1) la creación de bases de datos electrónicas de diagnósticos de enfermería, (2) la elaboración de diagnósticos, y (3) el trabajo de clasificación.

**ACTIVIDAD, RIESGO DE INTOLERANCIA A LA (1982)**

**Definición:** riesgo de que la energía física o psíquica sea insuficiente para tolerar o completar las actividades diarias precisas o deseadas.

**Factores de riesgo**

**Subjetivos**  
Antecedentes de intolerancia  
Inexperiencia con la actividad

**Objetivos**  
Estado de desacondicionamiento  
Presencia de problemas circulatorios o respiratorios

**Factores relacionados**

**Sugerencias de uso**  
Diferenciar entre intolerancia a la actividad, cansancio y déficit de autocuidado. Véase intolerancia a la actividad, sugerencias de uso (págs. 20-21).

**Otros posibles diagnósticos**  
Déficit del autocuidado, riesgo de Fatiga, riesgo de

**Resultados NOC**

**Conservación de la energía:** acciones personales destinadas a gestionar la energía necesaria para iniciar y realizar actividades

**Resistencia:** capacidad de mantener una actividad

**Tolerancia a la actividad:** respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía durante las actividades cotidianas

Las definiciones ayudan a confirmar el diagnóstico

Características definitorias, divididas en "subjetivas" y "objetivas"

Muchos posibles "factores relacionados" con ese diagnóstico

Aclaraciones y sugerencias de uso del diagnóstico

Referencias cruzadas a otros posibles diagnósticos

Guía para seleccionar los resultados importantes, en el lenguaje estandarizado

Objetivos para medir el progreso del paciente

**Objetivos/criterios de evaluación**  
Ejemplos con los términos NOC

- Muestra perfusión tisular: periférica, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: comprometida en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente, no comprometida):  
Reflujo capilar en dedos de manos y pies  
Sensibilidad  
Color de la piel
- Muestra perfusión tisular: periférica, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: intensa, sustancial, moderada, suave o ninguna):  
Dolor localizado en la extremidad

**Otros ejemplos**  
El paciente será capaz de:

- Reconocer los signos y síntomas de disfunción neurovascular periférica
- Evitar las lesiones causadas por dispositivos de compresión o sujeciones
- Mostrar una ausencia de problemas de fuerza en la extremidad
- Mostrar una curación y adaptación óptimas a la escayola, la tracción o el vendaje
- Mostrar un buen tono muscular y fuerza de movimientos en las extremidades

**Intervenciones NIC**

**Cuidado circulatorio:** insuficiencia arterial: mejora de la circulación arterial

**Cuidado circulatorio:** insuficiencia venosa: mejora de la circulación venosa

**Posición:** paciente neurológico: logro de una alineación corporal adecuada y óptima para pacientes que experimenten o corran el riesgo de sufrir lesiones de médula espinal o irritación vertebral

**Actividades de enfermería**

**Valoración**

- Realizar valoraciones neurovasculares cada hora durante las primeras 24 horas tras el escayolamiento, lesión, tracción o colocación de sujeciones. Si se observa una estabilidad, realizar las actividades siguientes cada cuatro horas.
- (NIC) Cuidado circulatorio (insuficiencia arterial y venosa): realizar una evaluación completa de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos, edemas, reflujo capilar, color y temperatura periféricos)
- (NIC) Gestión de la sensibilidad periférica: Controlar la sensibilidad cutánea y térmica

Guía para seleccionar las intervenciones de enfermería más importantes, en el lenguaje estandarizado

Seleccionar entre muchas actividades de enfermería las que ayuden al paciente a obtener resultados

### Factores relacionados

Los factores relacionados implican una conexión con el diagnóstico de enfermería. Esos factores se pueden calificar de relacionados, antecedentes, asociados o contribuyentes al diagnóstico. Los factores relacionados indican qué debería cambiar para que el paciente recobre una salud óptima, y por tanto, ayudan a seleccionar intervenciones de enfermería efectivas. Por ejemplo, para el diagnóstico de *intolerancia a la actividad*, las actividades de enfermería para un paciente cuyo factor relacionado es arritmias, serán distintas de las necesarias para un paciente cuyo factor relacionado es dolor crónico.

### Factores de riesgo

Los factores de riesgo sólo se encontrarán en los diagnósticos de enfermería de “riesgo de” (posibles). Los factores de riesgo son similares a los factores relacionados y las características definitorias para la elaboración del plan de cuidados. Describen hechos y conductas que suponen un riesgo para el paciente y sugieren intervenciones para proteger al paciente. Por ejemplo, un paciente anciano puede recibir el diagnóstico de *riesgo de traumatismo* y mostrar los siguientes factores de riesgo: debilidad, baja visión, alteraciones del equilibrio, suelos resbaladizos y alfombras no sujetas. Como etiología, este conjunto de factores de riesgo sugiere la necesidad de intervenciones destinadas a prevenir las caídas.

### Sugerencias de uso

Se incluyen comentarios aclaradores para aquellos diagnósticos problemáticos, junto con sugerencias para utilizar el diagnóstico adecuadamente y distinguirlo de otros diagnósticos similares.

### Otros posibles diagnósticos

Estos son otros diagnósticos de enfermería que pueden plantearse al identificar el problema del paciente. Si la revisión de la definición y las características definitorias indican que sólo encajan parcialmente con los datos del paciente, se pueden considerar estos posibles diagnósticos como opciones. Este apartado resulta especialmente útil para los profesionales poco familiarizados con los pormenores de cada diagnóstico de enfermería.

### Resultados NOC

En cada diagnóstico de la NANDA se puede leer la lista de resultados NOC asociados que ha sido reconocida por la ANA (Johnson *et al.*, 2006). Los resultados están tomados del libro *NANDA, NOC, and NIC Linkages* (2006). En la *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (2004) se pueden encontrar más resultados NOC para cada diagnóstico. Los resultados NOC son conceptos neutrales que reflejan estados o conductas del paciente (por ejemplo, memoria, afrontamiento, descanso). Estos resultados del paciente, medibles por enfermería, no son los objetivos, pero se pueden utilizar junto con sus indicadores para determinar los objetivos de un paciente concreto. Los indicadores son conductas más específicas utilizadas para medir o graduar los resultados del paciente.

### Objetivos/criterios de evaluación

Cada diagnóstico de enfermería también incluye ejemplos de los objetivos del paciente y los criterios de evaluación, ambos elaborados mediante los resultados NOC, los indicadores de resultados y las escalas de medición. Los objetivos son afirmaciones acerca del paciente y sus familiares, medibles y observables. Por ejemplo, para evaluar el resultado de un paciente de orientación cognitiva, el/la enfermero/a podría utilizar estos indicadores:

- Orientado en persona (levemente comprometido)
- Reconoce a las personas cercanas (moderadamente comprometido)
- Orientado en espacio (no comprometido)

Se recomienda utilizar tantos resultados del paciente y objetivos como sea preciso. Si es necesario utilizar más, consultar el manual de la NOC (Moorhead, Johnson y Maas, 2004).

Los objetivos del paciente, como todos los componentes del proceso del plan de cuidados, son dinámicos. Por tanto, cambian a menudo. Es muy importante determinar objetivos individualizados y concretos porque se utilizan para evaluar la respuesta del paciente a los cuidados y el éxito del plan de cuidados de enfermería.

El/la enfermero/a debería ser realista a la hora de elaborar los objetivos de un paciente, porque en ocasiones, el único objetivo alcanzable es un cambio parcial de la conducta del paciente. Con la reducción de las estancias hospitalarias, el personal de enfermería extrahospitalaria puede ayudar a los pacientes a lograr objetivos y resultados una vez han sido dados de alta del hospital. En el momento del alta, se puede hablar con el paciente para determinar los objetivos del paciente y su familia que aún no se han cumplido por completo, y derivarlo a los recursos comunitarios adecuados.

Siempre se debe especificar una fecha y el intervalo de documentación en los objetivos del paciente. La fecha es cuándo se cree que se logrará el objetivo, debe ser flexible y adaptada a cada paciente. El intervalo de documentación determina la frecuencia de documentación para cada objetivo. Este intervalo debería fijarse en la valoración inicial y puede modificarse cuando el paciente está cerca de lograr el objetivo. Por ejemplo, en el plan de atención de la *fatiga*, se puede determinar que el intervalo de documentación para el objetivo de “mantener una nutrición adecuada” sea de tres veces al día. Esto significa que la documentación debe tener lugar con esta frecuencia, después de las comidas, hasta que se logre el objetivo.

### Intervenciones NIC

Las intervenciones NIC recogidas en este texto provienen de dos fuentes:

1. *Intervenciones principales NIC*: éstas son las intervenciones que se encuentran en el libro *Nursing Diagnoses, Outcomes, & Interventions: NANDA International, NOC, and NIC Linkages* (Johnson *et al.*, 2006). En este libro, los resultados NOC se asociaron a los diagnósticos de enfermería, y a continuación las intervenciones NIC se asociaron a los resultados NOC. Las intervenciones principales son las intervenciones más obvias para lograr un *resultado concreto* y deben ser las primeras a considerar (Johnson *et al.*, 2001).

2. *Intervenciones prioritarias NIC*: la NIC clasifica las intervenciones de enfermería en “prioritarias”, “sugerencias” y “opcionales”. Las intervenciones prioritarias son aquellas basadas en la investigación y desarrolladas por el equipo del *Iowa Intervention Project* como los tratamientos de elección para un diagnóstico de enfermería concreto (NIC, 2004). Son las intervenciones más lógicas y obvias para lograr la resolución de un diagnóstico concreto, pero esto no significa que sólo se lleven a cabo estas intervenciones.

En este libro, se marcan las intervenciones prioritarias que *no* aparecen como “intervenciones principales” en el libro de las interrelaciones. Téngase en cuenta que muchas de las mismas intervenciones de un diagnóstico aparecen en la NOC (2004) y en el libro de las interrelaciones.

Siempre hay que considerar distintas intervenciones. En la terminología NIC, las *intervenciones* son descripciones amplias, de categorías generales. Estas descripciones categóricas se asociaron a los diagnósticos de la NANDA mediante un proceso sistemático de unificación de las opiniones de expertos en la práctica y la investigación en enfermería. Se asociaron a los resultados NOC utilizando la opinión de los expertos, y en algunos casos la literatura de enfermería. Es necesario ponerlas a prueba en la práctica clínica para apoyar o modificar las asociaciones.

### Actividades de enfermería

En la terminología NIC, las acciones concretas y detalladas que realiza el/la enfermero/a (p. ej., tomar las constantes vitales, vigilar el equilibrio hídrico) se denominan *actividades*. Las intervenciones “prioritarias” y “principales” de la NIC dirigen al personal de enfermería a revisar en primer lugar las actividades de enfermería asociadas a esas intervenciones. En el manual *NIC* (Dochterman & Bulechek, 2004) se pueden encontrar otras actividades de enfermería específicas. A continuación se expone cómo las intervenciones prioritarias de la NIC pueden dirigir la planificación de cuidados en el diagnóstico de enfermería de *fatiga*:

1. En el plan de atención para la *fatiga*, téngase en cuenta que una intervención prioritaria de la NIC es la gestión de la energía. La definición de esta intervención es “regulación del uso de energía para tratar o prevenir la fatiga y optimizar el funcionamiento”.

2. Buscar en la sección de actividades de enfermería del plan de atención las actividades concretas destinadas a lograr la gestión de la energía, es decir, aquellas que se centran específicamente en la regulación de la energía y en el tratamiento y prevención de la fatiga, como los siguientes ejemplos:

- Controlar la ingesta nutricional para garantizar unos recursos energéticos adecuados.
- Enseñar al paciente y a las personas cercanas a él a reconocer aquellos signos y síntomas de *fatiga* que precisan reducir la actividad.
- Comentar con el paciente y su familia de qué modo se podría modificar el entorno doméstico para mantener las actividades habituales y minimizar la *fatiga*.
- Enseñar técnicas de organización de las actividades y gestión del tiempo para reducir la fatiga (NIC).

3. Por último, revisar el resto de actividades de enfermería en la *fatiga*. Quizás se muestren otras actividades que podrían resultar útiles, además de las encaminadas a la gestión de la energía, dependiendo de las causas del problema y las necesidades específicas del paciente.

Al realizar los puntos 1, 2 y 3 se pueden encontrar actividades de enfermería eficaces para abordar la fatiga del paciente. No obstante, tal vez se desee comparar las actividades de enfermería elegidas con las intervenciones y actividades basadas en la investigación que recoge el manual *NIC 2004* (Dochterman & Bulechek, 2004). En el manual *NIC* se encuentran otras actividades de enfermería específicas destinadas a lograr la gestión de la energía, recogidas bajo ese epígrafe. A continuación se ofrecen tres ejemplos:

- Planificar las actividades para aquellos periodos en los que el paciente tiene más energía.
- Animarle a que se eche la siesta después de comer, si es adecuado.
- Ayudar al paciente a programar periodos de descanso.

Además de las intervenciones prioritarias, el manual *NIC* recoge otras intervenciones de enfermería para tratar la *fatiga*, como fomento del ejercicio y mejorar el sueño. También se pueden utilizar las actividades de enfermería correspondientes a esas intervenciones.

Las instrucciones y actividades de enfermería deberían abordar la etiología del diagnóstico de enfermería del paciente. De las actividades recogidas en cada plan de atención, se debe elegir las que se apliquen al problema del paciente, así como modificar las actividades de enfermería estándar para adaptarlas al paciente. En algunos casos, a la actividad de enfermería se le añade “cada \_\_” o “especificar el plan” como un recordatorio para individualizar las instrucciones de enfermería. A medida que cambia el estado del paciente, se pueden añadir, modificar o eliminar otras actividades. Es muy importante actualizar frecuentemente esta parte del plan de cuidados.

## Guía de cuadros clínicos para los diagnósticos de enfermería y problemas secundarios

La segunda parte de este manual está organizada para ayudar a los profesionales de enfermería a realizar su valoración cuando se conoce el trastorno médico pero todavía no se han establecido los diagnósticos de enfermería adecuados. Esta sección expone trastornos médicos, quirúrgicos, psiquiátricos, perinatales y pediátricos, con los problemas secundarios y diagnósticos de enfermería asociados.

### Diagnósticos de enfermería

Los diagnósticos de enfermería recogidos son los que aparecen con más frecuencia cuando está presente un trastorno médico concreto. Por supuesto, un paciente con uno de los trastornos médicos no tendrá todos los diagnósticos de enfermería reseñados.

Se deben seleccionar sólo aquellos diagnósticos de enfermería que estén confirmados por los datos de la valoración. Además, esas listas no deben ser consideradas exhaustivas. Es posible que un paciente con un trastorno médico con-

creto tenga otros diagnósticos de enfermería distintos de los recogidos en la lista. Como los diagnósticos de enfermería representan respuestas humanas individuales, no se pueden predecir basándose únicamente en el trastorno médico. Deben estar basados en los datos obtenidos en la valoración del paciente.

### Problemas multidisciplinarios (secundarios)

Los problemas multidisciplinarios, por otra parte, se asocian con trastornos médicos concretos. Según Carpenito (1997), los problemas secundarios son las complicaciones fisiológicas asociadas a un trastorno médico específico, y no se pueden tratar independientemente. La responsabilidad del profesional de enfermería es vigilar al paciente con el fin de detectar la aparición de problemas secundarios, y utilizar las intervenciones prescritas por médicos y enfermería para prevenir o minimizar la complicación. Como hay un número limitado de complicaciones fisiológicas posibles para una enfermedad concreta, cada vez que se presente esa enfermedad (o una terapia) suelen aparecer los mismos problemas secundarios; es decir, cada enfermedad o terapia tiene unas complicaciones específicas que siempre están asociadas a ella.

Antes de elaborar un plan de actuación del diagnóstico de enfermería hay que identificar los problemas secundarios del paciente. Estos dirigirán las valoraciones comunes y los cuidados preventivos que deberían recibir todos los pacientes con ese diagnóstico médico, de forma muy similar a una vía clave. Se recogen los problemas secundarios para cada trastorno reseñado en la guía de cuadros clínicos para los diagnósticos de enfermería y problemas secundarios (pág. 761). También se pueden consultar el apéndice D: problemas multidisciplinarios (secundarios) asociados a las enfermedades y otros trastornos fisiológicos, el apéndice E: problemas multidisciplinarios (secundarios) asociados a las pruebas y los tratamientos, y el apéndice F: problemas multidisciplinarios (secundarios) asociados a los tratamientos quirúrgicos.

La lista de cuadros clínicos no incluye enfermedades raras, de modo que puede ser necesario consultar las enfermedades infrecuentes en un epígrafe más general. Por ejemplo, el diagnóstico médico del paciente podría ser esclerodermia. Como esta enfermedad no es frecuente, se deberá consultar el epígrafe general de trastornos de la autoinmunidad y revisar los diagnósticos de enfermería recogidos allí.

## ELABORACIÓN DE UN PLAN DE ATENCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El siguiente ejemplo muestra cómo utilizar este libro para elaborar un plan de atención individualizada para un paciente.

*Caso clínico:* la señora B., una mujer de 75 años, ha sido trasladada a una planta de cirugía desde la Unidad de Reanimación, tras una fijación de cadera. La historia clínica recoge que la señora B. vive sola en un apartamento. Su marido falleció hace diez años. Tiene muchos amigos y se implica en distintas actividades en el centro de jubilados local. Le gusta mucho pasear y montar en bicicleta. El ingreso hospitalario actual se debe a una caída de la bicicleta. Las órdenes de tratamiento médico postoperatorio de la señora B. son:

Sonda urinaria.

NaCl al 2%, 500 ml, con 20 mEq de KCl cada 8 h.

Sulfato de morfina: 1-2 mg en bolo i.v. cada 15 minutos hasta que no sienta dolor, máximo 10 mg en 1 h.

Sulfato de morfina 6-8 mg i.m. cada 3-4 h si dolor.

Prometazina 25 mg i.m. cada 4-6 h, si náuseas.

Hemograma y electrolitos a la mañana siguiente.

Trapezio encima de la cama.

Girar a la paciente de decúbito supino al lado no afectado cada 1-2 h.

Colchón antiescaras para aliviar la presión en las prominencias óseas.

Caminar con ayuda por la mañana y después cuatro veces al día.

### Valoración

4:00 pm. La valoración inicial de enfermería tras su llegada a la planta señala que la paciente está durmiendo apaciblemente; las constantes vitales son normales y el vendaje de la herida quirúrgica está seco y limpio. La sonda urinaria drena orina transparente y amarillada. La perfusión i.v. se realiza a la velocidad prescrita; la piel está templada y seca.

5:30 pm. La enfermera entra en la habitación de la señora B. para comprobar las constantes vitales y encuentra a la paciente intentado salir de la cama “porque tiene que ir al baño”. La enfermera le recuerda que está en el hospital y que tiene puesta una sonda urinaria. Las respuestas de la señora B. indican que está desorientada en espacio y tiempo.

### Diagnóstico

De la valoración de la señora B. la enfermera obtiene las frases clave de alteración de la movilidad, desorientación, analgésicos y cambio del entorno. Estas parecen encajar en el diagnóstico de enfermería de *riesgo de caídas*. En este libro, la definición de *riesgo de caídas* es “aumento de la tendencia a caer que puede causar daños físicos”. La enfermera considera otros posibles diagnósticos para buscar el mejor diagnóstico. Busca la definición y las características definitorias de *trastorno de la percepción sensorial*, *riesgo de lesión*, *riesgo de traumatismo*, y *riesgo de deterioro de la integridad cutánea*. Una vez revisadas las alternativas, la

enfermera decide utilizar el diagnóstico de enfermería de *riesgo de caídas* asociado a alteración de la movilidad, desorientación, analgésicos y cambio del entorno.

### Resultados NOC

Para perfilar los objetivos, la enfermera empieza con los resultados que sugiere la NOC para *riesgo de caídas*: equilibrio, coordinación de movimientos, conducta de seguridad: prevención de las caídas, estado de seguridad: incidencia de caídas, y conocimiento: prevención de caídas. Una vez leídas las definiciones de los resultados y tras consultar el manual NOC, la enfermera determina que la incidencia de caídas es el único resultado necesario para el plan de cuidados de la señora B.

### Objetivos/criterios de evaluación

*Objetivos*: la enfermera elige y modifica los siguientes objetivos, tomados de los ejemplos de objetivos reseñados y de los indicadores NOC:

Número de caídas de la cama (ninguna).

Número de caídas durante la transferencia (ninguna).

Número de caídas al caminar (ninguna).

La paciente identificará aquellos riesgos que aumentan su susceptibilidad a sufrir caídas.

Los objetivos son observables y apropiados a la situación de la señora B. El intervalo de documentación de los objetivos debería ser cada 4 h, y la fecha propuesta debería ser “siempre” excepto para el último objetivo, que debería ser probablemente uno o dos días después de la cirugía. Las fechas propuestas deben registrarse como el día concreto (por ejemplo, 30/1). Hay que revisar el intervalo de documentación y las fechas propuestas al menos una vez al día para evaluar su idoneidad.

*Evaluación*: la enfermera recogerá los datos concernientes a los objetivos para determinar si las intervenciones han sido útiles para prevenir el posible problema, *riesgo de lesiones*.

### Intervenciones y actividades de enfermería

A continuación, la enfermera selecciona las intervenciones de enfermería. Las intervenciones NIC son: promoción de los mecanismos corporales, gestión del entorno: seguridad, terapia con ejercicio: equilibrio, terapia con ejercicio: control muscular, prevención de caídas, identificación de riesgos, enseñanza: seguridad del niño pequeño, y enseñanza: cuidado del lactante. La enfermera decide que a los objetivos elegidos para la señora B. sólo se pueden aplicar gestión del entorno: seguridad, identificación de riesgos y prevención de caídas

Las intervenciones NIC sirven de guía para elegir actividades de enfermería, pero son generales. Para escribir las órdenes de tratamiento individualizadas de la señora B., la enfermera selecciona las siguientes actividades de la lista:

Identificar las características del entorno que pueden aumentar la posibilidad de caídas, como suelos resbaladizos y escaleras sin barandilla (NIC).

Reorientar a la paciente en la realidad y en el entorno inmediato cuando resulte necesario.

Colocar los artículos al alcance de la paciente (NIC).

Proporcionar al paciente dependiente un medio para obtener ayuda, como una campana o una luz de llamada cuando el cuidador no se encuentre presente (NIC).

Las actividades reseñadas son adecuadas para abordar el problema de la señora B. en ese momento. Si no lo fueran, la enfermera consultaría en el manual *NIC* otras actividades, además de las prioritarias y las principales.

Todas las órdenes de tratamiento de enfermería detalladas anteriormente podrían formar parte del plan de cuidados de la señora B. Cuando una intervención o actividad ya no sea aplicable, la enfermera la elimina del plan de cuidados. Si es preciso, se añaden más actividades. Este ejemplo muestra el proceso utilizado para elaborar un plan de cuidados en un diagnóstico de enfermería. La señora B. también podría recibir otros diagnósticos de enfermería.

### Elaboración de una vía clave

Explicado sucintamente, la elaboración de una vía clave consiste en combinar los planes de cuidados de los servicios médicos, de enfermería y otros, y añadir un marco temporal al plan conjunto. El plan muestra todos los cuidados y tratamientos, y se organiza en días, semanas, o incluso horas y minutos, por ejemplo:

Día 1	Día 2	Día 3
Resultados	Resultados	Resultados
Órdenes de enfermería	Órdenes de enfermería	Órdenes de enfermería
Órdenes médicas	Órdenes médicas	Órdenes médicas

El marco temporal de una vía clave es diferente en cada institución, dependiendo de la población de pacientes. En algunos hospitales, la reparación quirúrgica de una hernia puede suponer dormir una noche en el hospital (y por tanto, una vía clave de dos días); en otros puede tratarse de un procedimiento ambulatorio, con la vía clave dividida en segmentos horarios. Por tanto, no se pueden ofrecer tiempos estándar para las intervenciones en los planes de atención del diagnóstico de enfermería en este libro. No obstante, los planes de atención se pueden utilizar cuando se elaboren vías claves, del mismo modo que se utilizan para elaborar planes de cuidados del diagnóstico de enfermería.

1. Determinar los diagnósticos de enfermería que tiene esa población de pacientes concreta (p. ej., pacientes sometidos a una herniorrafia), tanto preoperatorios como postoperatorios, o el día 1, el 2 y siguientes. Consultar la guía de trastornos clínicos para los diagnósticos de enfermería y problemas secundarios para buscar ideas si es necesario.

2. Elegir los objetivos del paciente y las actividades de enfermería para cada día (o cada hora), del mismo modo que en un plan de cuidados de enfermería tradicional. La diferencia es que el resultado será, en vez de un plan de cuidados único para un diagnóstico de enfermería, un plan de cuidados para cada día de estancia del paciente en la institución. Un ejemplo sería la siguiente tabla:

**Vías clave para pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica**

	Fecha: _____ PREOPERATORIO	Fecha: _____ Primeras 24 h tras la cirugía
Resultados diarios	El paciente expresará que comprende las instrucciones preoperatorias, incluyendo...	El paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No tendrá fiebre</li> <li>• Tendrá la herida limpia y seca, con los bordes bien aproximados</li> </ul>
Pruebas y tratamientos	Hemograma Análisis de orina Exploración física basal	Constantes vitales y saturación de O <sub>2</sub> , exploración neurovascular, vendaje...
Déficit de conocimientos	Orientarle acerca de su habitación y entorno Incluir a la familia	Reorientarle a su habitación y las rutinas postoperatorias. Incluir a la familia
Psicosocial	Valorar ansiedad asociada a la cirugía	Valorar el nivel de ansiedad Facilitar la expresión de...
Dieta	Dieta absoluta Valoración nutricional basal	Comprobar tolerancia a líquidos...
Actividad	Libre hasta la premedicación	Proporcionar instrucciones acerca de la seguridad Uso del cuarto de baño
Medicamentos	Nada por vía oral excepto medicamentos prescritos	Analgésicos i.m./v.o. Antibióticos si están prescritos
Traslado/alta	Valorar planes de alta y sistema de apoyo	Probable alta a las 24 h de la cirugía



Sección II

DIAGNÓSTICOS  
DE ENFERMERÍA  
CON RESULTADOS  
E INTERVENCIONES





# Diagnósticos de enfermería con resultados e intervenciones

Las etiquetas diagnósticas, definiciones y características definitorias se basan principalmente en la taxonomía de la NANDA internacional. El número que sigue al diagnóstico indica el año en que fue aceptado o revisado. En la mayoría de los casos se proporcionan otros posibles diagnósticos, que deben tenerse en cuenta si una etiqueta diagnóstica determinada no se adapta satisfactoriamente a los datos del paciente. Las argumentaciones de los autores y sus recomendaciones respecto al uso de ciertos diagnósticos se encuentran en el epígrafe “Sugerencias de uso”.

## Individualización de los objetivos del paciente/criterios de evaluación

Los resultados NOC y los indicadores presentados en el apartado “Objetivos/criterios de evaluación” se denominan exactamente como figura en la *Nursing Outcomes Classification (NOC; clasificación de resultados en enfermería, 3.ª ed)*. Se ofrecen ejemplos de esos objetivos para facilitar la elaboración de objetivos utilizando un lenguaje estandarizado. Para individualizar estos y los “Otros ejemplos” del texto, se deben añadir las fechas propuestas, la evaluación y los intervalos temporales de documentación específicos de cada paciente. Si no se encuentran objetivos apropiados para un paciente concreto, se puede recurrir al manual *NOC* buscando indicadores y escalas de resultados para elaborar otros objetivos, si es preciso. En este libro, para ahorrar espacio, se han agrupado varios indicadores en un solo objetivo; no obstante, la *NOC* los reseña por separado y deben evaluarse de forma individual.

## Individualización de las actividades de enfermería

Las intervenciones NIC recogidas en el texto son las que figuran en la *Nursing Interventions Classification (NIC; clasificación de intervenciones en enfermería)*. Las intervenciones sombreadas son intervenciones NIC prioritarias para los diagnósticos que no aparecen tampoco en el libro *NNN Linkages*. Otras actividades de enfermería seleccionadas también utilizan la terminología NIC. Deben elegirse sólo aquellas actividades que aborden los problemas del paciente y sus causas. Hay que individualizar las actividades de enfermería para satisfacer las necesidades específicas de cada paciente (p. ej., añadiendo los momentos y las frecuencias de las actividades de enfermería, incluyendo detalles más concretos). Si no se encuentran las actividades exactas, se puede consultar el manual *NIC* para buscar otras intervenciones y actividades.

## A ACTIVIDAD, INTOLERANCIA A LA

(1982)

**Definición:** energía física o psíquica insuficiente para tolerar o completar las actividades diarias precisas o deseadas.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Malestar o disnea con el esfuerzo  
Refiere cansancio o debilidad

#### Objetivas

Alteraciones en el ECG indicadoras de arritmia o isquemia  
Frecuencia cardíaca o presión arterial anormales en respuesta a la actividad

### Factores relacionados

Debilidad generalizada  
Desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno  
Encamamiento e inmovilidad  
Estilo de vida sedentario

**IMPORTANTE:** estos factores se recogen en la NANDA internacional. Son secundarios a una gran variedad de trastornos físicos y psíquicos, como depresión, cardiopatías (p. ej., insuficiencia cardíaca congestiva), enfermedades pulmonares (p. ej., enfisema), nefropatías, cáncer, anemia, obesidad, infecciones (p. ej., mononucleosis) y encamamiento prolongado.

### Sugerencias de uso

No debe utilizarse esta etiqueta diagnóstica si es imposible aumentar la tolerancia del paciente. La *intolerancia a la actividad* sólo se utiliza si el paciente refiere cansancio o debilidad secundarios a la actividad. Muchas enfermedades médicas (p. ej., cardiopatías, arteriopatías periféricas) causan con frecuencia *intolerancia a la actividad*. La enfermera no puede tratar las enfermedades médicas de forma independiente, de modo que un diagnóstico de “*intolerancia a la actividad* secundaria a coronariopatía” no es útil.

La *intolerancia a la actividad* provoca frecuentemente otros problemas, como *déficit del autocuidado*, *aislamiento social* o *lactancia materna ineficaz*, y se puede utilizar mejor como la etiología de estos otros problemas.

En la *intolerancia a la actividad* hay que especificar el grado de tolerancia (Gordon, 1994, pág. 110):

*Nivel I:* camina normalmente en llano, pero le falta el aire antes de lo normal cuando sube uno o más pisos de escaleras

*Nivel II:* recorre una manzana o 150 metros en llano, o sube un piso despacio sin detenerse

*Nivel III:* camina menos de 150 metros en llano sin pararse y es incapaz de subir un piso sin detenerse

*Nivel IV:* disnea y cansancio en reposo

Lo que sigue constituye un ejemplo de un diagnóstico de “*déficit del autocuidado (total)*” relacionado con intolerancia a la actividad (nivel IV)”

A

### Otros posibles diagnósticos

Cansancio (la intolerancia a la actividad mejora con el reposo, el cansancio no)

Déficit de autocuidado

### Resultados NOC

**Autocuidado: actividades básicas de la vida diaria (AVD):** capacidad para realizar las tareas físicas y actividades del cuidado personal más básicas de forma independiente, con o sin dispositivos auxiliares

**Autocuidado: actividades instrumentales de la vida diaria (AVDI):** capacidad para realizar las actividades necesarias para funcionar en el hogar o en la comunidad de forma independiente, con o sin dispositivos auxiliares

**Conservación de la energía:** acciones personales destinadas a gestionar la energía necesaria para iniciar y realizar actividades

**Energía psicomotora:** deseo personal y energía para realizar las actividades de la vida diaria, nutrición y seguridad personal

**Forma física:** realización de actividades físicas de forma activa

**Resistencia:** capacidad de mantener una actividad

**Tolerancia a la actividad:** respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía durante las actividades cotidianas

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Tolera la actividad habitual, puesta de manifiesto por tolerancia a la actividad, resistencia, conservación de la energía, buena forma física, energía psicomotriz y autocuidado: AVD (y AVDI)
- Presenta **tolerancia a la actividad**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido):
  - Saturación de oxígeno en la actividad
  - Frecuencia respiratoria en la actividad
  - Capacidad de hablar cuando realiza una actividad física
- Presenta **conservación de la energía**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, habitualmente)
  - Reconoce las limitaciones de energía
  - Equilibra la actividad y el reposo
  - Organiza las actividades para conservar la energía

## A Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Identificar actividades o situaciones generadoras de ansiedad que puedan contribuir a la intolerancia a la actividad
- Participar en actividades físicas necesarias con un aumento adecuado de la frecuencia cardiaca y respiratoria, y de la presión arterial, y vigilar que esos patrones se mantienen dentro de los límites normales
- Lograr antes de (fecha propuesta) un nivel de actividad de (especificar el grado deseado según la lista de "Sugerencias de uso")
- Verbalizar que conoce la necesidad de administrar oxígeno, medicamentos y/o equipos que pueden aumentar su tolerancia a las actividades
- Realizar las AVD con cierta ayuda (p. ej., usa el WC si deambula con ayuda hasta el cuarto de baño)
- Realizar tareas domésticas básicas con ayuda (p. ej., necesita asistenta una vez a la semana)

## Intervenciones NIC

**Ayuda al mantenimiento del hogar:** ayudar al paciente y a su familia a que su hogar se mantenga limpio y seguro, y sea un sitio agradable para vivir

**Ayuda en el autocuidado: AVDI:** ayudar y enseñar a una persona a realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AVDI) necesarias para vivir en casa o en la comunidad

**Ayuda en el autocuidado:** ayudar a otro a realizar las AVD

**Gestión de la energía:** regular el uso de la energía para tratar o impedir el cansancio y optimizar el funcionamiento

**Gestión del entorno:** manipular el entorno del paciente buscando un beneficio terapéutico y estético, y bienestar psicológico

**Gestión del estado de ánimo:** proporcionar seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento a un paciente que presenta un ánimo deprimido o hipertímico.

**Promoción del ejercicio: estiramiento:** facilitar el entrenamiento muscular contra resistencia y regular para mantener o aumentar la fuerza muscular

**Terapia con ejercicio: control muscular:** utilización de protocolos específicos de actividades o de ejercicios para mejorar o restaurar el movimiento corporal controlado

**Terapia con ejercicio: movilidad articular:** utilización de movimientos activos o pasivos para mantener o restaurar la flexibilidad articular

**Terapia de actividad:** prescribir y ayudar en la realización de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales, específicas, para aumentar la cuantía, frecuencia o duración de la actividad de un individuo (o de un grupo)

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Valorar si el paciente puede moverse en la cama, ponerse de pie, deambular, y realizar AVD y AVDI

- Valorar la respuesta emocional, social y espiritual a la actividad
- Evaluar la motivación y el deseo del paciente de aumentar la actividad
- (NIC) *Gestión de la energía:*
  - Determinar las causas del cansancio (p. ej., tratamientos, dolor y medicamentos)
  - Comprobar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (p. ej., taquicardia, otras alteraciones del ritmo cardiaco, disnea, sudoración, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria)
  - Vigilar cómo varía el oxígeno del paciente (p. ej., pulso, ritmo cardiaco y frecuencia respiratoria) con el autocuidado o las actividades de enfermería
  - Comprobar la alimentación para asegurar que los recursos energéticos sean los apropiados
  - Vigilar y registrar el patrón de sueño del paciente y el número de horas que duerme

### Educación del paciente y la familia

Enseñar al paciente y a su familia:

- La respiración controlada durante la actividad, cuando sea apropiado
- El reconocimiento de los signos y síntomas de *intolerancia a la actividad*, incluyendo los que precisan avisar al médico
- La importancia de una nutrición adecuada
- El uso de equipos accesorios, como el oxígeno, durante las actividades
- Técnicas de relajación (p. ej., distracción, visualización) durante las actividades
- Consecuencias de la *intolerancia a la actividad* sobre la responsabilidad propia del rol familiar y laboral
- Medidas destinadas a conservar energía, por ejemplo, tener a mano los objetos más utilizados
- (NIC) *Gestión de la energía:*
  - Enseñar al paciente y a los más cercanos técnicas de autocuidado que disminuyan el consumo de oxígeno (p. ej., autoobservación y técnicas para realizar AVD en varios pasos)
  - Enseñar a organizar las actividades y gestionar el tiempo para evitar el cansancio

### Actividades auxiliares

- Administrar analgésicos antes de la actividad si existe dolor
- Colaborar con los terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas (p. ej., para el entrenamiento en resistencia) y monitores de ocio y tiempo libre para planificar y controlar un programa de actividades, si es preciso
- A los pacientes con enfermedades psiquiátricas, derivarlos a los servicios de salud mental domiciliarios
- Derivar a atención domiciliaria para conseguir ayuda para las tareas domésticas, si es preciso

A

- Derivar al dietista para planificar las comidas y aumentar la ingesta de alimentos energéticos
- Derivar a rehabilitación cardiaca si el problema se debe a una cardiopatía

### Otras

- No planificar cuidados de enfermería en los periodos de descanso
- Ayudar al paciente a cambiar de posición gradualmente, incorporarse, sentarse, ponerse de pie y deambular, si lo tolera
- Vigilar las constantes vitales antes, durante y después de la actividad: interrumpir la actividad si las constantes vitales no están dentro de los límites normales para ese paciente, o si aparecen señales de que no está tolerando la actividad (p. ej., dolor torácico, palidez, vértigo, disnea)
- Planificar con el paciente y su familia actividades que fomenten la independencia y resistencia, por ejemplo:
  - Animarles a que alternen periodos de actividad con otros de descanso
  - Fijar objetivos modestos, realistas y alcanzables para que mejore la independencia del paciente y su autoestima
- *(NIC) Gestión de la energía:*
  - Ayudar al paciente a identificar sus preferencias respecto a la actividad
  - Planificar actividades para los periodos en los que el paciente tiene más energía
  - Asistir a las actividades físicas habituales (p. ej., deambulación, transferencias, cambios posturales en la cama y autocuidado), si es necesario
  - Limitar los estímulos ambientales (p. ej., luz y ruido) para facilitar la relación
  - Ayudar al paciente a controlarse él mismo mediante la elaboración y utilización de un registro por escrito de la ingesta de calorías y gasto de energía, si es preciso

### En el domicilio

- Valorar las características del domicilio que puedan contribuir a la intolerancia a la actividad (p. ej., escaleras, colocación de los muebles, situación del cuarto de baño)
- Evaluar la necesidad de dispositivos auxiliares (p. ej., ascensores, camas eléctricas), oxígeno y otros, en el domicilio

### Bebés y niños

- Planificar los cuidados del bebé o del niño con el fin de minimizar la demanda de oxígeno del organismo:
  - Anticipar las necesidades de comida, agua, consuelo, estar en brazos y estimulación, para evitar llantos innecesarios
  - Evitar ambientes con baja concentración de oxígeno (p. ej., altitud, aviones no presurizados)

Evitar la hipertermia e hipotermia  
 Minimizar la ansiedad y el estrés  
 Prevenir infecciones  
 Proporcionar descansos apropiados

A

### Personas mayores

- Dejar más tiempo para los tratamientos y las AVD
- Vigilar la posible aparición de hipotensión ortostática, mareos y síncope durante la actividad (Tinetti, 2003)

## ACTIVIDAD, RIESGO DE INTOLERANCIA A LA (1982)

**Definición:** riesgo de que la energía física o psíquica sea insuficiente para tolerar o completar las actividades diarias precisas o deseadas.

### Factores de riesgo

#### Subjetivos

Antecedentes de intolerancia  
 Inexperiencia con la actividad

#### Objetivos

Estado de desacondicionamiento  
 Presencia de problemas circulatorios o respiratorios

### Sugerencias de uso

Diferenciar entre *intolerancia a la actividad*, *cansancio* y *déficit de autocuidado*. Véase intolerancia a la actividad, sugerencias de uso (págs. 20-21).

### Otros posibles diagnósticos

Déficit del autocuidado, riesgo de  
 Fatiga, riesgo de

### Resultados NOC

**Conservación de la energía:** acciones personales destinadas a gestionar la energía necesaria para iniciar y realizar actividades

**Resistencia:** capacidad de mantener una actividad

**Tolerancia a la actividad:** respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía durante las actividades cotidianas

A

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Tolerar la actividad habitual, puesta de manifiesto por tolerancia a la actividad, resistencia y conservación de la energía
- Presenta **conservación de la energía**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, habitualmente)
  - Reconoce las limitaciones de energía
  - Equilibra la actividad y el reposo
  - Refiere resistir bien la actividad

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Identificar actividades o situaciones generadoras de ansiedad que puedan contribuir a la *intolerancia a la actividad*
- Participar en actividades físicas necesarias con un aumento adecuado de la frecuencia cardíaca y respiratoria, y de la presión arterial, y vigilar que esos patrones se mantengan dentro de los límites normales
- Referir que no sufre disnea, dificultad respiratoria ni cansancio con las actividades cotidianas
- Modificar su estilo de vida para conservar la energía  
*Véanse también los resultados en intolerancia a la actividad*

## Intervenciones NIC

**Gestión de la energía:** regular el uso de la energía para tratar o impedir el cansancio y optimizar el funcionamiento

**Promoción del ejercicio:** facilitar la actividad física habitual para mantener o incrementar el grado de forma física y la salud

**Promoción del ejercicio: estiramiento:** facilitar el entrenamiento muscular contra resistencia y regular para mantener o aumentar la fuerza muscular

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Determinar si el paciente y los que le rodean comprenden y reconocen las limitaciones de la energía
- Vigilar el grado de energía y la tolerancia a la actividad
- Identificar los obstáculos a la actividad
- Consultar la evaluación del diagnóstico de intolerancia a la actividad, págs. 22-23

### Educación del paciente y la familia

- Elaborar un plan realista que incluya las limitaciones del paciente
- Explorar con el paciente las consecuencias específicas de la inactividad
- Enseñar al paciente y a su familia a contactar con el médico si el cansancio es persistente

- (NIC) *Gestión de la energía:*

Enseñar al paciente y a los más cercanos técnicas de autocuidado que disminuyan el consumo de oxígeno (p. ej., autoobservación y técnicas para realizar AVD en varios pasos)

Enseñar a organizar las actividades y gestionar el tiempo para evitar el cansancio

A

### Otras

- Implicar a la familia para que apoye y refuerce la realización completa de actividades por parte del paciente
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones (y en otros aspectos) durante los periodos de enfermedad o de mucho estrés

*Véanse otras actividades e intervenciones en intolerancia a la actividad*

---

## ACTIVIDADES RECREATIVAS, DÉFICIT DE

(1980)

**Definición:** reducción de la estimulación obtenida (o el interés o la participación) en actividades recreativas o de ocio

### Características definatorias

#### Subjetivas

Afirmaciones del paciente relativas a: aburrimiento, p. ej.: desea que hubiera algo que hacer, leer, etc.

#### Objetivas

En el hospital no pueden llevarse a cabo las aficiones habituales

#### Otras características definatorias (no de NANDA internacional)

Aumento de los periodos de sueño durante el día

Comportamiento introvertido

Comportamiento molesto o perturbador

Estado de ánimo imperturbable

Inquietud

Ira, hostilidad

Quejas de incapacidad para iniciar o continuar la actividad habitual

### Factores relacionados

Falta de actividades de diversión en el entorno [como durante una hospitalización prolongada]

#### Otros factores relacionados (no de NANDA internacional)

Déficit de habilidades sociales

A

Falta de motivación  
Inactividad forzada  
Reposo en cama prolongado  
Trastornos en la percepción de la realidad

### Sugerencias de uso

El *déficit de actividades recreativas* debe diagnosticarse desde el punto de vista del paciente, porque sólo él puede determinar si las actividades de que dispone son adecuadas para cubrir sus necesidades.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento ineficaz  
Conductas de riesgo para la salud, tendencia a adoptar  
Interacción social, deterioro de la  
Soledad, riesgo de

### Resultados NOC

**Ambiente de la familia:** medio favorable, según las relaciones y objetivos de los miembros de la familia

**Implicación social:** interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones

**Motivación:** ansia interior que impulsa o hace que una persona realice acciones positivas

**Participación en actividades de ocio:** uso de actividades relajantes, interesantes y recreativas para la promoción del bienestar

**Participación en juegos:** uso de las actividades de un niño entre 1 y 11 años de edad para fomentar el disfrute, el ocio y el desarrollo

### Objetivos y criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- El *déficit de actividades recreativas* se aliviará, según lo prueban el ambiente de la familia, la motivación, la participación en actividades de ocio y la implicación social
- Demuestra **implicación social**, según lo prueban los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Interactúa con amigos íntimos, vecinos, miembros de la familia o miembros del grupo de trabajo
  - Participa como miembro de una iglesia en una actividad organizada, como funcionario en la organización o como voluntario

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Demostrar comportamientos socialmente aceptables durante las actividades

- Verbalizar la aceptación de las limitaciones que interfieren con las actividades recreativas habituales
- Identificar las opciones para el ocio
- Verbalizar su satisfacción con las actividades de ocio
- Participar en juegos apropiados
- Demostrar o verbalizar el disfrute del juego

### Intervenciones NIC

**Apoyo familiar:** fomentar los valores, intereses y objetivos familiares

**Fomento de la socialización:** facilitar la capacidad de otra persona para interactuar con otros

**Mantenimiento de los procesos familiares:** minimizar los trastornos al proceso familiar

**Moderación de la autorresponsabilidad:** animar al paciente a asumir más responsabilidad por su propio comportamiento

**Terapia de entretenimiento:** uso decidido del ocio para promover la relajación y la mejora de las habilidades sociales

**Terapia de juegos:** uso decidido y dirigido de juguetes u otros materiales para ayudar a los niños a comunicar su percepción y conocimiento del mundo y para contribuir a aumentar el dominio de su entorno

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Identificar los intereses del paciente
- Realizar un seguimiento de las respuestas emocionales, físicas y sociales a la actividad recreativa
- (NIC) *Facilitar la autorresponsabilidad:* realizar el seguimiento de la responsabilidad asumida por el paciente

#### Actividades auxiliares

- Identificar los recursos, como voluntarios y terapeutas ocupacionales, que podrían ayudar al paciente en las actividades recreativas y de ocio

#### Otras

- Introducir y fomentar actividades nuevas o alternativas específicas para el tiempo de ocio
- Presentar al paciente a otras personas que hayan resuelto con éxito situaciones similares
- Ofrecer estímulos adecuados, como música, juegos, rompecabezas, visitantes y tratamiento relajante para variar las rutinas monótonas y estimular el pensamiento
- Buscar un compañero de habitación compatible, si es posible
- Supervisar las actividades recreativas, si es necesario
- Animar a familiares, amigos y personas cercanas a que lo visiten

A

- (NIC) *Facilitar la autorresponsabilidad:*
  - Animar al paciente a responsabilizarse de su autocuidado como sea posible
  - Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando lo necesite
  - Ofrecer reacciones positivas por aceptar responsabilidades adicionales o por un cambio de comportamiento

### En el domicilio

- Ayudar al paciente a escoger actividades recreativas apropiadas a sus capacidades (físicas, psicológicas y sociales)
- Derivar a terapia ocupacional, si es preciso
- Colaborar con amigos y familia para animarlos a que visiten al paciente o, al menos, se pongan en contacto por teléfono o mensajes por ordenador

### Bebés y niños

- (NIC) *Facilitar la autorresponsabilidad:* ayudar a los padres a identificar tareas apropiadas para su edad de las cuales podría responsabilizarse el niño, según sea adecuado
- En marcos hospitalarios debe haber juguetes al alcance del niño, apropiados para su edad; puede llevarse al niño a la sala de juegos y organizar la interacción con otros niños según sea adecuado
- Animar a la familia a que traigan los juguetes y juegos favoritos de su casa

### Personas mayores

- En el caso de que puedan hacerlo, sugerir que participen en actividades voluntarias, como llevar comida a personas que no pueden salir de casa
- Ayudar al paciente a identificar áreas de interés a las que podría dedicarse para su ocio
- Realizar los preparativos necesarios para que el paciente asista a una reunión de personas de la tercera edad, como un grupo de ejercicio, de comida en grupo, etc.
- Determinar si el paciente tiene problemas de transporte hasta las actividades; si fuera necesario, organizarlo
- Ofrecer un entorno con buena iluminación para las manualidades y la lectura
- Para pacientes hospitalizados durante periodos prolongados, considerar un programa de terapia asistida con animales
- Para los pacientes en cuidados prolongados, considerar los ejercicios de terapia recreativa diarios y los programas educativos de ocio para los que puedan beneficiarse de ellos

## AFLICCIÓN CRÓNICA

A

(1998)

**Definición:** patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza experimentada (por parte de un progenitor, cuidador o persona con discapacidad o enfermedad crónica) como respuesta a una pérdida continua, durante el desarrollo de una enfermedad o debido a una discapacidad.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Demostración de sensación de tristeza recurrente y periódica

Demostración de una o más de las sensaciones negativas siguientes: ira, ser incomprendido, confusión, depresión, desilusión, vacío, miedo, frustración, culpa o autoinculpación, impotencia, desesperanza, soledad, baja autoestima, pérdida recurrente, sobrecarga

Expresión de sentimientos que interfieren con la capacidad del cliente para alcanzar el nivel más alto de bienestar social o personal [**IMPORTANTE:** los sentimientos pueden variar en intensidad, son periódicos, pueden progresar e intensificarse con el tiempo]

### Factores relacionados

Cuidados interminables [como recordatorio constante de la pérdida]

Enfermedad o discapacidad física o mental crónica [p. ej., retraso mental, esclerosis múltiple, prematuro, espina bífida u otros defectos congénitos, enfermedad mental crónica, infertilidad, cáncer, enfermedad de Parkinson]

Experimentación de uno o más sucesos desencadenantes (p. ej., crisis en la gestión de la enfermedad, crisis relacionadas con las etapas evolutivas y pérdida de oportunidades o logros) [que establecen comparaciones con las normas personales, sociales o evolutivas]

Fallecimiento de un ser querido

### Sugerencias de uso

En comparación con la tristeza normal que se produce como respuesta a una pérdida, el diagnóstico *aflicción crónica* no se reduce con el tiempo, en parte porque la pérdida continúa presente (como ocurre en el caso de una discapacidad crónica) y la condición permanece como un recordatorio constante de la pérdida. *Aflicción crónica* implica un afrontamiento que es más eficaz que el que se produce en el caso de *duelo disfuncional*.

Muchas de las características definitorias de *aflicción crónica* son, por sí mismas, diagnósticos de enfermería. Cuando se detecte más de uno de los diagnósticos siguientes, será más útil emplear el diagnóstico *aflicción crónica*: *temor, desesperanza, soledad, baja autoestima crónica e impotencia*.

A

## Otros posibles diagnósticos

Ansiedad ante la muerte  
Autoestima crónica, baja  
Desesperanza  
Duelo anticipado  
Duelo disfuncional  
Impotencia  
Soledad, riesgo de  
Sufrimiento espiritual  
Temor

## Resultados NOC

**Aceptación: estado de salud:** asunción de un cambio significativo en el estado de salud

**Ajuste psicosocial: cambio de vida:** respuesta adaptativa psicosocial de un individuo ante un cambio significativo en su vida

**Control de la depresión:** acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los acontecimientos diarios

**Equilibrio emocional:** ajuste adecuado de un estado emocional prevaleciente como respuesta a las circunstancias

**Esperanza:** optimismo que es satisfactorio desde el punto de vista personal y supone una ayuda en el día a día

**Nivel de depresión:** gravedad del estado de tristeza y de pérdida de interés por los acontecimientos diarios

**Resolución de la aflicción:** adaptación a una pérdida acaecida o inminente

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **resolución de la aflicción**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, habitualmente):
  - Expresa una aceptación de la pérdida
  - Participa en la planificación del funeral
  - Refiere una reducción de la preocupación por la pérdida
  - Comparte la pérdida con las personas cercanas
  - Avanza a lo largo de las etapas del duelo
  - Mantiene la higiene y el aseo personal

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Mostrar sentimientos de culpa, ira o pena
- Identificar y emplear estrategias de afrontamiento eficaces
- Expresar el impacto de las pérdidas
- Buscar información sobre la enfermedad y el tratamiento

- Identificar y emplear la asistencia social disponible, incluidas las personas cercanas
- Esforzarse para aceptar las pérdidas
- Apoyarse en creencias religiosas para consolarse
- Referir que se alimenta y duerme de forma adecuada

### Intervenciones NIC

**Apoyo espiritual:** ayuda al paciente para alcanzar el equilibrio y la conexión con una fuerza superior

**Facilitar la expresión del duelo:** ayuda para superar una pérdida significativa

**Facilitar la expresión del duelo: muerte perinatal:** ayuda para superar una pérdida perinatal

**Gestión del humor:** ofrecimiento de seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento de un paciente que experimenta un humor depresivo o eufórico disfuncional

**Infundir esperanza:** fomento del desarrollo de una perspectiva positiva con respecto a una situación determinada

**Mejorar el afrontamiento:** ayuda a un paciente para adaptarse al estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida

### Actividades de enfermería

Véase el apartado actividades de enfermería correspondiente a duelo anticipado, en las págs. 301-303, así como a duelo disfuncional, en las págs. 305-309. Véase también el apartado actividades de enfermería correspondiente a sufrimiento espiritual, en las págs. 695-696.

En el caso de los pacientes para los que el diagnóstico *temor* sea una etiología, véase el apartado actividades de enfermería correspondiente a temor, en las págs. 705-707.

En el caso de pacientes para los que el diagnóstico *baja autoestima crónica* sea una etiología, véase el apartado actividades de enfermería correspondiente a baja autoestima crónica, en las págs. 122-123.

En el caso de pacientes para los que el diagnóstico *desesperanza* sea una etiología, véase el apartado actividades de enfermería correspondiente a desesperanza, en la pág. 261, así como a disposición para mejorar la esperanza, en las págs. 319-321.

En el caso de los pacientes para los que el diagnóstico *impotencia* sea una etiología, véase el apartado actividades de enfermería correspondiente a impotencia, en las págs. 373-374.

### Valoración

- Valorar y documentar la presencia y el origen de la aflicción del paciente

### Educación del paciente y la familia

- Comentar las características de una aflicción anormal y de una aflicción normal

A

- Ofrecer al paciente y a los familiares información sobre los recursos comunitarios y del hospital, como los grupos de autoayuda

#### Actividades auxiliares

- Realizar una reunión sobre los cuidados del paciente para revisar las necesidades de este y los familiares en cuanto a la etapa que atraviesan en el proceso de aflicción, así como para establecer un plan de cuidados

#### Otras

- Reconocer las reacciones de aflicción del paciente y de los familiares mientras se continúa con las actividades de cuidados necesarias
- Comentar con el paciente y los familiares el impacto de la pérdida en la familia y en su funcionamiento
- Establecer un horario de contacto con el paciente
- Establecer una relación de confianza con el paciente y los familiares
- Ofrecer un entorno seguro y privado para facilitar el proceso de duelo al paciente y a los familiares
- Reconocer y reforzar los puntos fuertes de cada familiar
- *(NIC) Facilitar la expresión del duelo:*
  - Ayudar al paciente a identificar la naturaleza de la vinculación con el objeto o la persona cuya pérdida se sufre
  - Incluir a las personas cercanas en los debates y las decisiones, según proceda
  - Animar al paciente a desarrollar costumbres culturales, religiosas y sociales relacionadas con la pérdida
  - Animar al paciente a expresar sus sentimientos con respecto a la pérdida

#### Niños

- *(NIC) Facilitar la expresión del duelo:*
  - Responder a las preguntas que plantee el niño relacionadas con la pérdida
  - Ayudar al niño a aclarar las ideas erróneas que tenga

---

## AFRONTAMIENTO, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL

(2002)

**Definición:** patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales, con el fin de satisfacer las demandas, que es suficiente para el bienestar y puede ser fortalecido.

## Características definitorias

### Subjetivas

Califica a los estresantes como controlables  
Es consciente de posibles cambios en el entorno  
Reconoce su capacidad

### Objetivas

Busca apoyo social  
Busca aprender nuevas estrategias  
Utiliza distintas estrategias orientadas al problema y a las emociones  
Utiliza recursos espirituales

## Sugerencias de uso

Como éste es un diagnóstico de bienestar, no es precisa la etiología (factores relacionados). Si existen situaciones que suponen un riesgo para el afrontamiento eficaz, utilizar *riesgo de afrontamiento ineficaz*. Utilizar el diagnóstico para individuos, familias o comunidades, según corresponda.

## Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento comunitario, potencial de mejora del  
Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo  
Afrontamiento individual: ineficaz

## Resultados NOC

**Aceptación: estado de salud:** reconciliación con un cambio relevante en la salud

**Adaptación a la discapacidad física:** respuesta adaptativa a un cambio funcional significativo debido a una discapacidad física

**Afrontamiento:** acciones personales destinadas a manejar los estresantes que ponen a prueba los recursos de un individuo

**Bienestar:** alcance de las percepciones positivas del estado de salud personal y las circunstancias vitales

**Desempeño del rol:** congruencia de las conductas de un individuo con las expectativas del rol

**Nivel de estrés:** gravedad de las tensiones físicas o mentales referidas, secundarias a factores que alteran el equilibrio previo

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **aceptación: estado de salud**, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, habitualmente):
  - Reconoce la realidad de su estado de salud
  - Realiza actividades de autocuidado
  - Demuestra autoestima

A

Toma decisiones sobre su salud  
Aclara sus prioridades vitales

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Adaptarse a los cambios del desarrollo
- Referir más capacidad de afrontar los estresantes
- Continuar utilizando estrategias de afrontamiento eficaces
- Identificar nuevas estrategias de afrontamiento que podrían ser eficaces
- Referir bienestar psicológico

### Intervenciones NIC

**Enseñanza: proceso de enfermedad:** ayudar al paciente a entender la información relacionada con un proceso de enfermedad concreto

**Facilitación del rol:** ayudar a un paciente, su familia y personas cercanas a mejorar las relaciones, aclarando y explicitando conductas concretas del desempeño del rol

**Guía de anticipación:** preparar a un paciente para una crisis situacional o del desarrollo que se avecina

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar al paciente a adaptarse a los estresantes, cambios o amenazas percibidos que interfieren con la satisfacción de las demandas y los roles de la vida

**Mejorar la autoconciencia:** ayudar a un paciente a explorar y entender sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas

**Potenciación del sistema de apoyo:** facilitar apoyos al paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad

**Promover la resiliencia:** ayudar a individuos, familias y comunidades a desarrollar, utilizar y fortalecer los factores protectores que deben usarse para afrontar estresantes ambientales y sociales

**Reducción de la ansiedad:** minimizar la aprensión, el miedo, la anticipación o el malestar relacionados con un peligro anticipado de origen desconocido

### Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería en este diagnóstico se centran en proporcionar directrices anticipatorias y favorecer los apoyos y las estrategias de afrontamiento que el paciente ha puesto en marcha.

### Valoración

- Identificar la percepción que tiene el paciente de su enfermedad y valorar la congruencia entre esa percepción y la de los profesionales sanitarios
- Ayudar a identificar las reacciones habituales en distintas situaciones
- Identificar aquellas áreas en las que el paciente desea mejorar su afrontamiento

- Identificar técnicas de relajación que hayan resultado útiles anteriormente
- Evaluar la eficacia de las técnicas de relajación
- (NIC) *Mejorar el afrontamiento:*
  - Valorar la influencia de la situación vital del paciente sobre los roles y las relaciones
  - Explorar con el paciente métodos previos de afrontar problemas de la vida

A

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar las técnicas de relajación elegidas (p. ej., visualización)
- Informar acerca de recursos comunitarios, como grupos de autoayuda y parroquiales
- (NIC) *Mejorar el afrontamiento:*
  - Enseñar al paciente técnicas de relajación, si es preciso

### Otras

- Ayudar al paciente a identificar sus mejores cualidades
- Promover la comunicación y las relaciones entre la familia
- Fomentar la creación de tradiciones familiares (p. ej., festivos y cumpleaños)
- Animar al paciente a asistir a los servicios religiosos
- Ayudar a identificar situaciones que pueden provocar transiciones de rol
- Dar oportunidades al paciente para que practique nuevas estrategias de afrontamiento
- Ayudar a identificar las prioridades vitales
- (NIC) *Mejorar el afrontamiento:*
  - Proponer situaciones que promuevan la autonomía del paciente
  - Ayudar al paciente a identificar reacciones positivas de otros
  - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados
  - Promover la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos
  - Ayudar al paciente a aclarar conceptos erróneos
  - Ayudar al paciente a identificar los sistemas de apoyo existentes

### En el domicilio

- Observar los patrones de afrontamiento de la familia; apoyar los positivos

### Bebés y niños

- Enseñar a los padres a mejorar y desarrollar la autoestima de sus hijos

## **A** AFRONTAMIENTO COMUNITARIO, POTENCIAL DE MEJORA DEL

(1994)

**Definición:** modelo de actividades comunitarias destinadas a la adaptación y resolución de problemas que satisface las demandas o necesidades de la comunidad, pero que puede mejorar para controlar los problemas y estresantes presentes y futuros.

### **Características definitorias**

#### *Objetivas*

Una o más de las siguientes características, indicativas de afrontamiento eficaz:

- Acuerdo de que la comunidad es la responsable de controlar el estrés
- Comunicación positiva entre la comunidad, los recién llegados y la comunidad ampliada
- Comunicación positiva entre los miembros de la comunidad
- Planificación activa de los estresantes previstos por parte de la comunidad
- Presencia de programas de ocio y relax
- Recursos adecuados para controlar los estresantes
- Resolución activa de los problemas por parte de la comunidad, cuando se enfrenta a las dificultades

### **Factores relacionados**

- Apoyo social presente
- La comunidad siente que puede controlar los estresantes
- Presencia de recursos para resolver problemas

### **Sugerencias de uso**

Este diagnóstico se puede utilizar para una comunidad que satisface las necesidades básicas de un medio ambiente limpio, comida, vivienda y seguridad, y desea alcanzar un grado mayor de funcionamiento, como promoción del bienestar. Cuando en esa comunidad suceden desgracias externas (p. ej., riadas, epidemias), suponen factores de riesgo; siempre que la comunidad continúe adaptándose, debería utilizarse el diagnóstico de *riesgo de afrontamiento comunitario ineficaz*. Si la desgracia produce características definitorias (síntomas) en la comunidad, utilizar *afrontamiento comunitario ineficaz*.

### **Otros posibles diagnósticos**

- Afrontamiento comunitario ineficaz
- Afrontamiento comunitario ineficaz, riesgo de

## Resultados NOC

A

**Competencia comunitaria:** capacidad de una comunidad para resolver los problemas colectivamente y así alcanzar los objetivos de la comunidad

**Control comunitario de riesgos: enfermedades transmisibles:** acciones comunitarias destinadas a eliminar o reducir la diseminación de agentes infecciosos que amenazan la salud pública

**Control comunitario del riesgo: exposición al plomo:** acciones comunitarias para reducir la exposición y envenenamiento por plomo

**Estado de salud comunitaria: inmunidad:** resistencia de los miembros de una comunidad a la invasión y diseminación de un agente infeccioso que supone un peligro para la salud pública

**Nivel de violencia comunitario:** incidencia de actos violentos, comparada con los valores locales, provinciales o nacionales

**Preparativos para desastres comunitarios:** preparativos de la comunidad para reaccionar ante desastres naturales o provocados por el hombre

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **competencia comunitaria**, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: malo, regular, bueno, muy bueno, o excelente)
  - Representación de todos los sectores de la comunidad en la resolución de problemas
  - Comunicación entre grupos y miembros
  - Utilización adecuada de los recursos externos

### Otros ejemplos

La comunidad:

- Tiene un plan para afrontar problemas y estresantes
- Accede o elabora programas diseñados para mejorar el bienestar de grupos concretos de población (p. ej., programas de control del peso, programas de planificación de la jubilación)
- Continúa mejorando los métodos ya existentes de comunicación y resolución de problemas
- Expresa su capacidad de gestionar los cambios y mejorar el funcionamiento comunitario
- Refuerza las uniones existentes entre los grupos

## Intervenciones NIC

**Control de la política sanitaria:** vigilancia e influencia de las regulaciones, leyes y protocolos, del Gobierno y las organizaciones, que afectan a los sistemas y prácticas de enfermería para asegurar una atención de calidad a los pacientes

A

**Desarrollo de programas:** planificación, puesta en práctica y evaluación de un conjunto coordinado de actividades diseñadas para aumentar el bienestar, o prevenir, reducir o eliminar uno o más problemas de salud en un grupo o comunidad

**Inmunización/administración de vacunas:** vigilar el estado de inmunización, facilitando el acceso a inmunizaciones y administrándolas para prevenir enfermedades contagiosas

**Manejo de enfermedades contagiosas:** trabajar con una comunidad para disminuir y tratar la incidencia y prevalencia de enfermedades contagiosas en una población concreta

**Manejo del entorno: comunidad:** supervisar y estudiar la influencia de las condiciones físicas, sociales, culturales, económicas y políticas sobre la salud de grupos y comunidades

**Manejo del entorno: prevención de la violencia:** supervisar y manipular el entorno físico para disminuir la posibilidad de conductas agresivas dirigidas a uno mismo, los otros o el entorno

**Preparativos para desastres comunitarios:** prepararse para una reacción efectiva ante grandes desastres

**Preparativos para el bioterrorismo:** prepararse para una reacción efectiva ante ataques o desastres bioterroristas

**Protección de riesgos medioambientales:** prevenir y detectar enfermedades y lesiones en poblaciones con riesgo de peligros medioambientales

**Vigilancia: comunidad:** recogida, interpretación y síntesis de datos, determinadas y continuas, para la toma de decisiones en una comunidad

### Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería en este diagnóstico se centran en evaluar las necesidades de la comunidad y establecer el bienestar y programas actualizados de forma periódica

### Valoración

- Determinar la disponibilidad de recursos y en qué medida se utilizan
- Identificar los grupos que tienen mayor riesgo de conductas no saludables
- Identificar aquellos factores en los grupos de alto riesgo que podrían motivar o impedir conductas saludables
- Determinar el contexto histórico y sociocultural de las conductas de salud individuales y grupales
- Elaborar y poner en marcha procesos para evaluar regularmente los resultados durante y después de completar un programa o actividad
- Evaluar los efectos de las políticas y protocolos sanitarios sobre la práctica de la enfermería, los resultados del paciente y los costes de la atención sanitaria
- (NIC) *Manejo del entorno: comunidad:* iniciar la detección de los riesgos para la salud del entorno

### Educación

A

- Ayudar a identificar y movilizar las fuentes y apoyos disponibles (p. ej., recursos financieros, provisiones)
- Seleccionar estrategias de aprendizaje basadas en las características identificadas de la población objetivo
- Diseñar procesos para informar a los consumidores de cuidado sanitario sobre los cambios existentes y propuestos en las políticas sanitarias
- Facilitar material educativo escrito para un grupo objetivo de nivel adecuado
- (NIC) *Gestión del entorno: comunidad*: dirigir los programas educacionales a grupos objetivo de riesgo [p. ej., adolescentes embarazadas]

### Actividades auxiliares

- Ayudar a la comunidad a obtener fondos para programas de bienestar (p. ej., educación, prevención de fumadores)
- (NIC) *Gestión del entorno: comunidad*:
  - Participar en equipos multidisciplinarios para identificar los peligros de seguridad de la comunidad
  - Colaborar en el desarrollo de programas de acción dentro de la comunidad
  - Trabajar con grupos de entorno para asegurar regulaciones directivas apropiadas

### Otras

- Establecer una alianza colaboradora con la comunidad y explicar la función de una enfermera de salud comunitaria en la promoción del bienestar
- Agruparse o escribir cartas para exigir políticas pro salud (p. ej., educación sanitaria garantizada a todos los trabajadores; reducción de las primas de seguros por conductas y estilos de vida saludables)
- Ayudar a pedir financiación para programas destinados al bienestar
- Ayudar a mejorar el nivel educativo de la comunidad
- (NIC) *Manejo del entorno: comunidad*:
  - Promover políticas gubernamentales para reducir riesgos concretos
  - Animar a los miembros de la comunidad a perseguir de forma activa la seguridad comunitaria
  - Coordinar los servicios para los grupos y comunidades de riesgo

---

## AFRONTAMIENTO COMUNITARIO INEFICAZ

(1994, 1998)

**Definición:** modelo de actividades comunitarias destinadas a la adaptación y resolución de problemas que no satisface las demandas o necesidades de la comunidad.

A

## Características definitorias

### Subjetivas

Impotencia percibida de la comunidad  
La comunidad no alcanza sus propias expectativas  
Los estresantes se valoran como excesivos  
Vulnerabilidad percibida

### Objetivas

Altas tasas de enfermedad  
Aumento de los problemas sociales (p. ej., homicidios, vandalismo, incendios provocados, terrorismo, robos, infanticidio, maltrato, divorcio, desempleo, pobreza, agresividad, enfermedad mental)  
Conflictos comunitarios excesivos  
Déficit de participación comunitaria

## Factores relacionados

Déficit de los servicios de apoyo social y recursos de la comunidad  
Desastres naturales o provocados por el hombre  
Recursos inadecuados para resolver problemas  
Sistemas comunitarios ineficaces o inexistentes (p. ej., ausencia de servicio médico de urgencias, sistema de transporte o sistemas de previsión de desastres)

## Sugerencias de uso

Este diagnóstico es más útil para enfermeros de salud pública que se centran en la salud de grupos (p. ej., madres solteras, toda la población de una región, pacientes con diabetes). También puede ser útil como diagnóstico de riesgo para describir a una comunidad que necesita intervenciones preventivas.

## Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento comunitario, potencial de mejora del  
Régimen terapéutico de la comunidad, manejo ineficaz del

## Resultados NOC

**Control comunitario del riesgo: enfermedades crónicas:** acciones comunitarias destinadas a disminuir el riesgo de enfermedades crónicas y complicaciones asociadas

**Control comunitario del riesgo: violencia:** acciones comunitarias destinadas a eliminar o reducir los actos violentos intencionados que provocan lesiones físicas o daño psicológico grave

**Estado de salud comunitaria:** estado global de bienestar de una comunidad o población

(Véanse también los resultados NOC de potencial de mejora del afrontamiento comunitario, pág. 38.)

## Objetivos/criterios de evaluación

A

### Ejemplos con los términos NOC

- Mejoría del *afrontamiento comunitario ineficaz*, puesta de manifiesto por el estado de competencia comunitaria, preparativos para desastres comunitarios, estado de salud comunitaria, estado de salud comunitaria: inmunidad, control comunitario del riesgo: exposición al plomo, control comunitario del riesgo: violencia, y nivel de violencia comunitario
- Demuestra **estado de salud comunitaria**, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: malo, regular, bueno, muy bueno o excelente)
  - Prevalencia de programas de promoción de la salud
  - Prevalencia de programas de protección de la salud
  - Estado de salud de lactantes, niños, adolescentes, adultos y ancianos
  - Cumplimiento de los estándares de salud ambiental
  - Tasas de morbilidad
  - Tasas de mortalidad
  - Estadísticas de delitos
  - Sistemas de datos de vigilancia de la salud en el lugar

### Otros ejemplos

La comunidad:

- Mejora la comunicación entre sus miembros
- Pone en marcha estrategias eficaces para resolver problemas
- Crea lazos grupales
- Expresa la capacidad de gestionar el cambio y mejorar el funcionamiento comunitario

### Intervenciones NIC

**Chequeo sanitario:** detección de riesgos o problemas de salud mediante anamnesis, exploración y otros procedimientos

**Desarrollo de la salud comunitaria:** ayudar a los miembros de una comunidad a identificar los problemas de salud, movilizar los recursos y poner en marcha las soluciones

**Educación sanitaria:** elaborar y suministrar información y enseñanzas para facilitar la adopción voluntaria de conductas de salud en individuos, familias, grupos y comunidades

**Manejo de enfermedades contagiosas:** trabajar con una comunidad para disminuir y manejar la incidencia y prevalencia de enfermedades contagiosas en una población concreta

**Manejo del caso:** coordinar la atención y ayudar a individuos concretos y a poblaciones de pacientes en los distintos contextos para reducir costes, disminuir la utilización de los recursos, mejorar la calidad de la atención sanitaria y lograr los resultados deseados

A

**Manejo del entorno: comunidad:** supervisar y estudiar la influencia de las condiciones físicas, sociales, culturales, económicas y políticas sobre la salud de grupos y comunidades

**Manejo del entorno: prevención de la violencia:** supervisar e influir sobre el entorno físico para disminuir la posibilidad de conductas agresivas dirigidas a uno mismo, los otros o el entorno

**Preparativos para desastres comunitarios:** prepararse para una reacción efectiva ante grandes desastres

(Véanse también las intervenciones NIC en el diagnóstico de potencial de mejora del afrontamiento comunitario, en la págs. 39-40)

### Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería en este diagnóstico se centran en evaluar los factores causales, promover la comunicación entre los miembros y grupos de la comunidad, ayudarles a resolver problemas, y proporcionar información acerca de los recursos.

#### Valoración

- Evaluar e identificar los factores causales o de riesgo que afectan a la capacidad de la comunidad para adaptarse y actuar de forma eficaz (p. ej., falta de información sobre los recursos)
- Valorar los efectos de las políticas y modelos sanitarios sobre la práctica de la enfermería, la evolución de los pacientes y los costes de la atención sanitaria
- Determinar la disponibilidad de recursos y su utilización
- (NIC) *Manejo del entorno: comunidad:*
  - Iniciar un chequeo para los riesgos para la salud provenientes del entorno
  - Vigilar el estado de los riesgos para la salud ya conocidos

#### Enseñanza

- Ayudar a identificar y movilizar los recursos y apoyos existentes (p. ej., servicio de urgencia de la Cruz Roja)
- Informar a los políticos de los efectos previstos de las políticas sobre el bienestar de los pacientes
- Informar a los usuarios de la atención sanitaria sobre los cambios actuales y propuestos en las políticas y modelos sanitarios y sus posibles efectos sobre la salud
- (NIC) *Gestión del entorno: comunidad:* implantar programas educativos para determinados grupos de riesgo [p. ej., embarazo en adolescentes]

#### Actividades auxiliares

- (NIC) *Gestión del entorno: comunidad:*
  - Participar en equipos multidisciplinares para identificar las amenazas a la seguridad en la comunidad

Coordinar los servicios dirigidos a los grupos y comunidades de riesgo  
 Trabajar con los grupos ambientales para asegurar regulaciones gubernamentales adecuadas  
 Colaborar en la elaboración de programas de acción comunitarios

A

### Otras

- Trabajar en equipo para lograr cambios de las políticas y modelos sanitarios que mejoren la atención sanitaria
- Disponer encuentros entre los miembros de la comunidad para que debatan la situación (p. ej., asociaciones, grupos de parroquias, reuniones del ayuntamiento)
- Ayudar a los miembros de la comunidad a ser conscientes de los conflictos que les impiden trabajar juntos (p. ej., enfados, desconfianza)
- Determinar maneras de difundir información a la comunidad (p. ej., radio y televisión, folletos, reuniones, etc.)
- Ayudar a escribir propuestas de subvenciones para obtener fondos destinados a los programas necesarios para la mejora del afrontamiento comunitario
- Defender a la comunidad (p. ej., escribir cartas a instituciones estatales y periódicos)
- *(NIC) Gestión del entorno: comunidad:* animar a los ciudadanos a participar de forma activa en la seguridad de la comunidad

---

## AFRONTAMIENTO DEFENSIVO

(1998)

**Definición:** proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón autoprotector que se defiende de amenazas percibidas a la consideración positiva de uno mismo.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Dificultad para poner a prueba la realidad  
 Fracaso de la racionalización  
 Negación de problemas y debilidades obvias  
 Proyección de la culpa y la responsabilidad

#### Objetivas

Actitud superior ante los otros  
 Ausencia de seguimiento o participación en el tratamiento o terapia  
 Dificultad para establecer o mantener relaciones  
 Grandiosidad  
 Hipersensibilidad a la crítica, incluso pequeña  
 Risas hostiles o poner en ridículo a otros

A

### Factores relacionados

Todavía no están desarrollados por la NANDA internacional. Algunos factores relacionados, no recogidos en la NANDA internacional, son:

- Alteración psicológica (p. ej., baja autoestima)
- Crisis situacional (especificar)
- Enfermedad física (especificar)

### Sugerencias de uso

Este diagnóstico es menos específico que *negación ineficaz*, que es en realidad una de las muchas manifestaciones de *afrontamiento defensivo* (véanse anteriormente las características definitorias). Se debe utilizar el diagnóstico más específico cuando los intentos de afrontamiento suponen un abuso o un uso inadecuado de la negación. Como la *impotencia* puede provocar *afrontamiento defensivo*, es importante determinar cuál debería ser el centro de la intervención si ambos están presentes.

### Otros posibles diagnósticos

- Afrontamiento ineficaz
- Conductas de riesgo para la salud, tendencia a adoptar
- Impotencia
- Negación ineficaz
- Procesos de pensamiento, alteración de los

### Resultados NOC

**Adaptación a la discapacidad física:** respuesta adaptativa a un cambio funcional significativo debido a una discapacidad física

**Adaptación: estado de salud:** reconciliarse con un cambio significativo de las circunstancias de salud

**Afrontamiento:** acciones personales destinadas a manejar los estresantes que ponen a prueba los recursos de un individuo

**Autoestima:** juicio personal de la valía propia

**Desarrollo del niño: adolescencia 12-17 años:** hitos del progreso físico, cognitivo y psicosocial que tiene lugar de los 12 a los 17 años

**Habilidad de interacción social:** conductas personales que promueven relaciones efectivas

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- El paciente no utilizará *afrontamiento defensivo*, demostrado por aceptación: estado de salud, adaptación a la discapacidad física, afrontamiento eficaz, autoestima positiva y habilidad de interacción social, y desarrollo del niño: adolescencia 12-17 años, normal
- Demuestra **afrontamiento**, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, habitualmente):

Busca ayuda de un profesional sanitario, si es preciso  
 Busca información respecto a la enfermedad y el tratamiento  
 Expresa que acepta la situación  
 Modifica su estilo de vida, si es preciso  
 Utiliza estrategias de afrontamiento eficaces

A

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Reconocer problemas y conflictos concretos que interfieren con las interacciones y relaciones sociales
- Demostrar que ha disminuido el patrón defensivo
- Expresar sentimientos concernientes a los cambios en su salud
- Expresar sentimientos de valía personal
- Reformular el concepto previo de salud
- Mantener interacciones efectivas con otros

### Intervenciones NIC

**Apoyo emocional:** proporcionar consuelo, aprobación y ánimo durante los momentos de estrés

**Asesoramiento:** utilizar un proceso interactivo de ayuda centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y personas significativas para mejorar o apoyar el afrontamiento, la resolución de problemas y las relaciones interpersonales

**Establecer relaciones complejas:** establecer una relación terapéutica con un paciente que tiene dificultades para interactuar con otras personas

**Facilitar la autorresponsabilidad:** animar a un paciente a asumir más responsabilidad sobre su propia conducta

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar al paciente a adaptarse a los estresantes, cambios o amenazas percibidos que interfieren con la satisfacción de las demandas y los roles de la vida

**Mejorar la autoconciencia:** ayudar a un paciente a explorar y entender sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas

**Mejorar la autoestima:** ayudar a un paciente a aumentar el juicio personal sobre su propia valía

**Mejorar la imagen corporal:** mejorar las percepciones y actitudes, conscientes e inconscientes, de un paciente acerca de su cuerpo

**Modificación de conducta: habilidades sociales:** ayudar al paciente a elaborar o mejorar sus habilidades sociales interpersonales

### Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería para este diagnóstico se centran en establecer una relación terapéutica, reducir los estresantes y mejorar la autoestima.

A

### Valoración

- Evaluar el grado de defensa y negación que interfiere con la autovaloración
- Valorar la autoestima
- Buscar sentimientos de impotencia
- Evaluar un posible abuso de sustancias

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar conductas alternativas para lograr una valoración positiva mediante terapia de grupo, terapia individual, práctica de roles (*role playing*) y modelación (*role modeling*)

### Actividades auxiliares

- Derivar a los recursos comunitarios apropiados (p. ej., asesoramiento familiar o de pareja, grupos de abuso de sustancias)
- Derivar a un profesional de salud mental si es preciso, especialmente si el paciente está afrontando un acontecimiento traumático

### Otras

- Transmitir aceptación, expresar respeto, y dar crédito a las preocupaciones del paciente
- Ayudar al paciente a reconocer las conductas de afrontamiento negativas
- Identificar y comentar los asuntos, situaciones y personas que desencadenan conductas de afrontamiento negativas
- Facilitar una retroalimentación en un entorno de apoyo sobre cómo son percibidos los comportamientos por los demás
- Proporcionar pruebas de realidad en los momentos de grandiosidad, negación de problemas obvios y proyección de la culpa y la responsabilidad
- Utilizar situaciones grupales en las que el paciente puede recibir comentarios de las percepciones de los otros respecto a su negación
- (NIC) *Mejorar la autoconciencia:*
  - Ayudar al paciente a identificar la influencia de la enfermedad en el autoconcepto
  - Verbalizar la negación de la realidad que hace el paciente, si es apropiado
  - Ayudar al paciente a identificar las prioridades vitales
  - Ayudar al paciente a identificar sus características positivas

### En el domicilio

- Valorar el estilo de comunicación familiar respecto al apoyo y una posible disfunción
- Incluir a la familia en el tratamiento, si es preciso
- Derivar a los servicios domiciliarios de psiquiatría
- Apoyar el uso familiar de la religión como método de afrontamiento

**Personas mayores**

- Valorar la presencia de depresión y demencia, que pueden estar contribuyendo al *afrontamiento defensivo*.

## AFRONTAMIENTO FAMILIAR: POTENCIAL DE DESARROLLO

(1980)

**Definición:** manejo eficaz de las elaboraciones adaptativas por parte del familiar implicado en el problema de salud del paciente, familiar que ahora muestra el deseo y potencial para mejorar la salud y el crecimiento personal, respecto a sí mismo y en relación con el paciente.

### Características definitorias

#### Subjetivas

El individuo expresa su interés por contactar con otros que han pasado por una situación similar

#### Objetivas

El familiar intenta describir el impacto de la crisis sobre el desarrollo personal  
El miembro de la familia avanza en la consecución de un estilo de vida enriquecedor y saludable  
Escoge experiencias que optimizan el bienestar

### Factores relacionados

Se necesitan elaboraciones adaptativas y suficientemente gratificadas, correctamente dirigidas, para que afloren los objetivos de realización personal

### Sugerencias de uso

Este diagnóstico debe utilizarse en una familia con funcionamiento normal que desea conservar y mejorar la integridad familiar durante los cambios producidos por una enfermedad o por crisis del desarrollo y situacionales. Este tipo de familias podría desear tener un control sobre el pronóstico o mejorar su calidad de vida. Este diagnóstico y los siguientes posibles diagnósticos se solapan en parte. En espera de más investigaciones, utilizar *disposición para mejorar los procesos familiares o conductas generadoras de salud*.

### Otros posibles diagnósticos

Conductas generadoras de salud  
Procesos familiares, disposición para mejorar los

A

## Resultados NOC

**Afrontamiento familiar:** acciones de la familia para actuar frente a los estresantes que ponen a prueba los recursos familiares

**Bienestar del cuidador:** en qué medida valora positivamente su estado de salud y las circunstancias vitales el cuidador primario

**Conducta de búsqueda de la salud:** acciones personales destinadas a lograr el máximo bienestar, recuperación o rehabilitación posibles

**Conducta de fomento de la salud:** acciones personales destinadas a mantener o aumentar el bienestar

**Funcionamiento de la familia:** capacidad del sistema familiar de satisfacer las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo

**Normalización de la familia:** capacidad del sistema familiar de mantener los hábitos y desarrollar estrategias para lograr un funcionamiento óptimo cuando un miembro padece una enfermedad o discapacidad crónica

**Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria:** implicación personal en la elección y evaluación de las alternativas de asistencia sanitaria para lograr el resultado deseado

## Objetivos/criterios de evaluación

(Véanse también los objetivos/criterios de evaluación de los diagnósticos disposición para mejorar los procesos familiares y conductas generadoras de salud, en las págs. 578-579 y págs. 182-188, respectivamente.)

El miembro o miembros de la familia serán capaces de:

- Elaborar un plan de crecimiento personal
- Evaluar y cambiar el plan si es preciso
- Identificar y priorizar sus objetivos personales
- Poner en marcha el plan

## Intervenciones NIC

**Apoyo al cuidador:** proporcionar la información, la ayuda y el apoyo necesarios para facilitar los cuidados fundamentales de un paciente, realizados por alguien que no es un profesional sanitario

**Apoyo en la toma de decisiones:** proporcionar información y apoyo a un paciente que está tomando una decisión respecto a su salud

**Apoyo familiar:** promoción de los valores, intereses y objetivos de la familia

**Ayudar al autocambio:** reforzar los cambios dirigidos a sí mismo por parte del paciente, destinados a lograr metas personales importantes

**Cuidado para dar un respiro:** suministrar cuidados a corto plazo para aliviar la carga del cuidador

**Educación sanitaria:** elaborar y suministrar información y enseñanzas para facilitar la adopción voluntaria de conductas de salud en individuos, familias, grupos y comunidades

**Facilitar el aprendizaje:** fomentar la capacidad de procesar y comprender información

**Implicación familiar:** facilitar la implicación familiar en los cuidados físicos y emocionales del paciente

A

**Orientación sobre el sistema sanitario:** facilitar a un paciente la localización y el uso de los servicios sanitarios adecuados

**Promoción de la normalización:** ayudar a los padres y a otros miembros de una familia con niños con enfermedades o discapacidades crónicas a proporcionar experiencias vitales normales a sus hijos y familiares

### Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería en este diagnóstico se centran en evaluar el sistema familiar y los apoyos de la familia, proporcionar toda la información necesaria para cuidar al paciente, y trabajar con ellos para planificar el desarrollo familiar.

#### Valoración

- Evaluar los recursos físicos, emocionales y educacionales de la familia
- Identificar las influencias culturales de la familia
- Identificar posibles déficits de autocuidado del paciente
- Identificar la estructura y los roles familiares
- *(NIC) Apoyo familiar:*
  - Determinar la carga psicológica del pronóstico para la familia
  - Identificar la naturaleza del apoyo espiritual para la familia
  - Valorar la respuesta emocional de la familia a la enfermedad del paciente

#### Educación del paciente y la familia

- *(NIC) Apoyo familiar:*
  - Enseñar a la familia los planes de cuidados médicos y de enfermería
  - Ofrecer la información necesaria acerca de las distintas opciones para ayudar a la familia a tomar decisiones respecto al cuidado del paciente
  - Ayudar a la familia a adquirir los conocimientos, habilidades y equipos necesarios para mantener su decisión respecto al cuidado del paciente

#### Actividades auxiliares

- Identificar los recursos comunitarios útiles para mejorar el estado de salud del paciente con los miembros de la familia
- *(NIC) Apoyo familiar:* planificar cuidados de descanso del cuidador, si están indicados y la familia así lo desea

#### Otras

- Ayudar a los familiares a elaborar un plan para el crecimiento personal. El plan puede incluir el estudio de oportunidades de empleo, colegio, grupos de apoyo, actividades enriquecedoras y ejercicio
- Dar apoyo emocional y estar disponible para la familia durante la puesta en práctica, evaluación y revisión del plan

A

- Ayudar a los familiares a identificar y priorizar sus objetivos personales
- Animar a los miembros de la familia a comparar la reacción inicial a la crisis con la situación actual, y a reconocer el cambio
- Crear ocasiones para que los miembros de la familia reflexionen acerca del impacto que ha tenido la enfermedad del paciente en la estructura y la dinámica familiar
- Comentar cómo se pueden utilizar las cualidades y los recursos para mejorar el estado de salud del paciente con los miembros de la familia
- *(NIC) Apoyo familiar:*
  - Asegurar a la familia que se está proporcionando la mejor atención posible al paciente
  - Aceptar los valores de la familia sin juzgarlos
  - Atender a las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia
  - Facilitar la expresión de preocupaciones y sentimientos entre paciente y familia o entre los miembros de la familia
  - Contestar a todas las preguntas de los familiares o ayudarles a encontrar las respuestas
  - Respetar y apoyar los mecanismos de afrontamiento adaptativos de la familia
  - Comentar a la familia sus mecanismos de afrontamiento
  - Fomentar la toma de decisiones de la familia respecto al cuidado crónico del paciente, que afecta a la estructura familiar y la economía
  - Defender a la familia, si es preciso
  - Promover la decisión de la familia en su búsqueda de información, si es preciso

### En el domicilio

- Todas las actividades precedentes pueden realizarse en el domicilio

### Bebés y niños

- Véase esta sección en afrontamiento familiar, ineficaz: comprometido, pág. 57

### Personas mayores

- Véase esta sección en afrontamiento familiar, ineficaz: comprometido, pág. 57

## AFRONTAMIENTO FAMILIAR INEFICAZ: COMPROMETIDO

(1980, 1996)

**Definición:** la persona que constituye el apoyo principal (un miembro de la familia o amigo íntimo) proporciona de forma insuficiente, ineficaz o comprometida apoyo, consuelo, ayuda o ánimo, que pueden ser necesarios para que el paciente realice o domine tareas adaptativas relacionadas con un problema de salud.

### Características definitorias

#### Subjetivas

El paciente expresa o confirma su preocupación o queja por la reacción de esa persona significativa hacia su problema de salud

La persona significativa describe estar preocupada por su reacción personal (p. ej., miedo, duelo anticipado, culpa, ansiedad) a la enfermedad o discapacidad, o bien a otra crisis situacional o del desarrollo del paciente

La persona significativa describe o confirma un desconocimiento o incomprensión básicos, que interfieren con conductas de apoyo o ayuda eficaces

#### Objetivas

La persona significativa exhibe conductas protectoras desproporcionadas (exageradas o insuficientes) a la capacidad del paciente o a su necesidad de autonomía

La persona significativa intenta llevar a cabo conductas de ayuda o apoyo con resultados muy poco satisfactorios

La persona significativa se aleja del paciente o establece una comunicación muy limitada con él

### Otras características definitorias (no recogidas en la NANDA internacional)

La familia exhibe límites muy rígidos de los roles

La familia muestra labilidad emocional

La interacción verbal entre familia y paciente está anulada o reducida

Los miembros de la familia fomentan la desunión y forman alianzas que no apoyan al paciente

Los miembros de la familia interfieren con actividades médicas y de enfermería necesarias

### Factores relacionados

Agotamiento de la capacidad de apoyo de las personas significativas

Ausencia de apoyo mutuo

Crisis del desarrollo de la persona significativa [especificar]

A

Crisis situacional de la persona significativa [especificar]

Desorganización familiar temporal o cambios de rol

El paciente apenas da apoyo, a su vez, a la persona significativa

Enfermedad prolongada o progresión de la discapacidad que agota la capacidad de apoyo de la persona significativa

Información o comprensión inadecuadas o incorrectas por parte de la persona más importante

Preocupación temporal por parte de una persona significativa

Situaciones concomitantes que afectan a la persona significativa

### Sugerencias de uso

(1) El *sobreesfuerzo en el rol de cuidador* se centra en las necesidades del familiar cuidador, mientras que *afrentamiento familiar, ineficaz: comprometido* incide más en las necesidades del paciente. (2) No están claras las diferencias entre este diagnóstico y *alteración de los procesos familiares*. (3) En caso de disfunción grave o situaciones destructivas o de maltrato, utilizar *afrentamiento familiar, ineficaz: incapacitante*, que comporta las siguientes características definitorias:

Negación de la presencia o gravedad de la enfermedad de un miembro de la familia

Desesperación, rechazo

Abandono

Maltrato (niño, cónyuge, anciano)

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar, ineficaz: incapacitante

Procesos familiares, alteración de los

Parental, alteración

Rol parental, conflicto del

Régimen terapéutico familiar, manejo ineficaz del

Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de (presente o riesgo de)

### Resultados NOC

**Salud emocional del cuidador:** bienestar emocional de un cuidador familiar mientras atiende a un miembro de la familia

Véanse también los resultados NOC de *afrentamiento familiar, ineficaz: incapacitante*, en la pág. 59.

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- La familia no utilizará *afrentamiento familiar, ineficaz: comprometido*, demostrado por el estado satisfactorio de salud emocional del cuidador, relación entre cuidador y paciente, actuación del cuidador: cuidados directos e indirectos, potencial de resistencia del cuidador, *afrentamiento familiar*, y normalización de la familia

- Véanse también los objetivos/criterios de evaluación de afrontamiento familiar, ineficaz: incapacitante, en la pág. 60

A

### Intervenciones NIC

**Apoyo al cuidador:** proporcionar la información, ayuda y el apoyo necesarios para facilitar los cuidados fundamentales de un paciente, realizados por alguien que no es un profesional sanitario

**Apoyo emocional:** proporcionar consuelo, aprobación y ánimo durante los momentos de estrés

**Apoyo familiar:** fomentar los valores, intereses y objetivos familiares

**Cuidado para dar un respiro:** suministrar cuidados a corto plazo para aliviar la carga del cuidador

**Facilitar el aprendizaje:** fomentar la capacidad de procesar y comprender información

**Implicación familiar:** facilitar la implicación familiar en los cuidados físicos y emocionales del paciente

**Mantenimiento de los procesos familiares:** minimizar los efectos de una alteración de los procesos familiares

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar al paciente a adaptarse a los estresantes, cambios o amenazas percibidos que interfieren con la satisfacción de las demandas y los roles de la vida

**Movilización familiar:** utilizar las habilidades familiares para influenciar positivamente la salud del paciente

**Orientación sobre el sistema sanitario:** facilitar a un paciente la localización y el uso de los servicios sanitarios adecuados

**Promoción de la normalización:** asistir a los padres y miembros de otras familias de niños con enfermedades crónicas o discapacidades para proporcionarles experiencias propias de una vida normal a sus hijos y familias

### Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería en este diagnóstico se centran en evaluar posibles abusos, promover un estilo positivo de comunicación familiar, enseñar a los miembros de la familia a cuidar al paciente, y dar información y apoyo emocional

### Valoración

- Determinar los déficits de autocuidado del paciente y el grado de dependencia
- Valorar la interacción entre paciente y familia; estar alerta ante posibles conductas destructivas
- Evaluar la capacidad y disposición para aprender de los familiares
- Determinar en qué medida desean implicarse los familiares en el cuidado del paciente
- Identificar las expectativas de la familia respecto al paciente
- Identificar la estructura familiar y los roles

A

- *(NIC) Apoyo familiar:*
  - Valorar la respuesta emocional de la familia a la enfermedad del paciente
  - Identificar la naturaleza del apoyo espiritual para la familia

### Educación del paciente y la familia

- Comentar las reacciones normales a los problemas de salud (p. ej., ansiedad, dependencia, depresión)
- Dar información sobre ese problema de salud en concreto y las habilidades de afrontamiento necesarias
- Enseñar a la familia las técnicas necesarias para cuidar al paciente: especificar las técnicas
- Enseñar, modelar y reforzar las habilidades de comunicación, que incluyen, entre otras, escucha activa, reflejo, frases en primera persona, resolución de conflictos
- *(NIC) Apoyo familiar:*
  - Enseñar los planes de cuidados médicos y de enfermería a la familia
  - Proporcionar la información necesaria para que la familia participe en la toma de decisiones acerca del cuidado del paciente

### Actividades auxiliares

- Explorar con la familia los recursos hospitalarios y sistemas de apoyo disponibles
- Solicitar una consulta a servicios sociales para ayudar a la familia a determinar las necesidades después del ingreso y a identificar posibles apoyos en la comunidad (p. ej., grupos de apoyo para familiares de enfermos de Alzheimer)
- Poner en marcha una reunión multidisciplinar sobre el cuidado del paciente, implicando a éste y a su familia en la resolución de problemas y facilitando la comunicación
- *(NIC) Apoyo familiar:*
  - Procurar ayuda espiritual para la familia, si es apropiado
  - Planificar cuidados de respiro, si están indicados y la familia así lo desea
  - Dar oportunidades para el apoyo de grupos de personas en una situación parecida

### Otras

- Fomentar una relación abierta y de confianza con la familia
- Animar al paciente y a la familia a centrarse en los aspectos positivos de la situación del paciente
- Ayudar a la familia a identificar conductas que puedan poner en peligro los tratamientos pautados

- Ayudar a la familia a ser realista respecto a las necesidades del paciente y la unidad familiar
- Ayudar a la familia en la toma de decisiones y la resolución de problemas
- Animar a la familia a identificar los cambios de rol necesarios para mantener la integridad familiar
- Animar a la familia a reconocer los cambios de las relaciones interpersonales
- Explorar el impacto que provocan valores o estilos de afrontamiento discordantes sobre las relaciones familiares
- Animar a la familia a visitar o cuidar al paciente siempre que sea posible; asegurar la privacidad para facilitar las interacciones familiares
- Proporcionar una estructura a la interacción familiar. Considerar la naturaleza de la interacción, el tiempo de visita, el apoyo de los profesionales durante la visita, y qué miembro o miembros de la familia visitarán al paciente, basándose en el plan de tratamiento del paciente
- *(NIC) Apoyo familiar:*
  - Impulsar esperanzas realistas
  - Atender a las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia
  - Facilitar la expresión de preocupaciones y sentimientos entre paciente y familia, o entre los miembros de esta última
  - Responder a todas las preguntas de los familiares o ayudarles a buscar las respuestas
  - Proporcionar cuidados al paciente, en vez de la familia, para relevarlos o cuando la familia es incapaz de procurar cuidados
  - Comentar a la familia su estilo de afrontamiento

A

### En el domicilio

- Todas las intervenciones precedentes pueden realizarse en el domicilio
- Instituir un apoyo telefónico para los cuidadores de un paciente con demencia

### Bebés y niños

- Animar a los padres a jugar, hablar y cantar con el niño, incluso aunque esté gravemente enfermo

### Personas mayores

- Valorar las necesidades y capacidades del cónyuge cuidador
- Tranquilizar al cuidador respecto a su capacidad para cuidar y hacerle ver los aspectos positivos de cada situación

## **A** **AFRONTAMIENTO FAMILIAR INEFICAZ: INCAPACITANTE**

(1980, 1996)

**Definición:** la conducta de la persona significativa (miembro de la familia o bien otra persona importante) desarma su propia capacidad y la capacidad del paciente para abordar de forma eficaz las actividades esenciales para la adaptación de los dos al problema de salud.

### **Características definitorias**

#### *Subjetivas*

Depresión

Distorsión de la realidad respecto al problema de salud del paciente [incluso negación total de su existencia o gravedad]

#### *Objetivas*

Abandono

Agitación

Alteración de la individualización

Alteración de la reestructuración de una vida significativa para uno mismo

Conductas familiares perjudiciales para su bienestar económico o social

Descuido de las relaciones con otros familiares

Descuido del paciente respecto a las necesidades básicas o el tratamiento de la enfermedad

Deserción

El paciente desarrolla dependencia

Excesiva preocupación, prolongada, por parte del paciente

Ignorar las necesidades

Imitar signos de la enfermedad del paciente

Intolerancia

Rechazo

Seguir la rutina habitual, sin tener en cuenta las necesidades del paciente

Síntomas psicósomáticos

Violencia y hostilidad

### **Factores relacionados**

Estilos de afrontamiento discordantes respecto a la elaboración adaptativa, por parte de la persona significativa y el paciente o entre las personas significativas

Manejo arbitrario de la resistencia familiar al tratamiento [que tiende a consolidar el estilo defensivo porque no logra abordar adecuadamente la ansiedad subyacente]

Persona significativa con sentimientos crónicos nunca verbalizados (de hostilidad, ansiedad, culpa, impotencia, y otros)

Relaciones familiares muy ambivalentes

### Otras posibles características definitorias (no recogidas en la NANDA internacional)

A

Miembro de la familia con abuso de sustancias  
 Miembro de la familia con alteración emocional  
 Uso de la violencia en los conflictos

### Sugerencias de uso

Este diagnóstico es adecuado cuando existe una disfunción grave o en situaciones de maltrato o destructivas. Representa una situación más disfuncional que *alteración de los procesos familiares* o *afrontamiento familiar ineficaz: comprometido*. El diagnóstico de *sobreesfuerzo en el rol de cuidador* se centra en las necesidades del familiar cuidador, mientras que *afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante* se centra más en las necesidades del paciente o de la unidad familiar. Si hay violencia en la familia, el diagnóstico podría ser de *afrontamiento familiar, ineficaz: incapacitante relacionado con el uso de la violencia en los conflictos*. Cuando el maltrato es posible pero no real, debería utilizarse el diagnóstico de *riesgo de violencia*.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar, ineficaz: comprometido  
 Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de (presente o riesgo de)  
 Parental, alteración  
 Régimen terapéutico familiar/personal, manejo ineficaz del  
 Violencia dirigida a otros, riesgo de

### Resultados NOC

**Actuación del cuidador: cuidados directos:** cuidados personales y de salud realizados por el cuidador a un miembro de su familia

**Actuación del cuidador: cuidados indirectos:** planificación y supervisión de los cuidados precisos para el familiar, por parte del cuidador

**Afrontamiento familiar:** acciones de la familia para manejar los estresantes que ponen a prueba los recursos familiares

**Bienestar del cuidador:** en qué medida valora positivamente su estado de salud y las circunstancias vitales el cuidador primario

**Normalización de la familia:** capacidad del sistema familiar de mantener los hábitos y desarrollar estrategias para lograr un funcionamiento óptimo cuando un miembro padece una enfermedad o discapacidad crónica

**Potencial de resistencia del cuidador:** factores que favorecen la continuidad del cuidador familiar durante un largo periodo de tiempo

**Relación entre cuidador y paciente:** interacciones y vínculos positivos entre cuidador y persona cuidada

A

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- La familia no presentará *afrentamiento familiar, ineficaz: incapacitante*, demostrado por el estado satisfactorio de relación entre cuidador y paciente, actuación del cuidador: cuidados directos e indirectos, bienestar del cuidador, potencial de resistencia del cuidador, y normalización de la familia
- Los indicadores de **afrentamiento familiar** incluyen lo siguiente (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, o habitualmente)
  - Demuestra flexibilidad de rol
  - Controla los problemas familiares
  - Atiende las necesidades de todos los miembros de la familia
  - Mantiene una estabilidad económica
  - Busca ayuda familiar cuando es preciso

### Otros ejemplos

La familia será capaz de:

- Lograr una estabilidad económica para atender las necesidades de sus miembros
- Reconocer las necesidades de la unidad familiar
- Reconocer las necesidades del paciente
- Empezar a mostrar habilidades interpersonales eficaces
- Demostrar su capacidad de resolver conflictos sin recurrir a la violencia
- Expresar más capacidad de afrontar los cambios de la estructura y dinámica familiares
- Expresar sentimientos no resueltos
- Identificar y mantener los límites sexuales intrafamiliares
- Identificar estilos de afrontamiento conflictivos
- Participar en la resolución eficaz de problemas
- Participar en la elaboración y puesta en práctica del plan de tratamiento

### Intervenciones NIC

**Apoyo al cuidador:** proporcionar la información, ayuda y el apoyo necesarios para facilitar los cuidados fundamentales de un paciente, realizados por alguien que no es un profesional sanitario

**Apoyo familiar:** promoción de los valores, intereses y objetivos de la familia

**Cuidado para dar un respiro:** suministrar cuidados a corto plazo para aliviar la carga del cuidador

**Facilitar el aprendizaje:** fomentar la capacidad de procesar y comprender información

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar al paciente a adaptarse a los estresantes, cambios o amenazas percibidos que interfieren con la satisfacción de las demandas y los roles de la vida

**Orientación sobre el sistema sanitario:** facilitar a un paciente la localización y el uso de los servicios sanitarios adecuados

**Promoción de la normalización:** ayudar a los padres y a otros miembros de una familia con niños con enfermedades o discapacidades crónicas a proporcionar experiencias vitales normales a sus hijos y familiares

A

**Terapia familiar:** ayudar a los miembros de la familia a conducir a la familia a una forma de vivir más productiva

### Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería en este diagnóstico se centran en evaluar el peligro para la víctima, lograr la seguridad inmediata de la víctima, enseñar, apoyar la toma de decisiones, y derivar.

Consultar también las actividades de enfermería de afrontamiento familiar, ineficaz: comprometido, en las págs. 55-57

### Valoración

- Obtener la historia del patrón de conducta e interacciones de la familia y de los cambios que puedan haber ocurrido
- Determinar los recursos físicos, emocionales y educacionales de los miembros de la familia
- Evaluar la motivación y el deseo de los miembros de la familia para resolver áreas de insatisfacción o conflicto
- *(NIC) Apoyo familiar:*  
Determinar la carga psicológica del pronóstico para la familia

### Educación del paciente y la familia

- Explicar que la violencia es una conducta aprendida y se puede transmitir a la descendencia
- Comentar con la familia formas eficaces de demostrar los sentimientos

### Actividades auxiliares

- Derivar a la familia y a sus miembros individualmente a grupos de apoyo, tratamiento psiquiátrico, servicios sociales (p. ej., programas de adicción a sustancias, grupos de padres, supervivientes de incesto, servicios de protección al menor, refugios para mujeres maltratadas)
- Comunicar los indicios de maltrato físico o abuso sexual a las autoridades oportunas, como dicte la ley

### Otras

- En las discusiones familiares, empezar con los sujetos con menor carga emocional
- Ayudar a la familia a reconocer el problema (p. ej., uso de la violencia en los conflictos, abusos sexuales)
- Animar a la familia a participar en todos los encuentros de grupo
- Animar a la familia a expresar sus preocupaciones y ayudarles a planificar el cuidado después del ingreso

A

- Ayudar a motivar a la familia para cambiar
- Ayudar a la familia a encontrar mejores maneras de afrontar conductas disfuncionales
- Poner “deberes” a la familia (p. ej., una noche sin televisión o comer juntos alguna vez)
- Ayudar a los miembros de la familia a aclarar lo que esperan y necesitan de cada uno
- Proporcionar un registro de lesiones exacto y completo, junto con los comentarios del paciente y cuidadores al respecto (p. ej., tipo, presencia, frecuencia)

### En el domicilio

- Todas las intervenciones precedentes se pueden realizar también en el domicilio

### Bebés y niños

- Véase esta sección en afrontamiento familiar, ineficaz: comprometido, pág. 57

### Personas mayores

- Derivar a centros de jubilados y programas de centros de día
- Véase esta sección en afrontamiento familiar, ineficaz: comprometido, pág. 57

---

## AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL: INEFICAZ

(1978, 1998)

**Definición:** incapacidad de valorar de forma adecuada los estresantes, elección inapropiada de las respuestas, e incapacidad de utilizar los recursos disponibles.

### Características definatorias

#### *Subjetivas*

Cambio de los patrones de comunicación habituales

Fatiga

Verbalización de incapacidad para afrontar o para pedir ayuda

**Objetivas**

Abuso de sustancias químicas  
 Alta tasa de enfermedad  
 Alteración del sueño  
 Ausencia de conductas dirigidas a un objetivo y de resolución de problemas, incluyendo incapacidad para atender y dificultades para organizar la información  
 Conductas de riesgo  
 Conductas destructivas hacia sí mismo y otros  
 Incapacidad de desempeñar el rol  
 Incapacidad de satisfacer las necesidades básicas  
 Mala concentración  
 Menor uso del apoyo social  
 Resolución de problemas inadecuada  
 Utilización de formas de afrontamiento que imposibilitan conductas adaptativas

**Otras características definitorias  
(no recogidas en la NANDA internacional)**

Alta tasa de accidentes  
 Manipulación verbal  
 Signos de maltrato físico y psicológico  
 Uso inapropiado de los mecanismos de defensa  
 Verbalización de expectativas no realistas

**Factores relacionados**

Alteración del patrón de liberación de tensiones  
 Apoyo social inadecuado provocado por las características de las relaciones  
 Confianza inadecuada en la capacidad de afrontamiento  
 Crisis situacional o madurativa  
 Diferencias de género en las estrategias de afrontamiento  
 Inadecuada valoración del peligro  
 Incapacidad de conservar la energía adaptativa  
 Incertidumbre  
 Oportunidades inapropiadas de prepararse para los estresantes  
 Peligro importante  
 Percepción inadecuada de control  
 Recursos inadecuados

**Sugerencias de uso**

Muchos diagnósticos representan un fracaso del afrontamiento (p. ej., *ansiedad*, *riesgo de violencia*, *desesperanza*). Siempre se debe utilizar el diagnóstico más específico que encaje en las características definitorias del paciente. *Afrontamiento individual: ineficaz* representa un patrón más crónico o dura-

A

dero que *tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud*. También es menos específico que *afrentamiento defensivo*.

### Otros posibles diagnósticos

Ansiedad  
Conductas de riesgo para la salud, tendencia a adoptar  
Duelo disfuncional  
Negación ineficaz  
Síndrome postraumático  
Temor  
Violencia, riesgo de: autodirigida o dirigida a otros

### Resultados NOC

**Aceptación: estado de salud:** reconciliación con un cambio relevante en la salud

**Adaptación a la discapacidad física:** respuesta adaptativa a un cambio funcional significativo debido a una discapacidad física

**Adaptación del cuidador a la institucionalización del paciente:** respuesta adaptativa de un cuidador familiar cuando el paciente es trasladado a una institución

**Adaptación del niño a la hospitalización:** respuesta adaptativa de un niño de 3 a 17 años de edad a la hospitalización

**Afrentamiento:** acciones personales destinadas a manejar los estresantes que ponen a prueba los recursos de un individuo

**Ajuste psicosocial: cambio de vida:** respuesta psicosocial adaptativa de un individuo a un cambio vital significativo

**Conocimiento: recursos sanitarios:** alcance del conocimiento transmitido sobre los recursos sanitarios relevantes

**Control de los impulsos:** autocontrol de conductas compulsivas o impulsivas

**Control del riesgo: consumo de alcohol:** acciones personales destinadas a prevenir, eliminar o reducir el consumo de alcohol que supone un peligro para la salud

**Control del riesgo: consumo de drogas:** acciones personales destinadas a prevenir, eliminar o reducir el consumo de drogas que supone un peligro para la salud

**Desempeño del rol:** congruencia de las conductas de rol de un individuo con las expectativas del rol

**Toma de decisiones:** capacidad de juzgar y elegir entre dos o más alternativas

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **afrentamiento** eficaz, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, habitualmente):

- Identifica patrones de afrontamiento eficaces [e ineficaces]
- Busca información acerca de la enfermedad y su tratamiento
- Pone en marcha conductas para reducir el estrés
- Identifica múltiples estrategias de afrontamiento
- Utiliza estrategias de afrontamiento eficaces
- Refiere que han disminuido los sentimientos negativos
- Demuestra **control de los impulsos** manteniendo consistentemente el auto-control sin supervisión

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Demostrar interés por actividades recreativas
- Identificar las cualidades personales que pueden favorecer un afrontamiento eficaz
- Sopesar y elegir entre opciones y consecuencias
- Entablar conversación
- Participar en las AVD
- Participar en el proceso de toma de decisiones
- Utilizar expresiones verbales y no verbales adecuadas a la situación
- Verbalizar un plan para aceptar o bien modificar la situación

### Intervenciones NIC

**Adiestramiento para controlar impulsos:** ayudar al paciente a controlar sus conductas impulsivas mediante la aplicación de estrategias de resolución de problemas en situaciones interpersonales y sociales

**Apoyo emocional:** proporcionar consuelo, aprobación y ánimo durante los momentos de estrés

**Apoyo en la toma de decisiones:** proporcionar información y apoyo a un paciente que está tomando una decisión respecto a su salud

**Asesoramiento:** utilizar un proceso interactivo de ayuda centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y personas significativas para mejorar o apoyar el afrontamiento, la resolución de problemas y las relaciones interpersonales

**Potenciación de rol:** ayudar a un paciente, su familia y personas cercanas a mejorar las relaciones, aclarando y explicitando conductas concretas del desempeño del rol

**Guía anticipatoria:** preparar a un paciente para una crisis situacional o del desarrollo que se avecina

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar al paciente a adaptarse a los estresantes, cambios o amenazas percibidos que interfieren con la satisfacción de las demandas y los roles de la vida

**Mejorar la autoestima:** ayudar a un paciente a aumentar el juicio personal sobre su propia valía

**Orientación sobre el sistema sanitario:** facilitar a un paciente la localización y el uso de los servicios sanitarios adecuados

A

**Prevención del consumo de sustancias:** prevenir un estilo de vida que comporta el uso de alcohol o drogas

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Evaluar el concepto que tiene el paciente de sí mismo y su autoestima
- Identificar las causas del afrontamiento ineficaz (p. ej., ausencia de apoyos, crisis vital, resolución de problemas ineficaz)
- Vigilar la aparición de conductas agresivas
- Identificar la percepción del paciente de su enfermedad y la congruencia entre ésta y la de los profesionales sanitarios
- (NIC) *Mejorar el afrontamiento:*
  - Valorar la adaptación del paciente al cambio de su imagen corporal, si está indicado
  - Valorar el impacto de la situación vital del paciente en las relaciones y los roles
  - Evaluar la capacidad de tomar decisiones del paciente
  - Explorar con el paciente sus métodos previos para afrontar los problemas de la vida
  - Determinar el riesgo de que el paciente se autolesione

#### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Mejorar el afrontamiento:*
  - Proporcionar información real sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico
  - Enseñar al paciente técnicas de relajación, si es preciso
  - Adiestrar al paciente en habilidades sociales adecuadas
- Enseñar a resolver problemas
- Dar información sobre recursos comunitarios

#### Actividades auxiliares

- Poner en marcha una conferencia sobre el cuidado del paciente para revisar los mecanismos de afrontamiento del paciente y establecer un plan de cuidados
- Implicar a los recursos del hospital en el apoyo al paciente y la familia
- Actuar de enlace entre el paciente, otros profesionales sanitarios y recursos comunitarios (p. ej., grupos de apoyo)

#### Otras

- Ayudar al paciente a elaborar un plan para aceptar o modificar la situación
- Ayudar al paciente a identificar sus cualidades personales y fijar objetivos realistas
- Animar al paciente a:
  - Implicarse en la planificación de las actividades del cuidado

Entablar conversación con otros

Participar en las actividades

- Pedir a la familia que visite al paciente tanto como sea posible
- Animar al paciente a que realice ejercicio físico, si puede hacerlo
- (NIC) *Mejorar el afrontamiento:*
  - Animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol
  - Hablar con calma, tranquilizando
  - Reducir aquellos estímulos del entorno que puedan ser interpretados como amenazantes
  - Crear un clima de aceptación
  - Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente esté sufriendo estrés grave
  - Fomentar formas constructivas de descargar la ira y la hostilidad
  - Explorar los motivos del paciente para la autocrítica
  - Disponer situaciones que promuevan la autonomía del paciente
  - Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los otros
  - Apoyar el uso de mecanismos de defensa apropiados
  - Animarle a expresar sus sentimientos, percepciones y miedos
  - Ayudar al paciente a aclarar concepciones erróneas
  - Ayudar al paciente a identificar los apoyos disponibles
  - Valorar y comentar otras posibles respuestas a la situación

### En el domicilio

- Observar los patrones de afrontamiento de la familia
- Enseñar a los miembros de la familia a vigilar posibles tendencias suicidas y a ponerse en contacto de forma inmediata con un profesional de la salud mental si observan tendencias suicidas
- Derivar a servicios sociales, asistencia psiquiátrica domiciliaria, y a los grupos de apoyo adecuados
- Implicar a los cuidadores familiares en el control del uso de medicamentos

### Bebés y niños

- La comunicación debe tener en cuenta el estadio de desarrollo del niño

### Personas mayores

- En personas mayores que hayan sufrido un accidente cerebrovascular (ictus), valorar la presencia de depresión, apatía y labilidad emocional, que pueden contribuir al *afrontamiento individual: ineficaz*
- Promover y ayudar a evocar recuerdos alegres
- Animar al paciente a relacionarse (p. ej., familia, amigos, grupos)

## **A AISLAMIENTO SOCIAL**

(1982)

**Definición:** soledad experimentada por el individuo y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o de amenaza.

### **Características definatorias**

#### *Subjetivas*

Expresión de sensación de rechazo  
Expresión de sensación de soledad impuesta por los demás  
Incapacidad para cumplir las expectativas de los demás  
Inseguridad en público  
Intereses no adecuados con respecto al desarrollo  
Muestra valores inaceptables para el grupo cultural dominante  
Propósito vital inadecuado  
Sensación de diferencia con respecto a los demás

#### *Objetivas*

Acciones repetitivas  
Acciones sin sentido  
Afectación sorda  
Afectación triste  
Ausencia de contacto visual  
Ausencia de personas cercanas que ofrezcan apoyo (p. ej., familiares, amigos, grupo)  
Búsqueda de soledad  
Comportamientos inadecuados desde el punto de vista del desarrollo  
Demostración de un comportamiento inaceptable para el grupo cultural dominante  
Enfermedad  
Evidencia de discapacidad física o mental  
Falta de comunicación  
Pertenencia a una subcultura  
Preocupación por los propios pensamientos  
Proyección de hostilidad [a través de la voz o del comportamiento]  
Retraimiento

### **Factores relacionados**

Aficiones que demuestran inmadurez  
Alteración del estado de bienestar  
Alteraciones del estado mental  
Alteraciones en la apariencia física  
Factores que contribuyen a la ausencia de relaciones personales satisfactorias (p. ej., retraso a la hora de llevar a cabo las tareas de desarrollo)  
Incapacidad para implicarse en relaciones personales satisfactorias

Recursos personales inadecuados  
Valores o comportamiento social inaceptable

### Otros factores relacionados (no NANDA)

Aislamiento impuesto por el tratamiento  
Dependencia química  
Disfunción psicológica (especificar)

### Sugerencias de uso

Conviene distinguir entre *aislamiento social* y *deterioro de la interacción social*. El diagnóstico *deterioro de la interacción social* se centra más en las capacidades y técnicas sociales del paciente, mientras que *aislamiento social* se centra en la sensación de soledad del paciente, que no tiene por qué ser el resultado de unas técnicas sociales ineficaces. En la tabla 1, se comparan las características definitorias y los factores relacionados del diagnóstico *deterioro de la interacción social* con el diagnóstico *aislamiento social*.

Tabla 1

	Deterioro de la interacción social	Aislamiento social
<i>Características definitorias compartidas</i>	Incomodidad expresada u observada ante situaciones sociales	Incomodidad expresada u observada ante situaciones sociales
<i>Características definitorias diferentes</i>	Comportamientos sociales ineficaces Sensación de rechazo	Sensación de soledad impuesta por los demás
<i>Factores relacionados</i>	Falta de conocimientos sobre técnicas sociales Barreras de comunicación	Discapacidad mental Discapacidades físicas

### Otros posibles diagnósticos

Comunicación verbal, trastorno de la Interacción social, deterioro de la Postraumático, síndrome  
Procesos de pensamiento, alteración de los Síndrome de estrés por traslado

### Resultados NOC

**Ambiente de la familia: interno:** entorno de ayuda caracterizado por los objetivos y las relaciones de los miembros de la familia

**Apoyo social:** disponibilidad percibida y ofrecimiento real de ayuda por parte de otras personas

**Bienestar:** alcance de la percepción positiva del estado de salud y de las circunstancias vitales de cada uno

A

**Equilibrio emocional:** ajuste adecuado de un estado emocional prevaeciente como respuesta a las circunstancias

**Soledad:** gravedad de la respuesta al aislamiento emocional, social o existencial

**Habilidad de interacción social:** comportamientos personales que fomentan las relaciones eficaces

**Implicación social:** interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones

**Participación en actividades de ocio:** empleo de actividades relajantes, interesantes y divertidas para fomentar el bienestar

**Participación en juegos:** uso de actividades por parte de un niño de entre 1 y 11 años para fomentar la diversión, el entretenimiento y el desarrollo

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **implicación social**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Interactúa con amigos cercanos, vecinos, familiares o compañeros de grupos de trabajo
  - Participa como voluntario en actividades organizadas o en labores vinculadas a la Iglesia
  - Participa con otras personas en actividades de ocio

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Identificar y aceptar las características o comportamientos personales que contribuyen al aislamiento social
- Identificar los recursos comunitarios que le ayudarán a reducir el aislamiento social tras el alta
- Indicar que ha tenido pocas sensaciones o experiencias de exclusión
- Iniciar el contacto con otras personas
- Desarrollar una relación mutua
- Mostrar un afecto adecuado a la situación
- Desarrollar técnicas sociales que reduzcan el aislamiento (p. ej., cooperación, acuerdo, consideración, cercanía y compromiso)
- Referir un aumento del apoyo social (p. ej., ayuda por parte de otras personas en forma de apoyo emocional, tiempo, dinero, trabajo o información)

#### Intervenciones NIC

**Establecer relaciones complejas:** establecimiento de una relación terapéutica con un paciente que tiene dificultades para interactuar con los demás

**Fomento de la socialización:** mejora de la capacidad de otra persona para interactuar con los demás

**Gestión del humor:** ofrecimiento de seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento de un paciente que experimenta un humor depresivo o elevado disfuncional

**Mejorar el afrontamiento:** ayuda a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida

**Mejorar la autoconciencia:** ayuda a un paciente para explorar y comprender sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamientos

**Modificación de conducta: habilidades sociales:** ayuda al paciente para desarrollar o mejorar los comportamientos sociales interpersonales

**Potenciación del sistema de apoyo:** ofrecimiento de apoyo al paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad

**Promoción de la implicación familiar:** promoción de la participación familiar en el cuidado emocional y físico del paciente

**Promoción de la integridad familiar:** promoción de la cohesión y unidad familiar

**Terapia de entretenimiento:** empleo intencionado del entretenimiento para fomentar la relajación y mejorar las técnicas sociales

**Terapia de juegos:** empleo intencionado y dirigido de juguetes u otros materiales para ayudar a los niños a comunicar su percepción y conocimientos del mundo, así como para ayudarles a mejorar el control de su entorno

### Actividades de enfermería

Véase también el apartado actividades de enfermería, correspondiente a social, deterioro de la interacción, en las págs. 423-424.

### Otras

- Ayudar al paciente a distinguir la realidad de las percepciones
- Identificar, con ayuda del paciente, los factores que pueden contribuir a la sensación de aislamiento social
- Reducir el estigma del aislamiento mediante el respeto de la dignidad del paciente
- Reducir la ansiedad del visitante explicándole la razón del equipo o las precauciones de aislamiento
- Reforzar los esfuerzos del paciente, familiares o amigos para establecer interacciones
- *(NIC) Fomento de la socialización:*
  - Fomentar las relaciones con personas que tengan objetivos e intereses comunes
  - Permitir la comprobación de los límites interpersonales
  - Comentar las mejoras en lo referente al cuidado del aspecto personal o a otras actividades
  - Hacer que el paciente sea consciente de un trastorno del criterio propio, según proceda

A

Animar al paciente a cambiar de entorno, como salir a dar paseos o ir al cine

### En el domicilio

- Las actividades anteriores pueden aplicarse o adaptarse a los cuidados en el domicilio

---

## ALIMENTACIÓN INEFICAZ DEL LACTANTE, PATRÓN DE

(1992, 2006)

**Definición:** incapacidad del lactante para mamar o coordinar la respuesta de succión/deglución, que tiene como resultado una nutrición oral inadecuada con respecto a las necesidades metabólicas.

### Características definitorias

#### Objetivas

Incapacidad de coordinar la succión, la deglución y la respiración  
Incapacidad para comenzar o mantener una succión eficaz

#### Factores relacionados

Anomalía anatómica  
Hipersensibilidad oral  
NPO prolongada  
Prematuridad  
Trastorno o retraso neurológico

### Sugerencias de uso

Esta etiqueta describe a un bebé con dificultades de succión o deglución. Se centra en las necesidades nutricionales del lactante, y no tanto en la interacción entre la madre y el bebé. El objetivo de las actividades de enfermería es evitar la pérdida de peso y favorecer la adquisición de peso. Han de emplearse las características definitorias que se muestran en la tabla 8 de la pág. 443 para distinguir entre esta etiqueta y los diagnósticos alternativos propuestos. Si la nutrición inadecuada está causada por factores no relacionados con un problema de alimentación, emplear el diagnóstico *alteración de la nutrición*.

### Otros posibles diagnósticos

Crecimiento, riesgo de alteración del  
Lactancia materna, ineficaz  
Lactancia materna, interrupción de la  
Nutrición, por defecto, alternación de la

## Resultados NOC

A

**Establecimiento de la lactancia materna: neonato:** establecimiento de la unión y la succión del pecho de la madre por parte del lactante para su alimentación durante las primeras tres semanas de lactancia

**Estado de la deglución:** paso correcto de elementos fluidos o sólidos de la boca al estómago

**Estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos:** cantidad de alimentos y líquidos ingeridos por el organismo durante un periodo de 24 horas

**Hidratación:** cantidad adecuada de agua en los espacios intracelulares y extracelulares del organismo

**Mantenimiento de la lactancia:** continuación de la lactancia materna para la alimentación de un lactante/niño

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **establecimiento de la lactancia materna: neonato**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: no, ligeramente, moderadamente, sustancialmente o totalmente adecuado):
  - Colocación y enganche apropiados
  - Presión y agarre de la areola adecuados
  - Succión y colocación de la lengua correctas
  - Deglución audible
  - Micciones diarias adecuadas a su edad
- Muestra **mantenimiento de la lactancia**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: no, ligeramente, moderadamente, sustancialmente o totalmente adecuado):
  - Crecimiento y desarrollo del lactante de forma normal
  - Suavidad de la madre a la hora de dejar de dar el pecho

### Otros ejemplos

- El lactante coordina la succión y la deglución con las respiraciones al tiempo que mantiene el color y el pulso
- La ingesta de alimentos y líquidos por vía oral es adecuada

## Intervenciones NIC

**Alimentación enteral por sonda:** suministro de nutrientes y agua mediante un tubo gastrointestinal

**Alimentación por biberón:** preparación y administración de fluidos a un lactante a través de un biberón

**Asesoramiento para la lactancia:** empleo de un proceso de ayuda interactiva para ayudar a la realización de una lactancia correcta

**Ayuda en la lactancia materna:** preparación de una madre para dar el pecho a su bebé

**Cuidado del catéter umbilical:** manejo de un recién nacido con catéter umbilical

A

**Cuidado del lactante:** suministro de cuidados a lactantes de menos de un año centrados en la familia y adecuados en cuanto al desarrollo

**Monitorización de líquidos:** recopilación y análisis de datos del paciente para regular el equilibrio de fluidos

**Succión no nutritiva:** ofrecimiento de posibilidades de succión al lactante

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Valorar la preparación del lactante para la alimentación por biberón:
  - Coordinación de la succión, la deglución y la respiración (34 semanas)
  - Presencia de reflejo faríngeo (32 semanas)
  - Presencia de reflejo de succión a término (32-34 semanas)
  - Presencia de reflejo de búsqueda (28-36 semanas)
- Valorar diariamente si el lactante está listo para avanzar. Puede utilizar un gráfico de alimentación para facilitar la valoración; anotar el estado del lactante, las necesidades de oxígeno, la tetina preferida, la posición, la temperatura y el tipo de leche, la cantidad de alimento ingerida durante los primeros diez minutos, la ingesta total, el tiempo de ingesta total, el peso diario y el patrón de deposiciones
- En cada toma, valorar las aptitudes de alimentación por biberón del lactante mediante la comprobación de si el lactante:
  - Inicia la deglución activamente y de manera coordinada con la succión
  - Succiona activamente el líquido del biberón
  - Finaliza la alimentación en un tiempo aceptable
  - Coordina la succión, la deglución y la respiración
  - Pierde una cantidad mínima de líquido por la boca
- En cada toma, valorar la función respiratoria y el estado de comportamiento, así como examinar al lactante para detectar problemas como la regurgitación, la distensión abdominal y el aumento de residuos
- Si es necesario emplear una sonda:
  - Controlar la correcta colocación de la sonda (p. ej., comprobación de residuos gástricos o aplicación del protocolo pertinente)
  - Controlar la presencia de ruidos hidroaéreos abdominales
- *(NIC) Asesoramiento para la lactancia:*
  - Determinar la base de conocimientos sobre la lactancia
  - Determinar el deseo y la motivación de la madre para dar el pecho
  - Evaluar los conocimientos de la madre sobre los impulsos de alimentación del lactante (p. ej., búsqueda, succión, vigilia)
  - Controlar los conocimientos de la madre acerca del enganche del lactante a la tetina

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar lo siguiente para aumentar el éxito de la alimentación mediante biberón:

Evitar técnicas que interrumpen el aprendizaje del lactante permitiendo pasar de forma pasiva líquido sin la participación activa del lactante (p. ej., sacudir el biberón, mover la tetina hacia arriba y hacia abajo, sacar y meter la tetina en la boca del lactante, mover la boca del lactante hacia arriba y hacia abajo)

Hacer eructar al lactante con frecuencia

Seleccionar la tetina más apropiada (tener en cuenta el tamaño, la forma, la dureza, el tamaño del agujero)

Considerar un cambio de leche (p. ej., espesor, sabor, temperatura)

Calmar al lactante antes de la alimentación; durante la misma, extraer la tetina al primer signo de cambio de estado o de respiración

Alimentar al lactante prematuro cuando esté completamente despierto y ansioso

Llenar el biberón por encima de la cantidad planificada para que la succión resulte más sencilla y minimizar la succión de aire

Colocar al lactante en posición semi-recostada, con la cabeza ligeramente inclinada hacia delante y la barbilla hacia abajo

Ofrecer cuidadores que detecten mejor las reacciones del lactante y faciliten su aprendizaje; implicar a la madre en cuanto se dé la oportunidad

Permanecer paciente y en estado de relajación durante la alimentación, permitir breves periodos de descanso, controlar al lactante para que finalice la alimentación en el tiempo adecuado (demasiado deprisa puede no resultar seguro; demasiado lento puede aumentar el cansancio y el gasto calórico)

Emplear técnicas de facilitación (p. ej., antes de la alimentación, aumentar la sensibilidad oral acariciando los labios, las mejillas y la lengua del lactante; durante la alimentación, colocar los dedos en ambas mejillas y bajo la parte inferior de la mandíbula, entre la barbilla y la garganta, para ofrecer apoyo a las mejillas y la lengua)

- Si el lactante debe alimentarse mediante una sonda, informar a los padres acerca de la importancia de cubrir las necesidades de succión del lactante
- *(NIC) Asesoramiento para la lactancia:*
  - Demostrar el aprendizaje de succión, según proceda
  - Ofrecer información acerca de los patrones de micciones y deposiciones, según proceda
  - Informar sobre los indicios de problemas que se deben comunicar al médico

### Actividades auxiliares

- Establecer una red de apoyo para garantizar que la madre cuente con ayuda durante la lactancia diaria o los problemas de lactancia materna cuando se produzcan
- Consultar a un especialista en lactancia o a un grupo de apoyo a la lactancia materna, según proceda

A

- Llevar al lactante a un fisioterapeuta o a un ergoterapeuta si el lactante no progresa en cuanto a la alimentación o presenta defectos orales o estructurales
- Si el lactante no puede realizar la ingesta oral, realizar una alimentación enteral por sonda, según el protocolo
- Consultar a un médico o a un nutricionista con respecto al tipo y a la cantidad de la alimentación enteral

### Otras

- Concertar una visita a domicilio 72 horas después del alta
- Determinar el método de alimentación más apropiado (p. ej., alimentación mediante tetina; alimentación intermitente por sonda; alimentación continua por sonda nasogástrica [NG], sonda gástrica o gastrostomía)
- Si es necesario emplear una sonda:
  - Elevar el cabecero de la cama o sujetar al lactante durante la alimentación
  - Ofrecer un chupete al lactante durante la alimentación
  - Hablar al lactante durante la alimentación
  - Realizar cuidados dermatológicos en la zona circundante del dispositivo de alimentación, mantener limpio el lugar de la alimentación
  - Cambiar los contenedores y la sonda de alimentación cada 24 horas

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores pueden aplicarse en los cuidados en el domicilio
- Si se producen o se sospechan problemas de alimentación antes del alta hospitalaria, remitir a la familia a los recursos comunitarios para una pronta intervención
- Enseñar a los progenitores a controlar el balance hídrico y el estado de hidratación

---

## ANSIEDAD

(1973, 1982, 1998)

**Definición:** sensación incómoda y mal definida de malestar o temor, acompañada de una respuesta vegetativa (la causa es a menudo inespecífica o desconocida por la persona); sentimiento de aprensión provocado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que avisa de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para enfrentarse a la amenaza.

## Características definitorias

### *Conductuales*

Desasosiego  
 Escaso contacto ocular  
 Expresión de la preocupación por el cambio de circunstancias vitales  
 Inquietud, se mueve continuamente  
 Insomnio  
 Menor productividad  
 Movimientos extraños (p. ej., bailoteo de los pies, movimientos de brazos y manos)  
 No fija la mirada  
 Sigue todo con la mirada, vigilante

### *Afectivas*

Angustia  
 Aprensión  
 Desconcierto  
 Desesperanza persistente y dolorosa  
 Ensimismamiento  
 Incertidumbre  
 Irritabilidad  
 Malestar  
 Mucha cautela  
 Nerviosismo  
 Pesadumbre  
 Preocupación  
 Sentimientos de ineptitud  
 Sobreexcitación  
 Temor  
 Terror

### *Fisiológicas*

Aumento de la tensión  
 Habla entrecortada  
 Hipersudoración  
 Inestabilidad  
 Insomnio (no NANDA)  
 Temblor de manos o generalizado  
 Tensión facial

### *Parasimpáticas*

Alteraciones del sueño  
 Cansancio  
 Diarrea  
 Dificultad para iniciar la micción  
 Disminución de la presión arterial  
 Dolor abdominal

**A**

Hormigueo en las extremidades  
Mareo  
Menor pulso  
Náuseas  
Necesidad imperiosa de orinar  
Polaquiuria (aumento del número de micciones)

**Simpáticas**

Anorexia  
Aumento de la presión arterial  
Aumento de los reflejos  
Aumento del pulso  
Boca seca  
Contracciones musculares espasmódicas  
Debilidad  
Diarrea  
Dificultad para respirar  
Excitación cardiovascular  
Mayor frecuencia respiratoria  
Midriasis  
Palpitaciones  
Rubor facial  
Vasoconstricción superficial

**Cognitivas**

Alteraciones de la atención  
Conciencia de los síntomas fisiológicos  
Dificultades para concentrarse  
Ensimismamiento (no NANDA)  
Expresión de la preocupación por el cambio de circunstancias vitales (no NANDA)  
Menor capacidad de aprender  
Menor capacidad de resolución de problemas  
Miedo a consecuencias inespecíficas  
Ofuscación  
Olvido de las cosas con facilidad  
Pensamiento bloqueado  
Preocupación  
Reducción del campo de percepción  
Rumiaciones  
Tendencia a culpar a otros

**Factores relacionados**

Abuso de sustancias  
Amenaza a la imagen de sí mismo  
Amenaza de muerte  
Amenaza o cambio de rol, funciones, entorno, estado de salud, nivel económico, o estilo de interacción



- Asociación familiar/herencia
- Conflicto inconsciente relacionado con los valores fundamentales y objetivos vitales
- Crisis situacionales y de madurez
- Estrés
- Exposición a tóxicos
- Necesidades no satisfechas
- Transmisión y contagio interpersonal

### Sugerencias de uso

Cuando la ansiedad se debe a la preocupación o el miedo ante la muerte, debe utilizarse el diagnóstico, más específico, de *ansiedad ante la muerte*.

Hay que diferenciar entre *ansiedad* y *temor* porque las acciones de enfermería pueden ser distintas. Cuando un paciente tiene miedo, la enfermera intenta eliminar la fuente del temor o ayuda al paciente a enfrentarse a ese miedo concreto. Cuando un paciente está ansioso, la enfermera ayuda a identificar la causa de la ansiedad; no obstante, cuando no se puede identificar el origen de la ansiedad, la enfermera ayuda al paciente a explorar y expresar esas sensaciones y a encontrar formas de afrontar la ansiedad.

*Temor* y *ansiedad* presentan dificultades diagnósticas porque no son mutuamente excluyentes. Una persona que tiene miedo también suele estar ansiosa. La causa del *temor* puede ser una operación quirúrgica inminente, pero la mayoría de los sentimientos respecto a la cirugía se relacionan con la *ansiedad*. Como no se puede eliminar la etiología (cirugía), las intervenciones de enfermería deberían dirigirse a apoyar los mecanismos de afrontamiento que utiliza el paciente para manejar la *ansiedad* (Carpenito-Moyet, 2006, pág. 99).

*Temor* y *ansiedad* comparten muchos signos y síntomas: aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, midriasis, sudoración, tensión muscular y cansancio. Para establecer el diagnóstico diferencial puede ser útil consultar la tabla 2:

**Tabla 2**

	<b>Ansiedad</b>	<b>Temor</b>
<i>Manifestaciones fisiológicas</i>	Estimulación del sistema nervioso parasimpático con aumento de la actividad gastrointestinal	Sólo respuesta simpática: disminución de la actividad gastrointestinal
<i>Tipo de amenaza</i>	Habitualmente psicológica (p. ej., a la imagen de uno mismo), mal definida, inespecífica	A menudo física (p. ej., la seguridad); específica, identificable
<i>Sensaciones</i>	Mal definidas, incómodas	Miedo, aprensión
<i>Origen de esas sensaciones</i>	Desconocido, inconsciente	Conocido por la persona

## A

Como la ansiedad afecta a las actividades de enfermería, se indicará en el diagnóstico si la ansiedad es moderada, grave o crítica. La ansiedad crítica puede precisar intervenciones auxiliares, como medicamentos. La ansiedad leve no es un problema, sino una situación normal en todas las personas. Sólo hay que diagnosticar *ansiedad* en aquellos pacientes que precisen intervenciones de enfermería especiales. La ansiedad leve antes de una operación quirúrgica es una respuesta normal y sana, y debe manejarse con las enseñanzas de rutina y apoyo emocional.

*Ansiedad leve*: presente en la vida cotidiana; mejora la alerta y amplía los campos perceptivos; motiva el aprendizaje y el crecimiento

*Ansiedad moderada*: estrecha los campos perceptivos; centrada en las preocupaciones más inmediatas, no atiende a otras informaciones ni detalles

*Ansiedad grave*: completamente centrada en algunos detalles muy específicos; toda la conducta está dirigida a conseguir alivio

*Ansiedad crítica*: la persona pierde el control y siente miedo y terror. Estado de desorganización que causa mayor actividad física, distorsión de las percepciones y relaciones, y ausencia de pensamiento racional. La ansiedad crítica puede llevar al agotamiento y a la muerte (Stuart y Sundeen, 1995).

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento ineficaz  
 Ansiedad ante la muerte  
 Toma de decisiones, conflicto en la  
 Temor

### Resultados NOC

**Afrontamiento**: acciones personales destinadas a manejar los estresantes que ponen a prueba los recursos de un individuo

**Autocontrol de la ansiedad**: acciones personales destinadas a eliminar o reducir los sentimientos de aprensión, tensión o incomodidad de origen no identificable

**Concentración**: capacidad de centrarse en un estímulo concreto

**Nivel de ansiedad**: gravedad de la aprensión, tensión o incomodidad manifestadas, cuyo origen no es identificable

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Mejoría de la *ansiedad*, puesta de manifiesto porque sólo muestra un nivel de ansiedad de leve a moderado, y demuestra de forma consistente autocontrol de la ansiedad, concentración y afrontamiento.
- Demuestra **autocontrol de la ansiedad**, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, habitualmente):
  - Planifica estrategias de afrontamiento para las situaciones estresantes
  - Mantiene las funciones de su rol

Controla las distorsiones de la percepción  
 Vigila las manifestaciones conductuales de la ansiedad  
 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Continuar con las actividades necesarias aunque persista la ansiedad
- Mostrar que puede adquirir nuevas habilidades y conocimientos
- Identificar síntomas indicativos de ansiedad
- Comunicar sus necesidades y sentimientos negativos de forma apropiada
- Mantener las constantes vitales dentro de los límites normales

### Intervenciones NIC

**Apoyo emocional:** proporcionar consuelo, aprobación y ánimo durante los momentos de estrés

**Guía anticipatoria:** preparar al paciente para una crisis madurativa y/o situacional anticipada

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar al paciente a adaptarse a los estresantes, cambios o amenazas percibidos que interfieren con la satisfacción de las demandas y los roles de la vida

**Reducción de la ansiedad:** minimizar la aprensión, el miedo, anticipación o malestar relacionados con un peligro anticipado de origen desconocido

**Técnica para tranquilizar:** reducir la ansiedad en un paciente con ansiedad aguda

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Valorar y registrar el grado de ansiedad del paciente, incluyendo la respuesta fisiológica, cada \_\_\_\_\_
- Evaluar factores culturales (p. ej., conflictos de valores) que pudieran contribuir a la ansiedad
- Explorar con el paciente las técnicas que le resultaron útiles (o no) para reducir la ansiedad en el pasado
- (NIC) *Reducción de la ansiedad:* determinar la capacidad del paciente para tomar decisiones

#### Educación del paciente y la familia

- Elaborar un plan de instrucción con metas realistas, incluyendo la necesidad de repetición, ánimo y elogios de las actividades aprendidas
- Informar acerca de los recursos disponibles, como amigos, vecinos, grupos de autoayuda, iglesias, voluntariado y centros recreativos
- Enseñar los síntomas de la ansiedad
- Enseñar a los familiares a distinguir una crisis de angustia de los síntomas de una enfermedad física

A

- (NIC) *Reducción de la ansiedad:*
  - Proporcionar información objetiva acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
  - Enseñar técnicas de relajación al paciente
  - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las sensaciones que es probable que note durante el procedimiento

#### Actividades auxiliares

- (NIC) *Reducción de la ansiedad:* administrar medicamentos para reducir la ansiedad, si es preciso

#### Otras

- Cuando la ansiedad sea grave, quedarse con el paciente, hablarle con calma y darle alivio y consuelo
- Animar al paciente a verbalizar sus pensamientos y sentimientos para externalizar la ansiedad
- Ayudar al paciente a centrarse en la situación presente, como forma de identificar los mecanismos de afrontamiento precisos para reducir la ansiedad
- Proporcionar entretenimiento con televisión, radio, juegos y terapia ocupacional para reducir la ansiedad y aumentar los intereses
- Intentar técnicas como la imaginación guiada (Antall y Kresevic, 2004) y la relajación progresiva
- Reforzar al paciente cuando realiza las AVD y otras actividades a pesar de la ansiedad
- Tranquilizar al paciente mediante el tacto y la comunicación empática, verbal y no verbal
- Animar al paciente a expresar su enfado y malestar, y permitirle llorar
- Reducir el exceso de estimulación logrando un ambiente tranquilo, visitas limitadas si es posible y reducción del consumo de cafeína y otros estimulantes
- Sugerir tratamientos alternativos para disminuir la ansiedad que sean aceptables para el paciente
- Eliminar el origen de la ansiedad si es posible
- (NIC) *Reducción de la ansiedad:*
  - Tratar al paciente con mucha calma, para tranquilizarle
  - Explicar claramente las expectativas respecto a su conducta
  - Permanecer al lado del paciente (p. ej., durante los procedimientos) para fomentar la seguridad y disminuir su temor
  - Masajear la espalda o el cuello, si es apropiado
  - Mantener los equipos terapéuticos fuera de su vista
  - Ayudar al paciente a identificar las situaciones ansiógenas

#### Bebés y niños

- Ayudar a los padres a no mostrar su propia ansiedad en presencia de los niños

- Pedir a los padres que traigan juguetes, ropa interior y otros objetos de casa
- Jugar con el niño o llevarle a la habitación de juegos de la unidad para implicarle en los mismos
- Animar al niño a expresar sus sentimientos
- En los niños enfermos, la regresión debe ser anticipada y permitida
- Informar a los padres acerca de la enfermedad del niño y de los cambios de conducta que es probable que observen en el niño (para reducir la ansiedad de los padres) (Melnyk y Feinstein, 2001)
- Coger en brazos y tranquilizar al bebé o al niño
- *(NIC) Reducción de la ansiedad:*
  - Animar a la familia a quedarse con el paciente, cuando sea conveniente
- Mecer al bebé, cuando sea conveniente
- Hablar suavemente o cantar a bebés y niños
- Ofrecer un chupete, cuando sea apropiado

### Personas mayores

- Evaluar la presencia de depresión, a menudo enmascarada por la ansiedad en las personas mayores (Bartels, 2002)
- Tratar al paciente con calma, sin prisa
- Poner empeño en conseguir coherencia entre los cuidadores y en el entorno (Halm y Alpen, 1993)

## ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

(1998, 2006)

**Definición:** sensación incómoda y mal definida de malestar o temor, causada por la percepción de que la propia existencia está amenazada (amenaza real o imaginaria).

### Características definitorias

#### Subjetivas

El paciente refiere:

- Miedo a perder su capacidad mental en la agonía
- Miedo a una agonía prolongada
- Miedo a una enfermedad terminal
- Miedo a una muerte prematura
- Miedo al dolor asociado a la muerte
- Miedo al proceso de morir
- Miedo al sufrimiento asociado a la muerte

A

Pensamientos negativos acerca de la muerte y de morir

Preocupación por las consecuencias de la propia muerte en las personas cercanas

Preocupación por sobrecargar al cuidador

Sentirse impotente ante la muerte

Tristeza profunda

### Factores relacionados

Anticipar consecuencias adversas de la anestesia general

Anticipar dolor

Anticipar el efecto de la muerte en los otros

Anticipar el sufrimiento

Confrontar la realidad de una enfermedad terminal

Conversaciones acerca de la muerte

Haber estado cerca de la muerte

Incertidumbre acerca de la existencia de un poder superior

Incertidumbre acerca de la vida después de la muerte

Incertidumbre acerca del encuentro con un poder superior

No aceptación de la propia mortalidad

Observaciones acerca de la muerte

Percibir la proximidad de la muerte

Pronóstico incierto

Vivir el proceso de la muerte

### Sugerencias de uso

Véase ansiedad, sugerencias de uso. Utilizar siempre el diagnóstico más específico. Si la ansiedad de un paciente que se va a morir está relacionada con la muerte o con el hecho de morirse, utilizar *ansiedad ante la muerte*; si no es así, usar el diagnóstico más amplio de *ansiedad*.

### Otros posibles diagnósticos

Aflicción crónica

Ansiedad

Duelo anticipado

Sufrimiento espiritual

### Resultados NOC

**Aceptación: estado de salud:** reconciliación con un cambio relevante en la salud

**Autocontrol de la ansiedad:** acciones personales destinadas a eliminar o reducir los sentimientos de aprensión, tensión o incomodidad, cuyo origen no se puede identificar

**Autocontrol del miedo:** acciones personales destinadas a eliminar o reducir los sentimientos de aprensión, tensión o incomodidad, cuyo origen sí es identificable

**Bienestar espiritual:** unión entre el yo, otros, un poder superior, toda la vida, la naturaleza y el universo, que trasciende y da poder al yo

**Esperanza:** optimismo personalmente gratificante y vitalista

**Morir bien:** bienestar físico y psicológico respecto al inminente fin de la vida

**Morir con dignidad:** acciones personales encaminadas a mantener el control durante el cercano final de la vida

**Nivel de depresión:** gravedad del ánimo melancólico y de la pérdida de interés en la vida

A

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Mejoría de la *ansiedad ante la muerte*, puesta de manifiesto porque demuestra consistentemente autocontrol de la ansiedad, morir con dignidad, autocontrol del miedo y esperanza; morir bien y la salud espiritual no están comprometidos; y el nivel de depresión no supera el grado de leve
- Demuestra **autocontrol de la ansiedad**, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, habitualmente):
  - Controla la intensidad de la ansiedad
  - Usa técnicas de relajación para reducir la ansiedad
  - Mantiene relaciones sociales
  - Controla la respuesta a la ansiedad
- Presenta morir con dignidad, manifestado por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, habitualmente):
  - Expresa que está preparado para morir
  - Resuelve inquietudes y asuntos importantes
  - Se reconcilia con sus relaciones
  - Intercambia muestras de afecto con otros
  - Se separa gradualmente de las personas cercanas
  - Conversa acerca de experiencias e inquietudes espirituales
  - Expresa esperanza
  - Mantiene la sensación de control del tiempo que le queda por vivir

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Mantener el bienestar físico y psicológico durante el proceso de su muerte
- Expresar sus sentimientos (p. ej., enfado, pena, duelo) y pensamientos a los profesionales que le atienden y/o familiares y amigos cercanos
- Referir que siente menos ansiedad
- Expresar su preocupación por la influencia de su propia muerte en las personas cercanas
- Identificar áreas de control personal
- Expresar sentimientos positivos sobre las relaciones con las personas a las que tiene afecto
- Aceptar las limitaciones y buscar ayuda si es preciso

## A Intervenciones NIC

**Apoyo emocional:** proporcionar consuelo, aprobación y ánimo durante los momentos de estrés

**Apoyo en la toma de decisiones:** proporcionar información y apoyo a un paciente que está tomando una decisión respecto a su salud

**Apoyo espiritual:** ayudar al paciente a sentirse en equilibrio y en comunión con un poder superior

**Cuidado en la agonía:** fomentar el bienestar físico y la paz psicológica en la etapa final de la vida

**Facilitación de los ritos religiosos:** facilitar la participación en las prácticas religiosas

**Infundir esperanza:** facilitar el desarrollo de una perspectiva optimista en una situación determinada

**Manejo del dolor:** eliminar el dolor o reducirlo hasta lograr un nivel de bienestar aceptable para el paciente

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar al paciente a adaptarse a los estresantes, cambios o amenazas percibidos que interfieren con la satisfacción de las demandas y los roles de la vida

**Presencia:** estar junto al otro, tanto física como psicológicamente, durante los momentos de necesidad

**Reducción de la ansiedad:** minimizar la aprensión, el miedo, anticipación o malestar relacionados con un peligro anticipado de origen desconocido

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de ansiedad (p. ej., constantes vitales, apetito, patrón de sueño, capacidad de concentración)
- Valorar el apoyo proporcionado por las personas cercanas al paciente
- Preguntar al paciente por sus preferencias respecto a la atención en el final de la vida (p. ej., quién desea que esté a su lado, si quiere morir en casa o en el hospital)
- Estar alerta ante expresiones de desesperanza o impotencia (p. ej., “no puedo”)
- Determinar posibles causas de la ansiedad (p. ej., miedo al dolor, alteraciones del funcionamiento corporal, humillación, abandono, no ser, influencia negativa sobre los que le sobreviven)

### Educación del paciente y la familia

- Informar sobre la enfermedad del paciente y el pronóstico
- Dar respuestas sinceras y directas a las preguntas del paciente sobre la agonía

### Actividades auxiliares

- Derivar a atención domiciliaria o institucionalizada, según proceda

- Concertar el contacto entre paciente y sacerdotes o consejeros espirituales si éste es su deseo
- Poner en contacto al paciente y a la familia con los grupos de apoyo adecuados
- Derivar a los servicios psiquiátricos de atención domiciliaria, si es preciso

A

#### Otras

- Apoyar las necesidades espirituales sin imponer las creencias propias al paciente (p. ej., animarle a rezar)
- Utilizar habilidades de comunicación terapéutica para construir una relación de confianza y facilitar la expresión de necesidades por parte del paciente
- Escuchar con atención
- Ofrecer apoyo para aquellos sentimientos complicados sin ofrecer falsas esperanzas ni demasiados consejos
- Animar al paciente a expresar sus sentimientos a las personas queridas
- Ayudar al paciente a identificar áreas de control personal; ofrecer alternativas y opciones a la medida de la capacidad del paciente
- Pasar tiempo con el paciente para evitar el miedo a estar solo
- Ayudar al paciente a recordar y repasar su vida de una manera positiva
- Identificar y apoyar las estrategias de afrontamiento habituales del paciente
- Proporcionar bienestar físico y seguridad (p. ej., medidas para aliviar el dolor y las náuseas, masaje en la espalda)
- Contestar a las preguntas sobre instrucciones vitales y ayudarle en este proceso si es necesario
- Animar a los familiares a que estén junto al paciente tanto como éste desee; informarles; animarles a tocar al paciente y estar físicamente cerca de él (Pierce, 1999; Tarzian, 2000)

---

## APEGO PARENTAL LACTANTE/NIÑO, RIESGO DE ALTERACIÓN DEL

(1994)

**Definición:** alteración del proceso interactivo entre el progenitor o persona significativa y el niño o lactante que promueve una relación recíproca, de protección y crianza.

### Factores de riesgo

Abuso de sustancias  
Ansiedad asociada al rol parental  
Ausencia de privacidad  
Barreras físicas  
Bebé prematuro

A

Bebé prematuro o niño enfermo que es incapaz de iniciar el contacto parental eficazmente debido a una organización conductual alterada  
Conflicto parental debido a trastornos de conducta  
Incapacidad de los padres de satisfacer sus necesidades personales  
Separación

### Sugerencias de uso

Utilizar este diagnóstico cuando uno o los dos progenitores tienen riesgo de problemas de apego. Si se observan signos certeros de retraso del apego, utilizar *riesgo de alteración parental asociado con alteración del apego parental lactante/niño*.

### Otros posibles diagnósticos

Parental, alteración  
Parental, riesgo de alteración

### Resultados NOC

**Afecto padres-hijos:** conductas de los padres y el niño que demuestran un lazo afectivo sólido

**Desempeño del rol:** congruencia de las conductas de rol de un individuo con las expectativas del rol

**Rol parental:** acciones parentales destinadas a proporcionar al niño un entorno físico, emocional y social constructivo y de crianza

### Objetivos/criterios de evaluación

**Téngase en cuenta** que las conductas parentales pueden variar según las normas culturales.

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **afecto padres-hijos**, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, habitualmente):

El progenitor será capaz de:

- Practicar conductas saludables durante la gestación
- Asignar atributos concretos al feto
- Prepararse para recibir al bebé antes del nacimiento
- Coger en brazos, tocar, acariciar, besar y sonreír al bebé
- Hablar con el bebé
- Utilizar la posición de la cara y el contacto visual
- Jugar con el bebé
- Responder a las señales del lactante
- Consolar y calmar al bebé
- Mantener al lactante limpio, seco y caliente

El bebé será capaz de:

- Mirar al progenitor
- Responder a las señales del progenitor

- Demuestra **rol parental**, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, habitualmente):

Estimula el desarrollo cognitivo y social [del niño]  
 Estimula el crecimiento emocional y espiritual [del niño]  
 Muestra una relación cariñosa [con el niño]  
 Verbaliza cualidades positivas del niño

A

## Intervenciones NIC

**Educación paterna: niño pequeño:** instrucciones sobre la crianza y los cuidados físicos necesarios durante el primer año de vida

**Potenciación de rol:** ayudar a un paciente, su familia y personas cercanas a mejorar las relaciones, aclarando y explicitando conductas concretas del desempeño del rol

**Gestión del entorno: proceso de apego:** manipular el entorno del paciente para facilitar el desarrollo de la relación padres/lactante

**Promoción del apego:** facilitar el desarrollo de la relación padres/lactante

**Promoción de la paternidad:** proporcionar información, apoyo y coordinación de todos los servicios a las familias de alto riesgo

## Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería en este diagnóstico se centran en evaluar los factores de riesgo y conductas de apego, enseñar, propiciar la interacción padres/bebé después del nacimiento y manipular el entorno (p. ej., asegurando la privacidad) para facilitar el apego. **Importante:** es preciso ser sensibles al origen cultural cuando se eligen actividades de enfermería, porque las normas culturales acerca de la crianza son muy variables.

## Valoración

- Evaluar las necesidades de aprendizaje de los padres
- Valorar los factores que podrían causar problemas de apego (p. ej., dolor, abuso de sustancias, bebé prematuro)
- Observar los indicadores del apego padres/lactante (véase objetivos/criterios de evaluación)
- Identificar la disposición parental a aprender acerca de los cuidados al lactante
- Evaluar la capacidad de los padres de reconocer las necesidades fisiológicas del bebé (p. ej., cuando tiene hambre)
- (NIC) *Promoción del apego:*  
 Asegurarse antes del nacimiento de si han elegido nombres de ambos sexos  
 Hablar sobre la reacción parental al embarazo

## Educación del paciente y la familia

- Instruir, teórica y prácticamente, acerca de los cuidados al recién nacido (p. ej., alimentación, baño)

**A**

- Enseñar a los padres el desarrollo del niño
- Ayudar a los padres a interpretar los mensajes y las necesidades cambiantes del bebé o niño (p. ej., lenguaje no verbal, llantos y vocalizaciones)
- Enseñar técnicas para calmar y apoyar la habilidad de los padres para aliviar el malestar del niño
- *(NIC) Promoción del apego:*
  - Informar a los padres de los cuidados que se están proporcionando al recién nacido
  - Explicar el equipo utilizado para vigilar al bebé en el nido
  - Mostrar cómo se puede tocar a un bebé en la incubadora
  - Compartir con los padres la información obtenida en la exploración física inicial del recién nacido
  - Comentar con los padres las características de la conducta del bebé

**Otras**

**Periodo prenatal**

- *(NIC) Promoción del apego:*
  - Dar a los padres la oportunidad de escuchar el latido fetal en cuanto sea posible
  - Dar a los padres la oportunidad de ver la imagen ecográfica del feto
  - Animar a los padres a que asistan a clases prenatales (o parentales)

**Durante el parto**

- *(NIC) Promoción del apego:*
  - Animar al padre o persona muy cercana a participar en el parto y nacimiento (si así lo desean)
  - Colocar al recién nacido encima de la madre inmediatamente después de nacer
  - Dar la oportunidad a los padres de ver, coger y observar al recién nacido inmediatamente después de nacer
  - Proporcionar privacidad a la familia durante la interacción inicial con el recién nacido
- *(NIC) Gestión del entorno: proceso de apego:*
  - Limitar el número de personas presentes en la sala de partos
  - Ofrecer un asiento cómodo al padre o acompañante
  - Mantener bajo el grado de estimulación en el entorno de la paciente y su familia

**Periodo neonatal**

- *(NIC) Promoción del apego:*
  - Ayudar a los padres a participar en los cuidados del bebé
  - Reforzar las conductas del rol de cuidador
  - Reforzar los aspectos normales de un bebé con alguna alteración
  - Animar a los padres a que traigan objetos personales, como juguetes o fotografías, para ponerlos en la incubadora o en la cuna del bebé

Informar a los padres de los cuidados que se le están proporcionando al bebé en otro hospital

Comentar con los padres las características de la conducta del bebé

Señalar aquellas conductas del bebé que indican que responde a los padres

Siempre que sea posible, dejar al bebé con los padres después del nacimiento

Animar a los padres a dar masajes al bebé

Animar a los padres a tocar y hablar al recién nacido

- (NIC) *Gestión del entorno: proceso de apego:*

Permitir que el padre o acompañante duerma en la habitación de la madre (si así lo desea)

Reducir las interrupciones del personal del hospital

A

### En el domicilio

Buena parte de los cuidados del postparto se hace mediante las visitas domiciliarias de seguimiento. Continuar con las intervenciones descritas anteriormente. Además, valorar si existe depresión postparto y otras complicaciones que pueden aparecer después de que la mujer vuelva a casa.

## ASFIXIA, RIESGO DE

(1980)

**Definición:** riesgo acentuado de asfixia accidental (p. ej., aire inadecuado disponible para la respiración).

### Factores de riesgo

#### *Externos (medioambientales)*

Calentamiento de un vehículo en un garaje cerrado

Colgar un chupete alrededor del cuello del bebé

Colocar una almohada en la cuna del bebé

Cordones que cuelguen de las prendas

Dejar a los niños sin vigilancia cuando están en el agua

Dejar un biberón en la cuna del bebé

Deshacerse de frigoríficos o congeladores sin quitarles las puertas

Escape de gases en casa

Fumar en la cama

Jugar con bolsas de plástico

Meter en la boca grandes cantidades de comida

Meter objetos pequeños dentro de las vías respiratorias

Utilizar calentadores que quemen gas sin rejilla de ventilación hacia el exterior

A

*Internos (individuales)*

Capacidades motoras reducidas  
Dificultades cognitivas o emocionales  
Falta de educación sobre seguridad  
Falta de precauciones de seguridad  
Proceso de una enfermedad o de una lesión  
Sensaciones olfativas reducidas

### Sugerencias de uso

Usar el diagnóstico más específico posible que cuadre con las características definitorias del paciente. Este diagnóstico es más específico que, por ejemplo, el *riesgo de lesión* o el *riesgo de traumatismo*.

### Otros posibles diagnósticos

Lesión, riesgo de  
Síndrome de muerte súbita del lactante, riesgo del  
Traumatismo, riesgo de

### Resultados NOC

**Control de la aspiración:** acciones personales para prevenir el pasaje de partículas líquidas y sólidas en los pulmones

**Control del asma:** acciones personales para invertir las condiciones inflamatorias que dan lugar a la aparición de opresiones bronquiales de las vías respiratorias

**Estado respiratorio: ventilación:** movimientos de inspiración y espiración del aire hacia los pulmones

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **control de la aspiración**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, o habitualmente):
  - Identifica y evita los factores de riesgo
  - Selecciona los alimentos según la capacidad para tragar

#### Otros ejemplos

- El paciente sera capaz de:
- Identificar apropiadamente los factores de seguridad que protegen a las personas y a los niños de la asfixia
  - Reconocer los signos de abuso o adicción a sustancias
  - Verbalizar sobre los procedimientos de emergencia
  - Proporcionar juguetes adecuados a cada edad
  - Quitar las puertas de las neveras y congeladores usados

## Intervenciones NIC

**Control del asma:** identificación, tratamiento y prevención a las reacciones de inflamación u opresión de los pasajes de las vías respiratorias.

**Control y seguimiento respiratorio:** colección y análisis de los datos del paciente para asegurar la apertura de las vías respiratorias y el intercambio de gas adecuado

**Enseñanza: cuidado del bebé:** instrucciones de seguridad durante el primer año de vida

**Gestión de las vías aéreas:** facilitar la apertura de los pasajes de aire

**Prevención de aspiración:** prevención o disminución de los factores de riesgo en los pacientes con riesgo de aspiración

## Actividades de enfermería

**IMPORTANTE:** el NIC enumera el control del entorno como algo “sugerido” más que como una intervención “muy prioritaria”.

### Valoración

- *(NIC) Control del entorno: seguridad:* identifica riesgos de emergencia en el medioambiente (p. ej., físicos, biológicos, y químicos) (p. ej., escapes de gas, calefactores portátiles)
- *(NIC) Control respiratorio:*
  - Controla la velocidad, el ritmo, la profundidad, y el esfuerzo de las respiraciones
  - Controla la ronquera y los cambios de voz cada hora en pacientes con quemaduras faciales
  - Inicia intentos de reanimación, si es necesario

### Educación del paciente y la familia

- Proporcionar materiales educativos relacionados con las estrategias y contramedidas para prevenir la asfixia y con las medidas de emergencia para enfrentarse a ellas
- Proporcionar información sobre los riesgos y las características del entorno (p. ej., escaleras, ventanas, cerraduras de los armarios, piscinas, calles, puertas)
- *(NIC) Gestión del entorno: seguridad:* proporcionar números telefónicos de emergencia al paciente (p. ej., departamento de salud, servicios medioambientales, EPA [Agencia de protección medioambiental], y la Policía)

### Actividades auxiliares

- Dar a conocer a los padres las clases educacionales de la comunidad (CPR), primeros auxilios, clases de natación
- *(NIC) Gestión del entorno: seguridad:* modificar el entorno para reducir los riesgos y peligros

## A Otras

- (NIC) *Gestión de las vías aéreas*: acomodar al paciente para maximizar el potencial de ventilación
- (NIC) *Gestión del entorno: seguridad*: modificar el entorno para minimizar los peligros y riesgos

### En el domicilio

- Las actividades precedentes son apropiadas para utilizarlas en el domicilio
- aconsejar a los pacientes que instalen detectores de humo
- aconsejar que revisen periódicamente los sistemas de calefacción, y que instalen detectores de monóxido de carbono
- Si los centros de día son utilizados por los niños y las personas mayores, enseñar a la familia para valorar los peligros de asfixia de ese entorno

### Bebés y niños

- Enseñar a los padres para que eviten la utilización de ropa de cama suelta; las mantas y las sábanas deberían estar bien metidas debajo del colchón y llegar sólo hasta el pecho del bebé
- aconsejar a los padres que no duerman con los niños
- aconsejar que no fumen en la cama
- Poner a su disposición juguetes apropiados a cada edad (p. ej., no dar juguetes pequeños con forma cilíndrica o esférica a los niños pequeños o a los bebés)
- Quitar las puertas de los aparatos grandes (p. ej., neveras) cuando se deshagan de ellos
- Enseñar a los padres los alimentos que constituyen peligro de asfixia para los niños pequeños (p. ej., perritos calientes, nueces, palomitas de maíz, pasas, uvas, mantequilla de cacahuete)

### Personas mayores

- Valorar la capacidad para tragar
- Tener al paciente sentado con la espalda recta cuando este comiendo

---

## ASPIRACIÓN, RIESGO DE

(1988)

**Definición:** riesgo de que lleguen al árbol traqueobronquial secreciones gastrointestinales, secreciones orofaríngeas, sólidos o líquidos.

## Factores de riesgo

### Objetivos

Alimentación por sonda  
 Alteración de los reflejos de la tos y el vómito  
 Alteraciones de la deglución  
 Aumento de la presión intragástrica  
 Aumento del residuo gástrico  
 Cerclaje mandibular  
 Cirugía o traumatismos faciales, orales y del cuello  
 Dificultades para elevar la parte superior del cuerpo  
 Disminución de la motilidad gastrointestinal  
 Disminución del nivel de conciencia (p. ej., secundaria a anestesia, traumatismo craneal, accidente cerebrovascular, crisis epilépticas)  
 Edad inferior a tres años (no NANDA)  
 Incompetencia del esfínter esofágico inferior  
 Medicamentos  
 Retraso del vaciamiento gástrico (p. ej., secundario a obstrucción intestinal o íleo)  
 Situaciones que dificulten la elevación de la parte superior del cuerpo  
 Sondas gastrointestinales  
 Traqueostomía o intubación endotraqueal

### Sugerencias de uso

Siempre se debe utilizar la etiqueta más específica, en la que el paciente cumple las características definitorias necesarias. No se debería usar *riesgo de lesión* si el paciente presenta las características definitorias o factores de riesgo de *riesgo de aspiración*. Si la etiología de *riesgo de aspiración* es *deterioro de la deglución*, ambos diagnósticos podrían ser adecuados.

### Otros posibles diagnósticos

Autocuidado: alimentación, déficit del  
 Deglución, deterioro de la  
 Lesión, riesgo de

### Resultados NOC

**IMPORTANTE:** para los resultados de etiologías específicas (factores de riesgo), consultar los siguientes diagnósticos: confusión aguda, confusión crónica, patrón ineficaz de alimentación del lactante, trastorno de la movilidad física, déficit del autocuidado: alimentación, y deterioro de la deglución.

**Estado de la deglución:** seguridad en el paso de líquidos y sólidos de la boca al estómago

**Estado respiratorio: ventilación:** entrada y salida de aire de los pulmones

**Prevención de la aspiración:** acciones personales destinadas a prevenir el paso de partículas sólidas y líquidas al pulmón

A

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- No sufrirá aspiración, puesto de manifiesto por prevención de la aspiración; estado de la deglución no comprometido y estado respiratorio: ventilación
- Demuestra **prevención de la aspiración**, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, o habitualmente):
  - Evita los factores de riesgo
  - Come y bebe erguido
  - Elige líquidos y alimentos de la consistencia apropiada
  - Selecciona los alimentos de acuerdo con su capacidad de deglución

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Demostrar que la deglución ha mejorado
- Tolerar la ingesta y las secreciones orales sin aspirar
- Tolerar la alimentación enteral sin aspirar
- Murmullo vesicular conservado en la auscultación y vía área siempre abierta
- Mantener la fuerza y el tono muscular apropiados

## Intervenciones NIC

**Control y seguimiento respiratorio:** recogida y análisis de datos del paciente para asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias y un intercambio gaseoso apropiado

**Enseñanza: seguridad del niño:** instrucciones de seguridad en el primer año de vida

**Manejo de las vías respiratorias:** facilitar la permeabilidad del aparato respiratorio

**Manejo del vómito:** prevención y alivio de los vómitos

**Precauciones para la aspiración:** prevención o minimización de los factores de riesgo en un paciente con riesgo de sufrir aspiración

**Terapia de la deglución:** facilitar la deglución y prevenir las complicaciones derivadas de las alteraciones de la deglución

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Comprobar el residuo gástrico antes de la alimentación y la administración de medicamentos
- Auscultación pulmonar antes y después de la alimentación
- Vigilar la aparición de signos de aspiración durante la alimentación: tos, ahogamiento, incapacidad para tragar saliva, cianosis, sibilancias o fiebre
- Comprobar la localización de la sonda enteral antes de la alimentación y la administración de medicamentos

- Evaluar si la familia se siente cómoda con la alimentación, aspiración, posicionamiento del paciente y demás
- *(NIC) Precauciones para la aspiración:*
  - Vigilar nivel de conciencia, reflejos de la tos y el vómito, y deglución
  - Vigilar el estado pulmonar (p. ej., antes y después de la alimentación y antes y después de administrar medicamentos)

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar a la familia las técnicas de alimentación y deglución
- Enseñar a la familia a utilizar el aspirador para eliminar secreciones
- Revisar los signos y síntomas de aspiración y las medidas preventivas con el paciente y su familia
- Ayudar a la familia a elaborar un plan de emergencia en caso de que el paciente sufra una aspiración en casa

### Actividades auxiliares

- Comunicar cualquier cambio del color de las secreciones pulmonares que recuerde a la comida o al preparado alimenticio
- Solicitar una consulta a terapia ocupacional
- Derivar a una agencia de servicios domiciliarios para conseguir ayuda de enfermería en casa
- *(NIC) Precauciones para la aspiración:*
  - Sugerir una consulta con logopedia, si es preciso

### Otras

- Dejar al paciente suficiente tiempo para tragar
- Colocar un catéter de aspiración al lado de la cama y aspirar durante las comidas, si es necesario
- Implicar a la familia durante la ingesta de comida
- Proporcionar apoyo y ánimo
- Si es posible, colocar al paciente en la posición de Fowler, alta o media, durante la comida y una hora después; usar el decúbito lateral si está contraindicada
- Colocar en decúbito lateral a los pacientes que no pueden sentarse y elevar la cabecera de la cama tanto como sea posible durante las comidas y después
- Administrar refuerzos positivos en los intentos del paciente de tragar por sí mismo
- Si es preciso, utilizar una jeringa para alimentar al paciente
- Variar la consistencia de las comidas para descubrir cuáles se toleran mejor
- Para los pacientes con traqueostomía o tubo endotraqueal, inflar el balón durante y después de comer, y durante la alimentación por sonda (y una hora después)
- *(NIC) Precauciones para la aspiración:*
  - Mantener elevada la cabecera de la cama durante 30-45 minutos después de las comidas

A

- Cortar los alimentos en trozos pequeños
- Dar pequeñas cantidades de comida cada vez
- Evitar líquidos o utilizar espesantes
- Partir o machacar las pastillas
- Pedir los medicamentos en jarabe

### En el domicilio

- Enseñar a los cuidadores familiares a utilizar el equipo de aspiración

### Bebés y niños

- Elegir juguetes adecuados a la edad del niño sin partes pequeñas ni extraíbles; no ofrecer globos a niños pequeños
- Evitar ciertos alimentos, tales como frutos secos, chicle, uvas y caramelos pequeños
- Enseñar a los padres a no apoyar el biberón
- En recién nacidos con labio leporino o paladar hendido, consultar técnicas de alimentación en un texto de enfermería pediátrica
- En recién nacidos normales, tener en cuenta que regurgitan frecuentemente al ser alimentados; ponerlos erguidos y hacer que eructen a menudo durante la alimentación; colocarlos en decúbito lateral

### Personas mayores

- Los ancianos débiles pueden precisar un enfoque de manejo del caso para vivir de forma independiente; derivar cuando sea preciso y existan servicios adecuados
- Puede ser necesario realizar estudios de deglución modificados para asegurar que puede tragar con seguridad, especialmente después de un accidente cerebrovascular

---

## AUTOCONCEPTO, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL

(2002)

**Definición:** patrón de percepciones o ideas acerca de uno mismo que es suficiente para el bienestar y que puede reforzarse.

### Características definitorias

#### *Subjetivas*

- Acepta sus puntos fuertes y sus puntos débiles
- Demuestra confianza en sus capacidades

Muestra deseos de mejorar el concepto que tiene de sí mismo  
 Muestra satisfacción en su valoración de sí mismo, el sentido de la dignidad, el desempeño del rol, la imagen corporal y la identidad personal

A

### Objetivas

Acciones consecuentes con lo que se expresa [p. ej., sentimientos y pensamientos]

### Factores relacionados

Este diagnóstico es positivo, por lo que no se necesita ninguna etiología

### Sugerencias de uso

El autoconcepto es un diagnóstico muy amplio que incluye la imagen corporal, la autoestima, la identidad personal y el desempeño del rol. La *disposición para mejorar el autoconcepto* puede emplearse cuando no existan factores de riesgo para los problemas más específicos (p. ej., *baja autoestima crónica o situacional, alteración en el desempeño del rol*). Si existen factores de riesgo, puede emplearse un diagnóstico como *riesgo de baja autoestima situacional*.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento, disposición para mejorar el  
 Autoestima situacional, baja, riesgo de

### Resultados NOC

**Autoestima:** valoración personal de la propia valía

**Autonomía personal:** acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones que toma en su vida

**Imagen corporal:** percepción del aspecto y las funciones corporales de uno mismo

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **autoestima**, como evidencian los indicadores siguientes (específico 1-5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, o habitualmente):
  - Expresa autoaceptación
  - Acepta halagos de otras personas
  - Describe el éxito en el trabajo, el colegio o los grupos sociales

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Reconocer sus puntos fuertes
- Realizar una autoevaluación realista
- Mostrar deseos de mejorar el concepto que tiene de sí mismo
- Participar en la toma de decisiones al elaborar el plan de cuidados
- Poner en práctica comportamientos que generan autoconfianza

A

- Expresar sentimientos positivos sobre su cuerpo, sobre uno mismo, sus capacidades y el desempeño del rol

### Intervenciones NIC

**Mejorar la autoconciencia:** ayuda a un paciente explorar y comprender sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamientos

**Mejorar la autoestima:** ayuda a un paciente mejorar la opinión o la valoración que tiene de sí mismo

**Mejorar la imagen corporal:** mejora de las percepciones conscientes e inconscientes de un paciente y de las actitudes hacia su propio cuerpo

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Valoración de pruebas de autoconceptos positivos (p. ej., estado de ánimo, imagen corporal positiva, satisfacción con las responsabilidades del rol, percepción y satisfacción general de uno mismo)
- (NIC) *Mejorar la autoestima:*
  - Controlar las actitudes de autoestima del paciente
  - Determinar la confianza del paciente en su propio criterio

#### Educación del paciente y la familia

- Enseñar técnicas de comportamiento positivas a través de desempeño del rol, creación del rol, debates, etc.

#### Otras

- Ayudar al paciente a anticiparse a cambios de desarrollo y situacionales que podrían influir en el desempeño del rol y en la autoestima
- (NIC) *Mejorar la autoestima:*
  - Indicar confianza en la capacidad del paciente para manejar las situaciones
  - Animar al paciente a aceptar nuevos retos
  - Reforzar los puntos fuertes que identifique el paciente
  - Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás
  - Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas para lograr una mayor autoestima
  - Explorar logros anteriores
  - Recompensar o alabar los progresos del paciente para lograr los objetivos

### En el domicilio

- Las actividades anteriores también son adecuadas para los cuidados en el domicilio

### Bebés y niños

- (NIC) *Mejorar la autoestima*: enseñar a los padres lo importante que es mostrar interés y apoyo para que el niño desarrolle un autoconcepto positivo

## AUTOCUIDADO, DÉFICIT DEL (COMENTARIO)

El *déficit del autocuidado* describe un estado en el que una persona no tiene la capacidad suficiente para llevar a cabo actividades de autocuidado, como bañarse, vestirse, comer o asearse. Si la persona no puede llevar a cabo ninguna actividad de autocuidado, la situación se describe como *déficit total del autocuidado*. Sin embargo, los diagnósticos se clasifican en problemas más específicos, cada uno de los cuales tiene sus propias características definitorias; estos problemas pueden darse por separado o combinados, como *déficit del autocuidado: alimentación y baño/higiene*.

Los déficits de autocuidados suelen deberse a *intolerancia a la actividad, trastorno de la movilidad física, dolor, ansiedad* o disfunciones cognitivas o perceptivas (p. ej., *déficit del autocuidado: alimentación +2 relacionado con la desorientación*). Como etiología, *déficit del autocuidado* puede emplear la depresión, el *temor a convertirse en alguien dependiente* y la *impotencia* (p. ej., *temor a convertirse en alguien totalmente dependiente debido a un déficit total del autocuidado +2 ocasionado por una debilidad residual tras un ACV o accidente cerebrovascular*).

El *déficit del autocuidado* sólo debería emplearse para etiquetar aquellas enfermedades en las que el aspecto principal sea ayudar a alcanzar o mejorar las capacidades de autocuidado del paciente. Los criterios de evaluación y los resultados de estas etiquetas deben reflejar un funcionamiento mejorado. Por lo tanto, si el diagnóstico se emplea en estados que no mejorarán con el tratamiento, no será posible alcanzar los resultados establecidos. En este caso, el objetivo principal de las intervenciones de enfermería engloba dos aspectos: (1) mejorar la capacidad del paciente para llevar a cabo los autocuidados y (2) ayudar a los pacientes con limitaciones y llevar a cabo los cuidados que no puedan realizar ellos.

## AUTOCUIDADO, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL (2006)

**Definición:** patrón de realización de actividades de una persona que le permite alcanzar los objetivos relativos a la salud y que se puede reforzar.

A

### Características definitorias

Muestra deseos de mejorar lo siguiente:

- Autocuidado
- Conocimientos sobre estrategias de autocuidado
- Independencia para mantener el desarrollo personal
- Independencia para mantener su bienestar
- Independencia para mantener su salud
- Independencia para mantener su vida
- Responsabilidad de los autocuidados

### Sugerencias de uso

La definición y las características definitorias indican que se trata de un diagnóstico muy amplio. Si estuviera limitado a la mejora del baño/higiene, el vestido/acicalamiento, la alimentación y el aseo personal, el/la enfermero/a podría ayudar al cliente mejorando las actividades de autocuidado correspondientes a las actividades cotidianas. En ese caso, deberán emplearse objetivos y actividades correspondientes al diagnóstico *déficit del autocuidado*.

Sin embargo, como ya se ha comentado, este diagnóstico incluye todos estos aspectos y podría abarcar casi cualquier faceta de la vida de una persona. Por lo tanto, no es posible establecer unos objetivos e intervenciones específicos para dicho diagnóstico.

Si la persona desea mejorar la independencia a la hora de mantener la salud, puede emplear *conductas generadoras de salud*; si la intención se centra en el conocimiento de las estrategias de autocuidado, puede emplear *disposición para mejorar los conocimientos*; si el problema está relacionado con el mantenimiento del desarrollo personal, puede emplear *disposición para mejorar el autoconcepto*.

### Otros posibles diagnósticos

- Autoconcepto, disposición para mejorar el
- Conductas generadoras de salud
- Conocimientos, disposición para mejorar los

### Resultados NOC

Aún no se han vinculado resultados NOC a este diagnóstico.

### Objetivos/criterios de evaluación

Véase el apartado sugerencias de uso, más atrás.

### Intervenciones NIC

Aún no se han vinculado intervenciones NIC a este diagnóstico.

### Actividades de enfermería

Véase el apartado sugerencias de uso, más atrás.

## AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN, DÉFICIT DEL (1980, 1998)

A

**Definición:** dificultades para llevar a cabo o completar las actividades de alimentación.

### Características definatorias

#### Objetivas

Incapacidad para:

- Abrir recipientes
- Coger copas o vasos
- Colocar el alimento sobre un cubierto
- Emplear un dispositivo de asistencia
- Ingerir alimentos de forma segura
- Ingerir alimentos de un modo socialmente aceptable
- Ingerir alimentos suficientes
- Llevar la comida de un recipiente a la boca
- Manejar los cubiertos
- Manipular los alimentos en la boca
- Masticar la comida
- Preparar los alimentos para su ingesta
- Terminar la comida
- Tragar el alimento

### Factores relacionados

- Ansiedad aguda
- Barreras en el entorno
- Debilidad
- Discapacidad cognitiva o perceptiva
- Disfunción musculoesquelética
- Disfunción neuromuscular
- Dolor
- Fatiga
- Molestias
- Reducción de la motivación

### Otros factores relacionados (no NANDA)

- Depresión
- Discapacidad de desarrollo
- Disfunción psicológica
- Intolerancia a la actividad

### Sugerencias de uso

*Déficit del autocuidado: alimentación* puede ser la etiología (es decir, el factor relacionado) de *alteración de la nutrición: por defecto*. Véase también el

A

apartado déficit del autocuidado: comentario, en la pág. 101. Clasifique el grado funcional del paciente mediante una escala estandarizada como la siguiente:

- 0 = Totalmente independiente
- 1 = Necesita emplear equipamiento o algún dispositivo
- 2 = Necesita la ayuda de otra persona para asistencia, supervisión o enseñanza
- 3 = Necesita la ayuda de otra persona, así como equipamiento o dispositivos
- 4 = Es dependiente, no participa en la actividad

Las siguientes definiciones y los descriptores de la tabla 3 pueden servir de ayuda para determinar qué número asignar al nivel funcional del paciente:

Tabla 3

	<b>Totalmente dependiente (+4)</b>	<b>Parcialmente dependiente (+3)</b>	<b>Semidependiente (+2)</b>
<i>Alimentación</i>	El paciente debe ser alimentado	El/la enfermero/a corta la comida, abre los recipientes, coloca al paciente y controla la ingesta, animando al paciente a comer	El/la enfermero/a coloca al paciente, reúne los alimentos y controla la ingesta

### Otros posibles diagnósticos

Actividad, intolerancia a la  
Autocuidado, déficit total del  
Movilidad física, trastorno de la  
Sensoperceptivas, alteraciones

### Resultados NOC

**Autocuidado: actividades básicas de la vida diaria:** capacidad para llevar a cabo las tareas físicas y las actividades de cuidados personales básicas de forma independiente con o sin la ayuda de un dispositivo de asistencia

**Autocuidado: comer:** capacidad para preparar e ingerir alimentos y fluidos de manera independiente, con o sin dispositivo de asistencia

**Estado de la deglución:** paso correcto de elementos líquidos o sólidos de la boca al estómago

**Estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos:** cantidad de alimentos y líquidos introducidos en el organismo durante un periodo de 24 horas

**Estado nutricional:** punto hasta el que los nutrientes están disponibles para cubrir las necesidades metabólicas

## Objetivos/criterios de evaluación

A

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **Autocuidado: actividades básicas de la vida diaria**, como evidencia el indicador siguiente (especifique 1-5: comprometido en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente o en absoluto): comer

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Aceptar que un cuidador lo alimente
- Alimentarse de forma independiente (o especificar el nivel)
- Mostrar satisfacción con su alimentación y la capacidad de comer por sí mismo
- Indicar una ingesta adecuada de alimentos y líquidos
- Emplear dispositivos adaptativos para comer
- Abrir recipientes y preparar comida

## Intervenciones NIC

**Alimentación:** ofrecimiento de ingesta nutricional a un paciente que no puede alimentarse por sí mismo

**Asesoramiento nutricional:** empleo de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificar la dieta

**Ayuda en el autocuidado: alimentación:** asistencia a una persona para comer

**Control y seguimiento de la nutrición:** recopilación y análisis de datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición

**Derivación:** organización de servicios por parte de otro proveedor o centro de asistencia

**Gestión de la nutrición:** ayuda para lograr una ingesta equilibrada de alimentos sólidos y líquidos

**Terapia de la deglución:** ayuda para la correcta deglución y prevención de complicaciones derivadas de una deglución deteriorada

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Valorar la capacidad para emplear dispositivos de asistencia
- Valorar el nivel de energía y la tolerancia a la actividad
- Valorar la capacidad mejorada o deteriorada para alimentarse
- Valorar los déficits sensoriales, cognitivos o físicos que pueden dificultar la autoalimentación
- Valorar la capacidad para masticar y tragar
- Valorar la ingesta para analizar su adecuación nutricional

## A Educación del paciente y la familia

- Enseñar a utilizar dispositivos de asistencia y actividades adaptativas
- Enseñar al paciente métodos alternativos para comer y beber; especificar el método y el plan de enseñanza

### Actividades auxiliares

- Remitir al paciente y a los familiares a los servicios sociales para obtener asistencia sanitaria a domicilio
- Emplear como recurso a fisioterapeutas y ergoterapeutas para planificar las actividades del paciente
- (NIC) *Ayuda en el autocuidado: alimentación:* suministrar un analgésico adecuado antes de las comidas, según proceda

### Otras

- Tener en cuenta los déficits cognitivos de las siguientes maneras:
  - Evitar el empleo de cubiertos cortantes (p. ej., cuchillos de carne)
  - Comprobar si queda alimento en los carrillos
  - Realizar las comidas en entornos tranquilos para limitar las distracciones de la tarea
  - Realizar una comunicación verbal breve y sencilla
- Servir un alimento cada vez en cantidades pequeñas
- Reconocer y reforzar los logros del paciente
- Fomentar la independencia para comer y beber y ayudar al paciente sólo en caso necesario
- Animar al paciente a llevar dentadura y gafas
- Ofrecer al paciente privacidad durante las comidas si se siente cohibido
- Durante la comida, permitir al paciente determinar el orden de los alimentos
- Sentarse durante la alimentación; no hacerlo con prisas
- Servir alimentos que se pueden comer con las manos (p. ej., frutas, pan) para fomentar la independencia
- Incluir a los progenitores y a los familiares a la hora de las comidas y la alimentación
- (NIC) *Ayuda en el autocuidado: alimentación:*
  - Crear un entorno agradable durante las comidas (p. ej., poner fuera de la vista orinales, cuñas y sondas)
  - Realizar la higiene bucal tras las comidas
  - Organizar la comida de la bandeja, según proceda, como cortar la carne o pelar un huevo
  - Evitar colocar el alimento en el lado ciego de una persona
  - Ofrecer una pajita para beber si fuera necesario o el paciente lo deseara
  - Ofrecer dispositivos adaptativos para facilitar al paciente la autoalimentación (p. ej., asas largas, asas con grandes circunferencias o cubiertos con pequeños sistemas de sujeción), según proceda
  - Realizar una supervisión frecuente y precisa, según proceda

**En el domicilio**

- En el caso de clientes que deban ser alimentados, enseñar a los cuidadores a observar e indicar los signos y síntomas de disfagia (p. ej., sonido de gorgoteo al hablar, carraspeo, tos, signos de ahogamiento)
- No insista en alimentar a un paciente enfermo terminal que no lo desee

**Bebés y niños**

- Adaptar la comunicación a la etapa de desarrollo del niño

**Personas mayores**

- Organizar las comidas para que los clientes coman con los demás; si es posible, permitir que el paciente se sirva el plato de un recipiente
- Valorar la adecuación y el estado de la dentadura
- No apremiar al paciente durante la alimentación

---

## **AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE, DÉFICIT DEL (1980, 1998)**

**Definición:** incapacidad para llevar a cabo o completar por uno mismo las actividades de higiene o aseo personal.

**Características definitorias****Objetivas**

Incapacidad para llevar a cabo las siguientes tareas:

- Acceder al cuarto de baño
- Lavarse el cuerpo [o partes del cuerpo]
- Obtener agua corriente
- Obtener utensilios de aseo
- Regular [la temperatura o el flujo de] el agua de aseo
- Secarse el cuerpo

**Factores relacionados**

- Ansiedad aguda
- Barreras en el entorno
- Debilidad [y fatiga]
- Discapacidad cognitiva o perceptiva
- Disfunción musculoesquelética
- Disfunción neuromuscular
- Dolor

**A** Incapacidad para percibir la relación espacial  
 Incapacidad para percibir una parte del cuerpo  
 Reducción de la motivación

#### Otros factores relacionados (no NANDA)

Depresión  
 Discapacidad de desarrollo  
 Disfunción psicológica (especificar)  
 Intolerancia a la actividad  
 Restricciones impuestas por facultativos médicos

#### Sugerencias de uso

Véase el apartado déficit del autocuidado: comentario, en la pág. 101.

Con el fin de fomentar los esfuerzos para restaurar el funcionamiento, hay que clasificar el nivel funcional del paciente mediante una escala estandarizada como la siguiente:

Las definiciones siguientes y los descriptores de la tabla 4 pueden servir de ayuda para determinar qué número asignar al nivel funcional del paciente:

- 0 = Totalmente independiente
- 1 = Necesita emplear equipamiento o algún dispositivo
- 2 = Necesita la ayuda de otra persona para asistencia, supervisión o enseñanza
- 3 = Necesita la ayuda de otra persona, así como equipamiento o dispositivos
- 4 = Es dependiente, no participa en la actividad

**Tabla 4**

	<b>Totalmente dependiente (+4)</b>	<b>Parcialmente dependiente (+3)</b>	<b>Semidependiente (+2)</b>
<i>Aseo</i>	El paciente necesita que se realice el aseo completo; no puede ayudar en nada	El/la enfermero/a ofrece todo el equipo; coloca al paciente; le lava la espalda, las piernas, el perineo y las demás partes, según proceda; el paciente puede ayudar	El/la enfermero/a ofrece todo el equipo; lleva al paciente a la cama y al baño. El paciente realiza el aseo, excepto la espalda y los pies
<i>Higiene bucal</i>	El/la enfermero/a realiza todo el procedimiento	El/la enfermero/a prepara el cepillo, enjuaga la boca, coloca al paciente	El/la enfermero/a ofrece el equipo; el paciente realiza la tarea

## Otros posibles diagnósticos

Actividad, intolerancia a la  
Autocuidado, déficit total del  
Movilidad física, trastorno de la  
Procesos de pensamiento, alteración de los  
Sensoperceptivas, alteraciones

## Resultados NOC

**Autocuidado de la ostomía:** acciones personales para mantener un estoma para la eliminación

**Autocuidado: actividades básicas de la vida diaria:** capacidad para llevar a cabo las tareas físicas y las actividades de cuidados personales básicas de forma independiente con o sin la ayuda de un dispositivo de asistencia

**Autocuidado: baño:** capacidad para lavarse el cuerpo de manera independiente con o sin ayuda de un dispositivo de asistencia

**Autocuidado: higiene bucal:** capacidad para realizar los cuidados de la boca y de los dientes de forma independiente con o sin ayuda de un dispositivo de asistencia

**Autocuidado: higiene:** capacidad para mantener la limpieza personal y un aspecto acicalado de forma independiente con o sin ayuda de un dispositivo de asistencia

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **autocuidado: actividades básicas de la vida diaria**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique 1-5: comprometido en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente o en absoluto):
  - Baño
  - Higiene
  - Higiene bucal

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Aceptar la asistencia o los cuidados completos de un cuidador si es necesario
- Referir una limpieza corporal y una higiene bucal satisfactorias
- Mantener la movilidad necesaria para desplazarse al cuarto de baño y obtener los utensilios de aseo
- Ser capaz de encender y regular la temperatura y el flujo de agua
- Limpiar y secar su cuerpo
- Realizar la higiene bucal
- Aplicarse desodorante

## A Intervenciones NIC

**Ayuda en el autocuidado: baño/higiene:** ayuda al paciente para llevar a cabo la higiene personal

**Bañar:** aseo del cuerpo para lograr relajación, limpieza y curación

**Cuidado de la ostomía:** mantenimiento de la eliminación mediante un estoma y cuidado del tejido circundante

**Mantenimiento de la salud bucal:** mantenimiento y fomento de la higiene bucal y dental en el caso de un paciente con riesgo de desarrollar lesiones bucales o dentales

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Valorar la capacidad para emplear dispositivos de asistencia
- Examinar a diario la limpieza del cuerpo y de las mucosas
- Examinar el estado de la piel durante el baño
- Controlar los cambios en las capacidades funcionales
- (NIC) *Ayuda en el autocuidado: baño/higiene:* controlar la limpieza de las uñas, según las capacidades de autocuidado del paciente

#### Educación del paciente y la familia

- Indicar al paciente y a los familiares cuáles son los métodos alternativos para el baño y la higiene bucal

#### Actividades auxiliares

- Ofrecer medicamentos analgésicos antes del baño
- Remitir al paciente y a los familiares a los servicios sociales para obtener asistencia doméstica
- Emplear fisioterapeutas y ergoterapeutas como recursos para planificar las actividades de cuidados del paciente (p. ej., para ofrecer equipamiento de adaptación)

#### Otras

- Fomentar la independencia del baño y la higiene bucal y ayudar al paciente sólo en caso necesario
- Animar al paciente a establecer su propio ritmo durante el autocuidado
- Incluir a la familia en el proceso de ofrecimiento de cuidados
- Adaptarse a las preferencias y necesidades del paciente en la medida de lo posible (p. ej., baño o ducha, hora del día, etc.)
- (NIC) *Ayuda en el autocuidado: baño/higiene:*
  - Ofrecer asistencia hasta que el paciente sea completamente capaz de realizar el autocuidado
  - Colocar toallas, jabón, desodorante, material de afeitado y otros accesorios necesarios junto a la cama o en el baño
  - Ayudar en el cepillado de dientes del paciente, según proceda
- Afeitar al paciente, según proceda

- Proponer que el paciente se lave las manos tras ir al baño y antes de las comidas

A

### En el domicilio

- Además de las actividades de esta sección, la mayoría de las actividades antes mencionadas es adecuada para su uso en el domicilio
- Recomendar la instalación de barras de sujeción y superficies antideslizantes en los baños
- Remitir al paciente a servicios de asistencia sanitaria doméstica, según proceda
- Enseñar a los cuidadores los métodos de aseo, según proceda
- No insistir en bañar a un cliente que padece una enfermedad terminal si éste no lo desea

### Bebés y niños

- Permitir al niño realizar el autocuidado en la medida de lo posible para mejorar la imagen que tiene de sí mismo

### Personas mayores

- Valorar la capacidad de realizar las actividades cotidianas de forma independiente, empleando escalas aceptables
- Establecer y tener en cuenta los cambios cognitivos y físicos que pueden contribuir al déficit del autocuidado
- Animar al paciente a caminar y realizar ejercicios que mejoren su fuerza
- Garantizar que haya barras de sujeción y superficies antideslizantes en el baño
- Utilizar un limpiador no jabonoso en lugar de emplear jabón; aplicar agua tibia
- Mantener el entorno caliente y exponer sólo la zona del cuerpo que se va a lavar
- Realizar un baño completo una o dos veces por semana y efectuar baños parciales los demás días para evitar la sequedad cutánea
- Lavar y secar al paciente con suavidad para proteger la piel frágil
- Promover la independencia en la medida de las capacidades del cliente

---

## AUTOCUIDADO: USO DEL ORINAL/VÁTER, DÉFICIT DEL

(1980, 1998)

**Definición:** dificultades para llevar a cabo o completar las actividades de uso del orinal/váter.

A

## Características definitorias

### Objetivas

Incapacidad para acceder al inodoro  
Incapacidad para llevar a cabo una higiene adecuada  
Incapacidad para manejar los utensilios de aseo  
Incapacidad para sentarse o levantarse del inodoro  
Incapacidad para tirar de la cadena del inodoro

### Otras características definitorias (no NANDA)

Depresión  
Discapacidad de desarrollo  
Disfunción psicológica (especificar)  
Intolerancia a la actividad  
Restricciones impuestas por facultativos médicos

### Factores relacionados

Ansiedad aguda  
Barreras en el entorno  
Debilidad  
Discapacidad cognitiva o perceptiva  
Disfunción musculoesquelética  
Disfunción neuromuscular  
Dolor  
Fatiga  
Reducción de la motivación  
Trastorno de la capacidad de traslado  
Trastorno de la movilidad

### Sugerencias de uso

*Déficit del autocuidado: uso del orinal/váter* puede ser una etiología (es decir, un factor relacionado) de *deterioro de la integridad cutánea o aislamiento social*. Véase también el apartado déficit del autocuidado: comentario, en la pág. 101. Clasifique los niveles funcionales mediante una escala estandarizada como la siguiente:

- 0 = Totalmente independiente
- 1 = Necesita emplear equipamiento o algún dispositivo
- 2 = Necesita la ayuda de otra persona para asistencia, supervisión o enseñanza
- 3 = Necesita la ayuda de otra persona, así como equipamiento o dispositivos
- 4 = Es dependiente, no participa en la actividad

Las definiciones siguientes y los descriptores de la tabla 5 pueden servir de ayuda para determinar qué número asignar al nivel funcional del paciente:

Tabla 5

	<b>Totalmente dependiente (+4)</b>	<b>Parcialmente dependiente (+3)</b>	<b>Semidependiente (+2)</b>
<i>Uso del orinal/váter</i>	El paciente es incontinente; el/la enfermero/a coloca al paciente en el orinal o urinario	El/la enfermero/a suministra el orinal, coloca al paciente en el orinal, coloca al paciente en el urinario	El paciente puede andar hasta el urinario con ayuda; el/la enfermero/a ayuda con la ropa

A

### Otros posibles diagnósticos

Actividad, intolerancia a la  
 Autocuidado, déficit total del  
 Fatiga  
 Incontinencia fecal  
 Incontinencia urinaria (funcional, de esfuerzo, total, de urgencia)  
 Movilidad física, trastorno de la  
 Procesos de pensamiento, alteración de los  
 Sensoperceptivas, alteraciones  
 Trasladarse desde la silla de ruedas, dificultad en la habilidad para

### Resultados NOC

**Autocuidado de la ostomía:** acciones personales para mantener un estoma para la eliminación

**Autocuidado: actividades básicas de la vida diaria:** capacidad para llevar a cabo las actividades físicas y de cuidados personales básicas de forma independiente con o sin la ayuda de un dispositivo de asistencia

**Autocuidado: higiene:** capacidad para mantener la limpieza personal y un aspecto acicalado de forma independiente con o sin ayuda de un dispositivo de asistencia

**Autocuidado: uso del retrete:** capacidad para usar el retrete de manera independiente con o sin ayuda de un dispositivo de asistencia

**Conocimiento: cuidado de la ostomía:** alcance de la comprensión acerca del mantenimiento de un estoma para la eliminación

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **autocuidado: actividades básicas de la vida diaria**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique 1-5: comprometido en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente o en absoluto): uso del orinal/váter

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Aceptar la ayuda de un cuidador

A

- Reconocer la necesidad de ayuda para utilizar el orinal/váter
- Reconocer y responder ante la necesidad de orinar o defecar
- Ser capaz de sentarse y levantarse del orinal/váter
- Limpiarse tras utilizar el orinal/váter

### Intervenciones NIC

**Ayuda en el autocuidado: aseo:** ayuda a otra persona para realizar la eliminación

**Ayuda en el autocuidado: baño/higiene:** ayuda al paciente para llevar a cabo la higiene personal

**Cuidado de la ostomía:** mantenimiento de la eliminación mediante un estoma y cuidado del tejido circundante

**Enseñanza: individual:** planificación, implantación y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para hacer frente a las necesidades particulares de un paciente

**Gestión de la eliminación intestinal:** establecimiento y mantenimiento de un patrón regular de eliminación intestinal

**Gestión del entorno:** manipulación del entorno del paciente para lograr beneficio terapéutico, referencia sensorial y bienestar psicológico

### Actividades de enfermería

Véase también el apartado actividades de enfermería correspondiente a incontinencia fecal, en las págs. 378-380, y a incontinencia urinaria: de esfuerzo, de urgencia, funcional, refleja, total, en las págs. 382, 384-385, 389-390, 394-397, 398.

### Valoración

- Valorar la capacidad para desplazarse de forma independiente y segura
- Valorar la capacidad para manipular la ropa
- Valorar la capacidad para emplear dispositivos de asistencia (p. ej., andadores, bastones)
- Controlar el nivel de energía y la tolerancia a la actividad
- Valorar la capacidad mejorada o deteriorada para emplear el orinal/váter
- Valorar los déficits sensoriales, cognitivos o físicos que pueden dificultar el uso independiente del orinal/váter

### Educación del paciente y la familia

- Informar al paciente y a los familiares sobre las técnicas de traslado y ambulancia
- Enseñar a utilizar dispositivos de asistencia y actividades adaptativas
- (NIC) *Ayuda en el autocuidado: aseo:* enseñar al paciente y a otras personas cuáles son las rutinas del aseo

### Actividades auxiliares

- Ofrecer medicamentos analgésicos antes del aseo

- Remitir al paciente y a los familiares a los servicios sociales para obtener asistencia sanitaria a domicilio
- Emplear como recurso a fisioterapeutas y ergoterapeutas para planificar las actividades de cuidados del paciente y para obtener los dispositivos de asistencia necesarios

A

### Otras

- Especificar el nivel funcional y ayudar en el aseo u ofrecer cuidados básicos, según proceda
- Evitar el uso de sondas permanentes y catéteres condón si es posible
- Recomendar al paciente que lleve ropa fácil de quitar y poner; ayudarle a vestirse si fuera necesario
- Tener el orinal o la cuña al alcance del paciente
- *(NIC) Ayuda en el autocuidado: aseo:*
  - Ayudar al paciente a llegar al aseo, inodoro, orinal o cuña cada cierto tiempo
  - Ayudar en la higiene después de finalizar la eliminación
  - Tirar de la cadena del inodoro; limpiar los utensilios empleados para la eliminación
  - Volver a vestir al paciente tras la eliminación
  - Ofrecerle privacidad durante la eliminación
- Eliminar los objetos que impidan el acceso al inodoro (p. ej., alfombras no sujetas al suelo y muebles pequeños)
- Emplear ambientadores, según proceda
- Asegurarse de que el paciente puede llamar al/a la enfermero/a o a otro cuidador e informar al paciente y a los familiares de que se acudirá de inmediato al oír la llamada

### En el domicilio

- La mayoría de las actividades anteriores también es adecuada para los cuidados en el domicilio
- *(NIC) Gestión del entorno:* ofrecer a la familia y a las personas cercanas información sobre cómo garantizar la seguridad del paciente en el entorno doméstico

### Personas mayores

- Tener en cuenta los déficits cognitivos (p. ej., ofrecer instrucciones verbales breves y sencillas)
- Destinar tiempo suficiente al aseo para evitar el cansancio y la frustración
- Recomendar y ayudar a realizar ejercicios que aumenten la fuerza
- Ayudar al cliente a andar durante unos minutos al realizar el aseo
- Colocar un reposapiés junto al inodoro o váter, según proceda, para elevar las rodillas por encima de las caderas

## **A** AUTOCUIDADO: VESTIDO/ACICALAMIENTO, DÉFICIT DEL (1980, 1998)

**Definición:** incapacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de vestido y acicalamiento.

### **Características definatorias**

#### *Objetivas*

Dificultad para:

- Abrocharse la ropa
- Alcanzar la ropa
- Coger la ropa
- Colocarse la ropa en la parte inferior del cuerpo
- Colocarse la ropa en la parte superior del cuerpo
- Elegir la ropa
- Emplear cremalleras
- Emplear dispositivos de asistencia

Incapacidad para:

- Mantener una apariencia satisfactoria
- Ponerse los calcetines
- Ponerse los zapatos
- Ponerse o quitarse las prendas de ropa necesarias
- Quitarse la ropa

### **Factores relacionados**

- Ansiedad aguda
- Barreras en el entorno
- [Debilidad o cansancio]
- Discapacidad cognitiva o perceptiva
- Disfunción musculoesquelética
- Disfunción neuromuscular
- Dolor
- Fatiga
- Molestias
- Reducción de la motivación

### **Otros factores relacionados (no NANDA)**

- Depresión
- Discapacidad de desarrollo
- Intolerancia a la actividad
- Disfunción psicológica (especificar)

## Sugerencias de uso

A

Véase el apartado déficit del autocuidado: comentario, en la pág. 101. Clasifique el grado de disfunción mediante una escala estandarizada como la siguiente:

- 0 = Totalmente independiente
- 1 = Necesita emplear equipamiento o algún dispositivo
- 2 = Necesita la ayuda de otra persona para asistencia, supervisión o enseñanza
- 3 = Necesita la ayuda de otra persona, así como equipamiento o dispositivos
- 4 = Es dependiente, no participa en la actividad

Las definiciones siguientes y los descriptores de la tabla 6 pueden servir de ayuda para determinar qué número asignar al nivel funcional del paciente:

Tabla 6

	<b>Totalmente dependiente (+4)</b>	<b>Parcialmente dependiente (+3)</b>	<b>Semidependiente (+2)</b>
<i>Vestido o acicalamiento</i>	El paciente necesita que lo vistan y no puede ayudar al enfermero/a; el/la enfermero/a peina al paciente	El/la enfermero/a peina al paciente, le ayuda a vestirse, abotona y cierra la ropa, ata los zapatos	El/la enfermero/a reúne los elementos para el paciente; puede abotonar, cerrar o atar la ropa. El paciente se viste solo

## Otros posibles diagnósticos

Actividad, intolerancia a la  
 Autocuidado, déficit total del  
 Fatiga  
 Movilidad física, trastorno de la  
 Procesos de pensamiento, alteración de los  
 Senso-perceptivas, alteraciones

## Resultados NOC

**Autocuidado: actividades básicas de la vida diaria:** capacidad para llevar a cabo las tareas físicas y las actividades de cuidados personales básicas de forma independiente con o sin la ayuda de dispositivos de asistencia

**Autocuidado: higiene:** capacidad para mantener la limpieza personal y un aspecto acicalado de forma independiente con o sin ayuda de un dispositivo de asistencia

**Autocuidado: vestirse:** capacidad para vestirse a uno mismo de manera independiente con o sin ayuda de un dispositivo de asistencia

A

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **autocuidado: actividades básicas de la vida diaria**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique 1-5: comprometido en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente o en absoluto):
  - Vestido
  - Acicalamiento

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Aceptar la ayuda de un cuidador
- Expresar satisfacción con la vestimenta y el acicalamiento del pelo
- Vestirse y peinarse de forma independiente
- Emplear dispositivos adaptativos para facilitar la acción de vestirse
- Seleccionar la ropa y cogerla de los armarios o cajones
- Cerrar y abotonar la ropa
- Vestirse con ropa limpia
- Ser capaz de quitarse la ropa, los calcetines y los zapatos
- Tener el pelo limpio y peinado
- Aplicarse maquillaje

### Intervenciones NIC

**Ayuda en el autocuidado: vestido/arreglo personal:** ayuda al paciente para vestirse y maquillarse

**Cuidado del cabello:** obtención de un pelo limpio, peinado y cuidado

**Vestir/desvestir al enfermo:** seleccionar, poner y quitar la ropa a una persona que no puede hacerlo por sí misma

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Valorar la capacidad para emplear dispositivos de asistencia
- Controlar el nivel de energía y la tolerancia a la actividad
- Controlar si la capacidad para vestirse y cuidarse el cabello mejora o se deteriora
- Controlar los déficits sensoriales, cognitivos o físicos que pueden hacer que el paciente tenga dificultades para vestirse

#### Educación del paciente y la familia

- Enseñar a utilizar dispositivos de asistencia y actividades adaptativas
- Enseñar al paciente métodos alternativos para vestirse y cuidarse el pelo, especificar dichos métodos

#### Actividades auxiliares

- Ofrecer analgésicos antes de vestir o acicalar al paciente

- Remitir al paciente y a los familiares a los servicios sociales para obtener asistencia sanitaria a domicilio, según proceda
- Emplear como recurso a fisioterapeutas y ergoterapeutas para planificar las actividades de cuidados del paciente y para obtener dispositivos de asistencia
- (NIC) *Ayuda en el autocuidado: vestido/arreglo personal*: organizar la ayuda de un peluquero o esteticista, según proceda

A

### Otras

- Fomentar la independencia del proceso de vestirse y del arreglo personal y ayudar al paciente sólo en caso necesario
- Tener en cuenta los déficits cognitivos de las maneras siguientes:
  - Emplear indicaciones no verbales (p. ej., darle al paciente una prenda cada vez y en el orden correcto)
  - Hablar despacio y dar instrucciones sencillas
- Emplear cierres de velcro cuando sea posible
- Crear oportunidades para realizar pequeños logros, especificarlos
- Animar al paciente a establecer su propio ritmo durante el proceso de vestirse y el arreglo personal
- Ayudar al paciente a escoger ropa que quede suelta y que sea fácil de poner
- Garantizar la seguridad manteniendo el entorno ordenado y bien iluminado
- (NIC) *Ayuda en el autocuidado: vestido/arreglo personal*:
  - Colocar la ropa del paciente en una zona accesible (p. ej., en el borde de la cama) [y en el orden en el que se la deberá poner]
  - Ayudar en el cepillado de pelo del paciente, según proceda
  - Mantener la privacidad mientras el paciente se viste
  - Ayudar con los nudos, botones y cremalleras, según proceda
  - Emplear dispositivos de asistencia [p. ej., un calzador largo, un enganche para botones, un tirador de cremallera] para ponerse la ropa, según proceda
  - Animar a que el paciente se esfuerce en vestirse solo

### En el domicilio

- Las actividades anteriores son adecuadas para los cuidados en el domicilio
- Remitir al paciente a servicios de asistencia sanitaria doméstica, según proceda

### Bebés y niños

- Permitir al niño realizar el autocuidado en la medida de lo posible para mejorar la imagen que tiene de sí mismo
- Permitir al niño elegir qué ropa se quiere poner

A

### Personas mayores

- Valorar la capacidad de realizar las actividades cotidianas de forma independiente, empleando escalas aceptadas
- Establecer y tener en cuenta los cambios cognitivos y físicos que pueden contribuir al déficit del autocuidado
- Animar al paciente a caminar y realizar ejercicios que mejoren su fuerza
- Promover la independencia en la medida de las capacidades del cliente

---

## AUTOESTIMA CRÓNICA, BAJA

(1988, 1996)

**Definición:** larga duración de una autoevaluación negativa o de sentimientos negativos sobre uno mismo o sus propias capacidades.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Exageración de la impresión negativa de sí mismo  
Expresiones de vergüenza y culpa  
Rechazo de los comentarios positivos  
Se describe como incapaz de hacer frente a los sucesos

#### Objetivas

Ausencia de contacto visual directo  
Ausencia de firmeza, o pasividad  
Búsqueda excesiva de la reafirmación  
Conformismo  
Dependiente de las opiniones de otros  
Expresión de la autonegación  
Frecuente ausencia de éxitos [en el trabajo o en otros aspectos de la vida]  
Indecisión  
Indecisión a la hora de experimentar nuevas cosas o situaciones

### Otras características definitorias (no NANDA)

Comportamientos autodestructivos (p. ej., alcohol, abuso de sustancias tóxicas)  
Negligencia con uno mismo  
Proyección de culpa o responsabilidad por los problemas

### Factores relacionados (NANDA)

Pendientes de desarrollo

### Factores relacionados (no NANDA)

Anomalía congénita

Disfunción psicológica (especificar)  
 Enfermedad crónica  
 Expectativas no cumplidas de forma reiterada

A

### Sugerencias de uso

La *baja autoestima crónica* difiere de la *baja autoestima situacional* en que los síntomas son prolongados y parecen deberse a una frecuente falta de éxito, real o percibida, en el trabajo o en el desempeño del rol.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento individual: ineficaz  
 Autoestima situacional, baja  
 Desesperanza  
 Impotencia  
 Problemas de autoconcepto (no NANDA)

### Resultados NOC

**Autoestima:** valoración personal de la propia valía  
**Calidad de vida:** alcance de la percepción positiva de las circunstancias vitales actuales  
**Nivel de depresión:** gravedad del estado de tristeza y de pérdida de interés por los sucesos diarios

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **autoestima**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique 1-5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, o habitualmente):
  - Expresa autoaceptación
  - Mantenimiento de una posición erguida
  - Contacto visual directo
  - Mantenimiento de la higiene y el arreglo personal
  - Acepta halagos de otras personas
  - Describe el éxito en el trabajo, el colegio o los grupos sociales

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Reconocer sus puntos fuertes
- Mostrar deseo de buscar consejo
- Participar en la toma de decisiones al elaborar el plan de cuidados
- Poner en práctica comportamientos que generan autoconfianza

### Intervenciones NIC

**Clarificación de valores:** asistencia a otra persona para clarificar sus propios valores con el fin de permitirle tomar una decisión de manera eficaz

A

**Gestión del humor:** ofrecimiento de seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento de un paciente que experimenta un humor depresivo o elevado disfuncional

**Infundir esperanza:** fomento del desarrollo de una perspectiva positiva con respecto a una situación determinada

**Mejorar la autoestima:** ayuda a un paciente para mejorar la opinión o la valoración que tiene de sí mismo

## Actividades de enfermería

### Valoración

- (NIC) *Mejorar la autoestima:*
  - Controlar las actitudes de autoestima del paciente
  - Determinar la confianza del paciente en su propio criterio
  - Controlar la frecuencia de las expresiones de autonegación

### Educación del paciente y la familia

- Ofrecer información sobre la importancia del asesoramiento y sobre los recursos comunitarios disponibles
- Enseñar técnicas de comportamiento positivas a través de desempeño del rol, creación del rol, debates, etc.

### Actividades auxiliares

- Buscar ayuda por parte de los recursos hospitalarios (p. ej., trabajadores sociales, especialistas en psiquiatría, servicios de asesoramiento religioso), según proceda

### Otras

- Poner límites a las expresiones negativas (p. ej., en cuanto a frecuencia, contenido, audiencia)
- (NIC) *Mejorar la autoestima:*
  - Reforzar los puntos fuertes que identifique el paciente
  - Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás
  - Evitar las burlas
  - Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas para lograr una mayor autoestima
  - Ayudar al paciente a examinar de nuevo las percepciones negativas que tenga de sí mismo
  - Ayudar al paciente a identificar el impacto de un grupo de compañeros en los sentimientos de autoestima
  - Explorar logros anteriores
  - Recompensar o alabar los progresos del paciente para lograr los objetivos
  - Ofrecer un entorno y realizar actividades que aumenten la autoestima

**En el domicilio**

- La mayoría de las actividades anteriores es adecuada para los cuidados en el domicilio
- Controlar la participación del paciente en grupos de autoayuda
- Valorar los efectos secundarios e investigar sobre psicofármacos si el cliente los toma

**Bebés y niños**

- *(NIC) Mejorar la autoestima:* enseñar a los padres lo importante que es mostrar interés y apoyo para que el niño desarrolle un autoconcepto positivo

**Personas mayores**

- Animar al paciente a participar en actividades de grupo (p. ej., iglesia, clases de gimnasia)
- Sugerir al paciente que participe en grupos que se dedican a ayudar a los demás (p. ej., ofrecer comida a personas sin hogar)

**AUTOESTIMA SITUACIONAL, BAJA****(1988, 1996, 2000)**

**Definición:** desarrollo de una percepción negativa de la autoestima debido a la situación actual (especificar).

**Características definitorias****Subjetivas**

Autoevaluación que indica una incapacidad para hacer frente a situaciones o sucesos

Expresión de la autonegación

Expresiones de impotencia e inutilidad

Indica que su autoestima se ve influida ahora por un reto situacional

**Objetivas**

Comportamiento indeciso, sin firmeza

**Factores relacionados**

Alteración de la imagen corporal

Cambios de desarrollo (especificar)

Cambios en los roles sociales (especificar)

Comportamiento inconsecuente con los valores

A

Falta de reconocimiento  
Fallos y rechazos  
Pérdida (especificar)  
Trastorno funcional (especificar)

### Factores relacionados (no NANDA)

Crisis situacional (especificar)

### Sugerencias de uso

La *baja autoestima situacional* se diferencia de la *baja autoestima crónica* en que los síntomas son episódicos. Los síntomas se producen en una persona que antes tenía una autoestima buena y responden a un suceso o situación real o percibida. Por lo tanto, los objetivos y las actividades de enfermería pueden centrarse en resolver la situación, además de mejorar la autoestima del paciente.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento individual: ineficaz  
Autoestima crónica, baja  
Conductas de riesgo para la salud, tendencia a adoptar  
Identidad personal, trastorno de la  
Imagen corporal, trastorno de la

### Resultados NOC

**Adaptación a la discapacidad física:** respuesta adaptativa ante un reto funcional significativo ocasionado por una discapacidad física

**Ajuste psicosocial: cambio de vida:** respuesta adaptativa psicosocial de un individuo ante un cambio significativo en su vida

**Autoestima:** valoración personal de la propia valía

**Resolución de la aflicción:** adaptación a una pérdida acaecida o inminente

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **autoestima**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique 1-5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, habitualmente):
  - Expresa autoaceptación
  - Comunicación abierta
  - Cumplimiento de los roles personales significativos
  - Aceptación de halagos de otras personas
  - Deseo de consolar a otras personas
  - Descripción del éxito en el trabajo, el colegio y los grupos sociales
- Demuestra **ajuste psicosocial: cambio de vida**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique 1-5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, o habitualmente):

Afirma sentirse útil  
 Se muestra optimista de cara al futuro  
 Emplea estrategias de afrontamiento eficaces

A

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Reconocer sus puntos fuertes
- Poner en práctica comportamientos que generan autoconfianza
- Expresar las pérdidas/cambios episódicos

### Intervenciones NIC

**Facilitar la expresión del duelo:** ayuda para superar una pérdida significativa

**Facilitar la expresión del duelo: muerte perinatal:** ayuda para superar una pérdida perinatal

**Guía anticipatoria:** preparación del paciente por anticipado para enfrentarse a una crisis de desarrollo o situacional

**Mejorar el afrontamiento:** ayuda a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieren con los requisitos y los roles de su vida

**Mejorar la autoestima:** ayuda a un paciente para mejorar la opinión o la valoración que tiene de sí mismo

**Mejorar la imagen corporal:** mejora de las percepciones conscientes e inconscientes de un paciente y de las actitudes hacia su propio cuerpo

### Actividades de enfermería

Véase también el apartado actividades de enfermería correspondiente a autoestima crónica, baja, en las págs. 122-123.

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar técnicas de comportamiento positivas a través de desempeño del rol, creación del rol, debates, etc.

### Actividades auxiliares

- Remitir al paciente a los recursos comunitarios correspondientes
- Buscar ayuda por parte de los recursos hospitalarios (trabajadores sociales, especialistas en enfermería, servicios de asesoramiento religioso), según proceda

### Otras

- Analizar los cambios recientes sufridos por el paciente que podrían haber influido en la baja autoestima
- (NIC) *Mejorar la autoestima:*  
 Indicar confianza en la capacidad del paciente para manejar la situación  
 Animar al paciente a ser más responsable de sí mismo, según proceda

A

Analizar las razones de la autocrítica o del sentimiento de culpa  
Animar al paciente a aceptar nuevos retos

### En el domicilio

- Las actividades anteriores también son adecuadas para los cuidados en el domicilio. Véase también el apartado actividades de enfermería correspondiente a autoestima crónica, baja, en las págs. 122-123.

## AUTOESTIMA SITUACIONAL, RIESGO DE BAJA

(2000)

**Definición:** riesgo de desarrollo de una percepción negativa de la autoestima debido a la situación actual (especificar).

### Factores de riesgo

#### *Subjetivos*

Alteración de la imagen corporal  
Expectativas poco realistas sobre uno mismo

#### *Objetivos*

Cambios de desarrollo (especificar)  
Cambios en los roles sociales (especificar)  
Comportamiento inconsecuente con los valores  
Enfermedad física (especificar)  
Falta de reconocimiento  
Fallos y rechazos  
Historial de abusos, negligencias o abandonos  
Historial de indefensión adquirida  
Pérdida  
Reducción [del poder o] del control sobre el entorno  
Trastorno funcional (especificar)

### Sugerencias de uso

Ninguna

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento individual: ineficaz  
Autoconcepto, disposición para mejorar el  
Autoestima situacional, baja  
Identidad personal, trastorno de la  
Imagen corporal, trastorno de la

**Resultados NOC**

**Autoestima:** valoración personal de la propia valía

**Recuperación del abandono:** alcance de la recuperación tras el cese de los cuidados básicos

**Recuperación del abuso:** alcance de la curación tras un abuso físico o psicológico que puede incluir explotación sexual o económica

**Objetivos/criterios de evaluación**

Véase el apartado objetivos/criterios de evaluación correspondientes a autoestima situacional, baja, en la pág. 124-125.

**Intervenciones NIC**

**Asesoramiento:** empleo de un proceso de ayuda interactiva que se centra en las necesidades, los problemas o los sentimientos del paciente y las personas cercanas para mejorar o ayudar en el afrontamiento, la solución de problemas y las relaciones interpersonales

**Mejorar la autoestima:** ayuda a un paciente para mejorar la opinión o la valoración que tiene de sí mismo

**Protección contra abusos:** identificación de relaciones y acciones dependientes de alto riesgo para evitar mayores daños físicos y emocionales

**Actividades de enfermería**

Véase el apartado actividades de enfermería correspondiente a autoestima situacional, baja, en las págs. 125-126.

---

**AUTOMUTILACIÓN****(2000)**

**Definición:** comportamiento consistente en lesiones autoinfligidas deliberadas que originan daños tisulares con la intención de causar lesiones no mortales para aliviar la tensión.

**Características definatorias****Objetivas**

Abrasiones

Constricción de una parte del cuerpo

Cortes

Cortes o arañazos en el cuerpo

Golpes

Ingesta o inhalación de sustancias [u objetos] dañinas

Inserción de objetos en orificios corporales

Laceración de las heridas

**A** Mordeduras  
Quemaduras autoinfligidas (p. ej., goma, cigarrillo)

### Factores relacionados

#### Subjetivos

Alteración de la imagen corporal  
Aumento de tensión que resulta insoportable  
Autoestima baja o inestable  
Imagen corporal inestable  
Necesidad irresistible de cortarse o producirse daños a uno mismo  
Sentimiento de amenaza por la pérdida [real o potencial] de una relación significativa (p. ej., pérdida de un progenitor o de la relación parental)  
Sentimientos negativos (p. ej., depresión, rechazo, odio hacia uno mismo, ansiedad por la separación, culpa, alienación)

#### Objetivos

Abuso de sustancias tóxicas  
Abusos sexuales en edad infantil  
Adolescencia  
Afrontamiento ineficaz  
Aislamiento de sus compañeros  
Alcoholismo en la familia  
Alienación  
Compañeros que se automutilan  
Comportamiento voluble (cambios de humor)  
Crisis de identidad sexual  
Disociación  
Divorcio en la familia  
Empleo de la manipulación para obtener cuidados de los demás  
Encarcelación  
Enfermedad o cirugía en edad infantil  
Entorno de vida no tradicional (p. ej., familia de acogida, grupo o servicios institucionales)  
Escasa comunicación entre los progenitores y el adolescente  
Estado psicótico (alucinaciones)  
Falta de un confidente en la familia  
Historial de comportamientos de automutilación  
Historial de incapacidad para planificar soluciones o advertir las consecuencias a largo plazo  
Historial familiar de comportamientos autodestructivos  
Impulsividad  
Incapacidad para expresar verbalmente la tensión  
Necesidad de reducir el estrés rápidamente  
Niño maltratado  
Perfeccionismo  
Persona autista

Retraso del desarrollo del individuo  
 Trastorno de las relaciones interpersonales  
 Trastorno de personalidad  
 Trastorno límite de la personalidad  
 Trastornos alimentarios  
 Trastornos emocionales  
 Violencia entre las figuras parentales

### Sugerencias de uso

Emplee *automutilación* en el caso de un paciente que ya se haya autoinfligido lesiones.

Emplee *riesgo de automutilación* cuando se detecten factores de riesgo, pero la persona no haya mostrado un comportamiento de lesiones autoinfligidas.

### Otros posibles diagnósticos

Suicidio, riesgo de

### Resultados NOC

**Contención de automutilación:** acciones personales para evitar las lesiones autoinfligidas (no letales) de forma intencionada

**Control de los impulsos:** autolimitación de los comportamientos compulsivos o impulsivos

**Identidad:** distinción entre uno mismo y los demás y caracterización de la esencia de cada uno

### Objetivos/criterios de evaluación

Véase el apartado objetivos/criterios de evaluación correspondiente a automutilación, riesgo de, en la pág. 135.

### Intervenciones NIC

**Adiestramiento para controlar impulsos:** ayuda al paciente para enfrentarse a los comportamientos impulsivos a través de la aplicación de estrategias de solución de problemas en situaciones sociales e interpersonales

**Asesoramiento:** empleo de un proceso de ayuda interactiva que se centra en las necesidades, los problemas o los sentimientos del paciente y las personas cercanas para mejorar o ayudar en el afrontamiento, la solución de problemas y las relaciones interpersonales

**Cuidado de las heridas:** prevención de complicaciones de las heridas y mejora de su cuidado

**Gestión de la conducta: autolesiones:** ayuda al paciente para reducir o eliminar los comportamientos de automutilación o autoabuso

**Gestión del entorno: seguridad:** control y manipulación del entorno físico para mejorar la seguridad

A

**Mejorar la autoconciencia:** ayuda a un paciente para explorar y comprender sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamientos

**Reestructuración cognitiva:** animar a un paciente a cambiar los patrones de pensamiento distorsionados y verse a sí mismo y el mundo que le rodea de un modo más realista

## Actividades de enfermería

### Todos los pacientes

#### Valoración

- Valorar los comportamientos de lesiones autoinfligidas, incluidos los métodos empleados, los desencadenantes conocidos, etc.
- Valorar la naturaleza y la extensión de las lesiones
- (NIC) *Gestión de la conducta: autolesiones:* determinar el motivo o la razón de estos comportamientos

#### Actividades auxiliares

- Obtener la autorización médica, según proceda, para tratar lesiones autoinfligidas (p. ej., cortes, abrasiones)

#### Educación del paciente y la familia

- Ofrecer apoyo y formación a la familia sobre el estado del paciente y los métodos de tratamiento
- (NIC) *Gestión de la conducta: autolesiones:* formar al paciente en lo referente a las estrategias de afrontamiento (p. ej., seguridad en uno mismo, control de los impulsos y relajación muscular progresiva), según proceda

#### Otras

- Ofrecer seguridad al paciente usando las medidas menos restrictivas (p. ej., manipulación del entorno, asignación de un compañero de habitación, asignar al paciente una habitación cerca de la enfermería, restricción de la presencia de familiares y visitas, paciente controlado visualmente en todo momento, paciente al alcance de la mano, otras intervenciones específicas del paciente)
- Acompañar al paciente a actividades fuera de la unidad, según proceda
- (NIC) *Gestión de la conducta: autolesiones:*
  - Desarrollar expectativas y consecuencias de comportamiento adecuadas en función del nivel de funcionamiento cognitivo y de capacidad de autocontrol del paciente
  - Eliminar del entorno del paciente los elementos peligrosos
  - Emplear técnicas tranquilas y no enfocadas al castigo al enfrentarse a comportamientos de autolesiones
- Emplear sujeciones físicas o manuales, según sea necesario, para calmar al paciente que muestre su ira de un modo inadecuado

- Identificar las consecuencias de una expresión inadecuada de la ira
- Establecer una relación de confianza y comunicación

### Pacientes psicóticos

#### Valoración

- Controlar al paciente para detectar cambios en el comportamiento tras la evaluación inicial (p. ej., aumento del retraimiento, agitación)
- Valorar al paciente para detectar una preocupación malsana por el suicidio, la automutilación, la desesperanza y la falta de valía
- Valorar al paciente con alucinaciones para determinar su contenido y origen (p. ej., preguntar al paciente: “¿De quién es esa voz? ¿Qué te ha dicho que hagas? ¿Te ha dicho la voz que te hagas daño a ti mismo? ¿Cómo? ¿Esa voz te controla?”)
- Controlar la intensidad de las alucinaciones y delirios y tratar de hacer un test de contacto con la realidad cada \_\_\_\_\_
- Determinar si los delirios religiosos, persecutorios o somáticos han contribuido a las autolesiones

#### Actividades auxiliares

- Obtener una autorización médica si la intervención supone la negación de determinados derechos
- (NIC) *Gestión de la conducta: autolesiones:* administrar medicamentos, según proceda, para reducir la ansiedad, estabilizar el estado de ánimo y reducir la autoestimulación

#### Otras

- Si el paciente se muestra tranquilo y, de manera repentina, entra en estado de agitación, aumentar las medidas de seguridad para evitar las lesiones autoinfligidas
- Ayudar al paciente a distinguir los estímulos internos del mundo exterior
- Animar al paciente a expresar sus sentimientos e impulsos en lugar de acumular tensión
- Buscar elementos potencialmente dañinos en el entorno o en posesión del paciente
- Cortar las uñas de las manos y los pies del paciente para evitar arañazos
- Fomentar la actividad física
- Acordar con el paciente que no se autoinflija lesiones
- Si el paciente no puede cumplir el acuerdo o seguir las directrices, permanecer con él todo el tiempo hasta que muestre una reducción de las alucinaciones, delirios o impulsos de automutilación, o hasta que se aplique una sujeción o reclusión
- (NIC) *Gestión de la conducta: autolesiones:*  
Colocar al paciente en un entorno más protegido (p. ej., reclusión y restricción física) si se produce un aumento de los impulsos o comportamientos de automutilación

A

Aplicar, según proceda, guantes, sistemas de inmovilización de las extremidades, cascots o sujeciones para limitar la movilidad y la capacidad de infligirse lesiones

Ayudar al paciente a identificar situaciones y sentimientos que puedan provocar automutilaciones

### Pacientes con trastorno de la personalidad

#### Valoración

- Valorar el grado de impulsividad y la tolerancia ante la frustración del paciente

#### Educación del paciente y la familia

- Enseñar al paciente medidas alternativas para aliviar el estrés y la tensión (p. ej., técnicas de relajación; ejercicio físico; escribir un diario; autoafirmación; y técnicas de distracción como música, televisión y conversación)
- Ofrecer a los familiares y personas cercanas directrices para saber cómo controlar el comportamiento de automutilación fuera del entorno sanitario
- (NIC) *Gestión de la conducta: autolesiones*: ofrecer información sobre la enfermedad al paciente y personas cercanas en caso de que el comportamiento de automutilación se deba a una enfermedad (p. ej., trastorno límite de la personalidad o autismo)

#### Actividades auxiliares

- Considerar la posibilidad de administrar medicamentos ansiolíticos o neurolépticos, según la prescripción médica
- Ofrecer respuestas claras al paciente gracias a la colaboración con otros profesionales sanitarios. Controlar el plan de tratamiento con frecuencia para evitar problemas con el personal y conflictos con respecto a los objetivos del tratamiento.

#### Otras

- Recomendar al paciente que se apoye en el personal y en sus compañeros en lugar de recurrir al alcohol o las drogas
- Establecer horarios de comprobación frecuentes y regulares con personal asignado específicamente
- (NIC) *Gestión de la conducta: autolesiones*:
  - Acordar con el paciente, según proceda, que no se produzca lesiones a sí mismo
  - Indicar las consecuencias que se producirán si el paciente sigue mostrando un comportamiento de automutilación

### Pacientes con retraso/autistas

#### Valoración

- Valorar la respuesta del paciente ante el entorno para determinar si existen elementos de estrés que provocan la automutilación

## Educación del paciente y la familia

A

- (NIC) *Gestión de la conducta: autolesiones*: ofrecer información sobre la enfermedad al paciente y personas cercanas en caso de que el comportamiento de automutilación se deba a una enfermedad (p. ej., trastorno límite de la personalidad o autismo)

### Otras

- Alterar las situaciones del entorno que produzcan el estrés que ocasiona los comportamientos de automutilación
- Evitar el refuerzo que puede provocar un comportamiento de automutilación (p. ej., consolar al paciente tras haberse golpeado la cabeza, no obligar al paciente a realizar tareas que no le resultan agradables)
- Desarrollar un plan de comportamiento que reduzca la incidencia de actos de automutilación
- Emplear dispositivos de protección para evitar la automutilación (p. ej., guantes, casco, camisa de fuerza, atuendo protector)

---

## AUTOMUTILACIÓN, RIESGO DE

(1992, 2000)

**Definición:** riesgo de comportamiento consistente en lesiones autoinfligidas deliberadas que originan daños tisulares con la intención de causar lesiones no mortales para aliviar la tensión.

### Factores de riesgo

#### Subjetivos

Alienación  
 Alteración de la imagen corporal  
 Aumento de tensión que resulta insoportable  
 Autoestima baja o inestable  
 Estado psicótico (alucinaciones)  
 [Imagen corporal deteriorada o inestable]  
 Necesidad de reducir el estrés rápidamente  
 Necesidad irresistible de cortarse o producirse daños a uno mismo  
 Perfeccionismo  
 Sentimiento de amenaza por la pérdida [real o potencial] de una relación significativa  
 Sentimientos negativos (p. ej., depresión, rechazo, odio hacia uno mismo, ansiedad por la separación, culpa)

#### Objetivos

Abuso de sustancias tóxicas  
 Abusos sexuales en edad infantil  
 Adolescencia

A

Afrontamiento inadecuado  
Aislamiento de sus compañeros  
Alcoholismo en la familia  
Compañeros que se automutilan  
Crisis de identidad sexual  
Disociación  
Divorcio en la familia  
Empleo de la manipulación para obtener cuidados de los demás  
Encarcelación  
Enfermedad o cirugía en edad infantil  
Entorno de vida no tradicional (p. ej., familia de acogida, grupo o servicios institucionales)  
Historial de comportamiento de automutilación  
Historial de incapacidad para planificar soluciones o advertir las consecuencias a largo plazo  
Historial familiar de comportamientos autodestructivos  
Impulsividad  
Incapacidad para expresar verbalmente la tensión  
Niño con trastornos emocionales  
Niño maltratado  
Pérdida de control sobre situaciones de resolución de problemas  
Pérdida de relaciones significativas  
Personas autistas  
Retraso del desarrollo del individuo  
Trastorno de las relaciones interpersonales  
Trastorno límite de la personalidad  
Trastornos alimentarios  
Trastornos de la personalidad  
Violencia entre las figuras parentales

### Sugerencias de uso

*Riesgo de automutilación* es un diagnóstico más específico que *riesgo de violencia autodirigida*, aunque ambos poseen las mismas características definitorias (es decir, factores de riesgo).

*Riesgo de violencia autodirigida* incluye acciones, como el abuso de drogas y/o alcohol y un estilo de vida de alto riesgo (p. ej., conducción rápida), que no se incluyen en *riesgo de automutilación*.

### Otros posibles diagnósticos

Automutilación  
Suicidio, riesgo de  
Violencia autodirigida, riesgo de

### Resultados NOC

**Contención de automutilación:** acciones personales para evitar las lesiones autoinfligidas (no letales) de forma intencionada

**Control de los impulsos:** autolimitación de los comportamientos compulsivos o impulsivos

A

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **contención de automutilación**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique 1-5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, o habitualmente):
  - Busca ayuda cuando siente la necesidad de autolesionarse
  - Cumple el acuerdo de no automutilarse
  - No hace acopio de elementos para realizar la automutilación
  - Mantiene el autocontrol sin supervisión

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- No autoinfligirse lesiones
- Referir una reducción o ausencia de alucinaciones o delirios
- Identificar los sentimientos que le llevan a realizar actos impulsivos
- Identificar y evitar entornos y situaciones de alto riesgo

## Intervenciones NIC

**Adiestramiento para controlar los impulsos:** ayuda al paciente para enfrentarse a los comportamientos impulsivos a través de la aplicación de estrategias de solución de problemas en situaciones sociales e interpersonales

**Ayudar a controlar la ira:** facilitación de la expresión de la ira de un modo adaptado y no violento

**Gestión de la conducta: autolesiones:** ayuda al paciente para reducir o eliminar los comportamientos de automutilación o autoabuso

**Gestión del entorno: seguridad:** control y manipulación del entorno físico para mejorar la seguridad

## Actividades de enfermería

### Todos los pacientes

#### Valoración

- Examinar al paciente para averiguar si cuenta con un historial de comportamientos de automutilaciones, incluidos los métodos empleados, los desencadenantes conocidos, etc.
- (NIC) *Ayudar a controlar la ira:* controlar la posibilidad de que se produzca una agresión e intervenir antes de que se realice
- (NIC) *Gestión de la conducta: autolesiones:* determinar el motivo o la razón de estos comportamientos

## A Educación del paciente y la familia

- Ofrecer apoyo y formación a la familia sobre el estado del paciente y los métodos de tratamiento
- (NIC) *Gestión de la conducta: autolesiones*: formar al paciente en lo referente a las estrategias de afrontamiento (p. ej., seguridad en uno mismo, control de los impulsos y relajación muscular progresiva, según proceda)

### Otras

- Ofrecer seguridad al paciente usando las medidas menos restrictivas (p. ej., manipulación del entorno, asignación de un compañero de habitación, asignar al paciente una habitación cerca de la enfermería, restricción de presencia de familiares y visitas, paciente controlado visualmente en todo momento, paciente al alcance de la mano, otras intervenciones específicas del paciente)
- Acompañar al paciente a actividades fuera de la unidad, según proceda
- (NIC) *Gestión de la conducta: autolesiones*:
  - Desarrollar expectativas y consecuencias de comportamiento adecuadas en función del nivel de funcionamiento cognitivo y de capacidad de autocontrol del paciente
  - Eliminar del entorno del paciente los elementos peligrosos
  - Emplear técnicas tranquilas y no enfocadas al castigo al enfrentarse a comportamientos de autolesiones
- (NIC) *Ayudar a controlar la ira*:
  - Emplear controles externos (p. ej., sujeciones manuales o físicas, descansos), según proceda, para calmar a un paciente que muestre ira de un modo inadecuado
  - Identificar las consecuencias de una expresión inadecuada de la ira
  - Establecer una confianza básica y conversar con el paciente

## Pacientes psicóticos

### Valoración

- Controlar al paciente para detectar cambios en el comportamiento tras la evaluación inicial (p. ej., aumento del retraimiento, agitación)
- Valorar al paciente para detectar una preocupación malsana por el suicidio, la automutilación, la desesperanza y la falta de valía
- Valorar al paciente con alucinaciones para determinar su contenido y origen (p. ej., preguntar al paciente: “¿De quién es esa voz? ¿Qué te dice que hagas? ¿Te dice la voz que te hagas daño a ti mismo? ¿Cómo? ¿Esa voz te controla?”)
- Controlar la intensidad de las alucinaciones o delirios y tratar de hacer un test de contacto con la realidad cada \_\_\_\_\_
- Examinar al paciente para detectar delirios religiosos o persecutorios que podrían desembocar en automutilaciones
- Examinar al paciente para detectar delirios somáticos que podrían ocasionar automutilaciones (p. ej., creencia de que una parte del cuerpo está enferma, podrida o es innecesaria)

### Actividades auxiliares

A

- Obtener una autorización médica si la intervención supone la negación de determinados derechos
- (NIC) *Gestión de la conducta: autolesiones*: administrar medicamentos, según proceda, para reducir la ansiedad, estabilizar el estado de ánimo y reducir la autoestimulación

### Otras

- Si el paciente se muestra tranquilo y, de manera repentina, entra en estado de agitación, aumentar las medidas de seguridad para evitar las lesiones autoinfligidas
- Ayudar al paciente a distinguir los estímulos internos del mundo exterior
- Animar al paciente a expresar sus sentimientos e impulsos en lugar de acumular tensión
- Buscar elementos potencialmente dañinos en posesión del paciente, según proceda
- Cortar las uñas de las manos y los pies del paciente para evitar arañazos
- Fomentar la actividad física
- Acordar con el paciente que no se autoinfrinja lesiones
- Si el paciente no puede cumplir el acuerdo o seguir las directrices, permanecer con él todo el tiempo hasta que muestre una reducción de las alucinaciones, delirios o impulsos de automutilación, o hasta que se aplique una sujeción o reclusión
- (NIC) *Gestión de la conducta: autolesiones*:
  - Colocar al paciente en un entorno más protegido (p. ej., reclusión y restricción física) si se produce un aumento de los impulsos o comportamientos de automutilación
  - Aplicar, según proceda, guantes, sistemas de inmovilización de las extremidades, cascos o sujeciones para limitar la movilidad y la capacidad de infringirse lesiones
  - Ayudar al paciente a identificar situaciones y sentimientos que puedan provocar comportamientos de automutilación

## Pacientes con trastorno de la personalidad

### Valoración

- Valorar el grado de impulsividad y la tolerancia ante la frustración del paciente

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar al paciente medidas alternativas para aliviar el estrés y la tensión (p. ej., técnicas de relajación, ejercicio físico, escribir un diario, autoafirmación; y técnicas de distracción como música, televisión y conversación)
- Ofrecer a los familiares y personas cercanas directrices para saber cómo controlar el comportamiento de automutilación fuera del entorno sanitario

A

- (NIC) *Gestión de la conducta: autolesiones*: ofrecer información sobre la enfermedad al paciente y personas cercanas en caso de que el comportamiento de automutilación se deba a una enfermedad (p. ej., trastorno límite de la personalidad o autismo)

#### Actividades auxiliares

- Considerar la posibilidad de administrar medicamentos ansiolíticos o neurolepticos, según la prescripción médica
- Ofrecer respuestas claras al paciente gracias a la estrecha colaboración con otros profesionales sanitarios. Controlar el plan de tratamiento con frecuencia para evitar problemas con el personal y conflictos con respecto a los objetivos del tratamiento.

#### Otras

- Recomendar al paciente que se apoye en el personal y en sus compañeros en lugar de recurrir al alcohol o las drogas
- Establecer horarios de comprobación frecuentes y regulares con personal asignado específicamente
- (NIC) *Gestión de la conducta: autolesiones*:
  - Acordar con el paciente, según proceda, que no se produzca lesiones a sí mismo
  - Indicar las consecuencias que se producirán si el paciente sigue mostrando un comportamiento de automutilación

### Pacientes con retraso/autistas

#### Valoración

- Valorar la respuesta del paciente ante el entorno para determinar si existen elementos de estrés que pueden provocar una automutilación

#### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Gestión de la conducta: autolesiones*: ofrecer información sobre la enfermedad al paciente y personas cercanas en caso de que el comportamiento de automutilación se deba a una enfermedad (p. ej., trastorno límite de la personalidad o autismo)

#### Otras

- Alterar las situaciones del entorno que puedan producir un estrés que ocasiona comportamientos de automutilación
- Evitar el refuerzo que puede provocar un comportamiento de automutilación (p. ej., consolar al paciente tras haberse golpeado la cabeza, no obligar al paciente a realizar tareas que no le resultan agradables)
- Desarrollar un plan de comportamiento que evite o reduzca los casos de automutilación
- Emplear dispositivos de protección para evitar la automutilación (p. ej., guantes, casco, camisa de fuerza, atuendo protector)

## BIENESTAR, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL

(2006)

B

**Definición:** patrón de tranquilidad, calma y trascendencia de las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social, que puede fortalecerse.

### Características definitorias

Expresa el deseo de mejorar su bienestar  
 Expresa el deseo de mejorar su sentimiento de satisfacción  
 Expresa el deseo de mejorar sus distracciones  
 Expresa el deseo de promover la resolución de sus problemas

### Sugerencias de uso

Como éste es un diagnóstico de bienestar, no es preciso establecer una etiología (es decir, factores relacionados).

Si no está presente ninguna de las características definitorias, debe considerarse si existe un problema (p.ej., *dolor, náuseas*) o bien si debería utilizarse otro diagnóstico de bienestar (p.ej., *potencial de mejora del bienestar espiritual*).

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento, disposición para mejorar el Bienestar espiritual, potencial de mejora del

### Resultados NOC

Aún no se han vinculado resultados NOC a este diagnóstico; no obstante, los siguientes podrían resultar útiles:

**Bienestar:** alcance de las percepciones positivas del estado de salud personal y las circunstancias vitales

**Calidad de vida:** alcance de las percepciones positivas de las circunstancias vitales presentes

**Nivel de comodidad:** alcance de las percepciones positivas de bienestar físico y psicológico

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **nivel de comodidad**, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: en absoluto, poco, moderadamente, mucho o completamente satisfecho):
  - Bienestar físico
  - Control de los síntomas
  - Relaciones sociales
  - Grado de independencia
  - Control del dolor

### Otros ejemplos

**B**

El paciente será capaz de:

- Referir mayor bienestar físico y/o psicosocial-emocional
- Expresar que puede relajarse con más facilidad
- Referir o demostrar mejoría en sus habilidades de afrontamiento
- Referir que se siente más satisfecho y feliz

### Intervenciones NIC

Todavía no se han elaborado intervenciones para este diagnóstico; no obstante, las que siguen podrían resultar útiles:

**Manejo del entorno:** manipular el entorno del paciente buscando un beneficio terapéutico, estético y de bienestar psicológico

**Masaje simple:** estimulación de la piel y los tejidos subyacentes con distintos grados de presión manual para disminuir el dolor, producir relajación, o mejorar la circulación

**Meditación:** facilitar a una persona la alteración de su nivel de alerta centrándose específicamente en una imagen o pensamiento

**Promoción del ejercicio:** facilitar una actividad física regular para mantener o mejorar la forma física y la salud

**Terapia simple de relajación:** uso de técnicas para favorecer y lograr relajación con el fin de disminuir signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad

**Toque terapéutico:** estar en armonía con el campo sanador universal, buscando actuar como un instrumento de influencias sanadoras, y utilizar la sensibilidad de las manos para centrar y dirigir suavemente el proceso de la intervención

### Actividades de enfermería

Como este diagnóstico no está desarrollado al máximo nivel, es difícil determinar el centro específico de las intervenciones de enfermería. En general, la enfermera proporcionaría un enfoque holístico al bienestar y el autocuidado, enseñando o facilitando el manejo ambiental.

### Valoración

- Explorar con el paciente lo que significa “bienestar” para él
- Evaluar posibles obstáculos a un mayor grado de bienestar
- Determinar en qué áreas desea el paciente aumentar su bienestar (p. ej., física, emocional, social, espiritual)

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar técnicas como el masaje simple y la terapia simple de relajación
- Enseñar nuevas estrategias de afrontamiento, si es preciso

### Otras

- Trabajar con el paciente para elaborar un plan de autocuidado e identificar de qué maneras puede la enfermera facilitar el bienestar

- Demostrar interés por el paciente
- Animar al paciente a expresar ideas y sentimientos, tanto los positivos como los negativos
- Llevar a cabo el toque terapéutico
- Reforzar positivamente los esfuerzos del paciente
- Ayudar a elaborar un programa de ejercicio apropiado

B

---

## BIENESTAR ESPIRITUAL, POTENCIAL DE MEJORA DEL

(1994, 2002)

**Definición:** capacidad para experimentar e integrar el significado y el propósito de la vida a través de la conexión con uno mismo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o de un poder mayor que uno mismo que pueda fortalecerse.

### Características definitorias

#### *Conexiones con uno mismo*

Expresa el deseo de aumentar:

- La aceptación
- El amor
- El perdón a uno mismo
- El significado y el propósito de la vida
- La expresión de la falta de serenidad (p. ej., la paz)
- La alegría
- La autosuficiencia
- La esperanza
- La rendición
- La valentía
- (Paz y serenidad)
- Satisfacer la filosofía de vida
- Meditación

#### *Conexión con el arte, la música, la literatura, la naturaleza*

- Escucha música
- Lee literatura espiritual
- Muestra la energía creativa (p. ej., el escritura, poesía, canto)
- Pasar tiempo al aire libre

#### *Conexiones con los otros*

- Pide encuentros con líderes espirituales
- Pide pasar tiempo con amigos, familiares
- Pide perdón a los otros
- Proporciona servicios a los demás

### *Conexiones con fuerzas más poderosas que uno mismo*

- B** Expresa reverencia, sobrecogimiento  
Informa sobre experiencias místicas  
Participa en actividades religiosas  
Reza

### Sugerencias de uso

Ya que es un diagnóstico bueno, no es necesaria una etiología (p. ej., causas relacionadas).

Si existiera una situación que pusiera en riesgo el desarrollo espiritual, utilice *riesgo de sufrimiento espiritual*.

### Otros posibles diagnósticos

Sufrimiento espiritual, riesgo de

### Resultados NOC

**Esperanza:** optimismo que se satisface personalmente y te ayuda en la vida

**Bienestar:** extensión de las percepciones positivas del estado de salud individual y de las circunstancias de la vida.

**Calidad de vida:** extensión de las percepciones positivas de las circunstancias de la vida actuales.

**Salud espiritual:** conexiones con uno mismo, con los otros, con una fuerza mayor, con toda la vida, la naturaleza, y el universo que trasciende y otorga poderes a uno mismo.

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

Veáse ejemplos con los términos NOC para sufrimiento espiritual, pág. 694.

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Continuar e incrementar su crecimiento espiritual
- Verbalizar sobre los sentimientos de paz y armonía con el universo
- Hablar sobre la satisfacción con las circunstancias socioculturales y las relaciones interpersonales.
- Contar la satisfacción de los conceptos de sí mismo y los logros de los objetivos de la vida
- Indicar la felicidad y satisfacción con la vida espiritual

### Intervenciones NIC

Referirse también a las intervenciones NIC para riesgo de sufrimiento espiritual en la pág. 698

**Clarificación de valores:** ayudar a otro para aclarar sus propios valores con el objetivo de facilitar la efectividad en la toma de decisiones

**Mejorar la autoconciencia:** ayudar al paciente a explorar y comprender sus pensamientos, sentimientos, motivaciones, y comportamientos

**Mejorar la autoestima:** ayudar al paciente a mejorar su juicio personal sobre los valores de uno mismo

### Actividades de enfermería

Véase también actividades de enfermería para sufrimiento espiritual, págs. 695-696.

C

#### Actividades auxiliares

- (NIC) *Apoyo espiritual:* animar a asistir a la iglesia, si se desea

#### Otras

- (NIC) *Apoyo espiritual:*
  - Estar abierto a los sentimientos individuales sobre las enfermedades y la muerte
  - Ayudar a las personas para que expresen y alivien apropiadamente su ira
  - Estar disponible para escuchar los sentimientos de las personas
  - Facilitar el uso particular de la meditación, la oración, y otras tradiciones religiosas y rituales

---

## CAÍDAS, RIESGO DE

(2000)

**Definición:** aumento de la tendencia a caer que puede causar daños físicos.

### Factores de riesgo

#### *Adultos*

Antecedentes de caídas  
Edad igual o superior a 65 años  
Prótesis en las extremidades inferiores  
Uso de dispositivos auxiliares, como andador o bastón  
Uso de silla de ruedas  
Vive solo

#### *Fisiológicos*

Anemia  
Artritis  
Cambios en la glucemia postprandial  
Debilidad al girar o alargar el cuello  
Déficit propiosensible, como desatención unilateral  
Diarrea  
Dificultades al andar  
Dificultades de audición

Dificultades de la visión  
Estado posoperatorio  
Hipotensión ortostática  
Insomnio  
Neoplasia, p. ej., que cause fatiga o limitación en la movilidad  
Neuropatía  
Presencia de enfermedad aguda  
Problemas con los pies  
Reducción de la fuerza en las extremidades inferiores  
Trastornos de la movilidad física  
Trastornos del equilibrio  
Urgencia o incontinencia  
Vasculopatía

#### *Cognitivos*

Reducción del estado mental, como confusión, delirio, demencia, trastornos de comprobación de la realidad

#### *Medicamentos*

Ansiolíticos  
Antidepresivos tricíclicos  
Antihipertensores  
Consumo de alcohol  
Diuréticos  
Hipnóticos  
Inhibidores ECA  
Narcóticos  
Tranquilizantes

#### *Entorno*

Alfombras o felpudos  
Carencia de material antideslizante en baño o ducha  
Condiciones atmosféricas, como el hielo  
Entorno abarrotado de cosas  
Habitaciones desconocidas o mal iluminadas  
Limitaciones  
Suelos mojados

#### *Niños*

Cama cerca de la ventana  
Edad inferior a dos años  
Falta de fijación en los coches, como asientos para niños  
Falta de supervisión parental  
Niño sin supervisión sobre la cama, cambiador, sofá u otra superficie elevada  
Niño varón con edad inferior a un año  
Sin protección en las ventanas  
Sin puerta protectora en las escaleras

### Sugerencias de uso

Cuando están presentes los factores de riesgo específicos para las caídas, debe usarse este diagnóstico en lugar de los más generales *riesgo de lesión* o *riesgo de traumatismo*. Si hay riesgo de accidentes, además de las caídas, pueden resultar mejores los diagnósticos más generales.

C

### Otros posibles diagnósticos

Lesión, riesgo de

Traumatismo, riesgo de

### Resultados NOC

**Conducta de seguridad: prevención de las caídas:** acciones personales o del cuidador familiar para reducir al mínimo los factores de riesgo que pudieran precipitar las caídas en el entorno personal

**Conocimiento: prevención de caídas:** extensión de la comprensión comunicada sobre la prevención de caídas

**Coordinación de movimientos:** capacidad de funcionamiento conjunto voluntario de los músculos para realizar movimientos voluntarios

**Equilibrio:** capacidad de mantener el equilibrio corporal

**Estado de seguridad: incidencia de caídas:** número de caídas en los últimos \_\_\_\_\_ (definir periodo)

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Reducirá o limitará el *riesgo de caídas* según lo prueben el equilibrio, la coordinación de movimientos, la conducta de prevención de caídas, la incidencia de caídas y el conocimiento: prevención de caídas
- Demuestra la **incidencia de caídas**, según se pruebe mediante los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: 10 y más, 7-9, 4-6, 1-3 y ninguna [en el periodo definido]):
  - Número de caídas en posición parada de pie
  - Número de caídas al caminar
  - Número de caídas en posición sentada
  - Número de caídas durante la transferencia
  - Número de caídas de la cama
  - Número de caídas al subir escaleras
  - Número de caídas al bajar escaleras

#### Otros ejemplos

El paciente y la familia serán capaces de:

- Evitar las lesiones físicas provocadas por las caídas
- Identificar los riesgos que aumentan la tendencia a las caídas
- Ofrecer un entorno seguro. P. ej., eliminarán el exceso de cosas y los vertidos, colocarán pasamanos, utilizarán alfombrillas antideslizantes y asideros en la ducha

## Intervenciones NIC

**Enseñanza: cuidado del lactante:** enseñanza sobre aspectos de la seguridad durante el primer año de vida

**Enseñanza: seguridad del niño pequeño:** enseñanza sobre aspectos de seguridad durante el segundo y tercer año de vida

**Gestión del entorno: seguridad:** control y manipulación del entorno físico para favorecer la seguridad

**Identificación de riesgos:** análisis de los posibles factores de riesgo, determinación de los riesgos para la salud y priorización de las estrategias de reducción de riesgos para una persona o grupo

**Prevención de caídas:** puesta en práctica de precauciones especiales con el paciente con riesgo de sufrir lesiones por caídas

**Promoción de los mecanismos corporales:** facilitar el uso de posturas y el movimiento en las actividades diarias para prevenir la fatiga y las lesiones o tensiones musculoesqueléticas

**Terapia con ejercicio: control muscular:** uso de protocolos de actividad o ejercicios para mejorar o restaurar el movimiento corporal controlado

**Terapia con ejercicio: equilibrio:** uso de actividades, posturas y movimientos específicos para mantener, mejorar o restaurar el equilibrio

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Identificar factores que afecten a las necesidades de seguridad, como, por ejemplo, los cambios en el estado mental, el grado de intoxicación, la fatiga, la edad de maduración, los medicamentos y el déficit motor o sensorial, p. ej., al caminar, en equilibrio
- Realizar una evaluación del riesgo de caídas a cada paciente ingresado en el centro
- *(NIC) Prevención de caídas:*
  - Identificar las características del entorno que pueden aumentar la posibilidad de caídas, como suelos resbaladizos y escaleras sin barandilla
  - Controlar el caminar, equilibrio y nivel de fatiga con la deambulación

### Educación del paciente y la familia

- *(NIC) Prevención de caídas:*
  - Enseñar al paciente cómo caer para reducir las lesiones al mínimo
  - Pedir al paciente que lleve gafas, según proceda, cuando esté fuera de la cama

### Actividades auxiliares

- *(NIC) Prevención de caídas:* colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para reducir los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a las caídas, como la hipotensión ortostática o la inestabilidad de la deambulación

- Remitir a fisioterapia para formación en deambulación y para realizar ejercicios que mejoren la movilidad, el equilibrio y la fuerza

### Otras

C

- Reorientar al paciente a la realidad y al entorno inmediato cuando resulte necesario
- Ayudar al paciente con la deambulación, según sea necesario, usar un cinturón de transferencia y recibir la ayuda de otra persona si el paciente se encuentra inestable
- Si el paciente corre riesgo de caídas, colocarlo en una habitación cerca del mostrador de las enfermeras
- Proporcionar dispositivos auxiliares para caminar, como un bastón o un andador
- Usar una alarma para alertar al cuidador cuando el paciente salga de la cama o de la habitación
- Si fuera necesario, utilizar restricciones físicas para limitar el riesgo de caídas
- *(NIC) Prevención de caídas:*
  - Proporcionar al paciente dependiente un medio para obtener ayuda, como una campana o una luz de llamada, cuando el cuidador no se encuentre presente
  - Colocar los artículos al alcance del paciente
- Enseñar al paciente a llamar para obtener ayuda con el movimiento, según proceda
- Retirar los riesgos del entorno, como proporcionar iluminación adecuada
- No realizar cambio innecesario alguno en el entorno físico, como la colocación de los muebles
- Asegurarse de que el paciente lleva zapatos adecuados: suela antideslizante, cierres seguros

### En el domicilio

- Enseñar al paciente y a la familia técnicas para prevenir lesiones en el hogar y especificar éstas
- Proporcionar materiales educativos relacionados con estrategias y medidas para prevenir las caídas
- Proporcionar información sobre los riesgos del entorno y sus características, como escaleras, ventanas, verjas
- Enseñar a los miembros de la familia los factores que contribuyen a las caídas y los modos de reducir estos riesgos
- Remitir a fisioterapia para enseñar a la familia cómo ayudar con la deambulación y la transferencia seguras
- Evaluar el uso correcto de ayudas para la deambulación, como el andador

C

### Bebés y niños

- Elevar los rieles laterales cuando no haya nadie presente al lado de la cama
- Para niños con edad suficiente como para pasar por encima de los rieles, debe usarse una cuna con red o tapa superior
- (NIC) *Prevención de caídas:*
  - Eliminar los objetos que ofrecen a los bebés acceso para subirse a superficies elevadas
  - Ofrecer supervisión estrecha o dispositivos para restringir el movimiento, como un cinturón de seguridad para sillas de niños al colocar a los bebés sobre superficies elevadas, como mesas o tronas

### Personas mayores

- Evaluar la capacidad del paciente para caminar con seguridad, con o sin dispositivos auxiliares
- Evaluar la visión y recordar al paciente que debe llevar gafas cuando camina
- Evaluar y tratar la incontinencia urinaria, que se asocia con el aumento de la incidencia de caídas
- Recomendar y ayudar al paciente a obtener un sistema personal de llamada en caso de emergencias
- Las clases de taichi pueden resultar beneficiosas para aquellos que pueden participar

---

## CAMINAR, DIFICULTAD PARA

(1998, 2006)

**Definición:** limitación de movimientos independientes en el medio para ir a pie (especificar nivel).

### Características definitorias

Dificultad para:

- Afrontar bordillos
- Andar por terrenos irregulares
- Subir escaleras
- Subir y bajar cuestas
- Recorrer las distancias requeridas

### Factores relacionados

Depresión  
Deterioro musculoesquelético (p. ej., contracturas)

Dolor  
 Falta de conocimiento (p. ej., en relación con el valor del ejercicio físico)  
 Fuerza muscular insuficiente  
 Mala condición física  
 Miedo a caerse  
 Obesidad  
 Resistencia limitada  
 Restricciones ambientales (p. ej., escaleras, cuestas, superficies irregulares, obstáculos peligrosos, distancias, falta de dispositivos de ayuda o personas, impedimentos)  
 Trastorno cognitivo  
 Trastorno de la visión  
 Trastorno del equilibrio  
 Trastorno neuromuscular



#### Factores relacionados no recogidos en la NANDA internacional

Creencias culturales respecto a la actividad adecuada para una edad  
 Desarrollo retardado  
 Falta de facilidades ambientales físicas y sociales  
 Malnutrición selectiva o generalizada  
 Medicación  
 Resistencia cardiovascular limitada  
 Reticencia a iniciar movimientos

#### Sugerencias de uso

Como en otros diagnósticos de movilidad, especificar el nivel funcional del paciente de la siguiente forma:

*Nivel 0:* completamente independiente

*Nivel 1:* requiere el uso de equipamiento o dispositivos

*Nivel 2:* requiere ayuda de otra persona para la asistencia, supervisión o enseñanza

*Nivel 3:* necesita ayuda de otra persona y equipamiento o dispositivo

*Nivel 4:* dependiente, no participa en la actividad

Usar la *dificultad para caminar* para describir a individuos con habilidad limitada para realizar movimientos físicos independientes, debilidad muscular generalizada o cuando las intervenciones de enfermería se centren en reestablecer la movilidad y función o prevenir un mayor deterioro. Un ejemplo de un diagnóstico adecuado sería *dificultad al andar relacionada con la gestión inefectiva del dolor crónico secundario de la artritis reumatoide*. Si existen problemas de inmovilidad añadidos a las *dificultades para andar*, considerar usar *trastorno de la movilidad física*.

No usar esta etiqueta para describir la inmovilidad temporal que no pueda modificar la enfermera (p. ej., tracción, prescripción de guardar cama) o parálisis permanente. La *dificultad para andar* puede usarse de forma efectiva como la etiología del diagnóstico de enfermería, por ejemplo, *déficit del autocuidado: ir al baño en relación con las dificultades para andar +4*.

### Otros posibles diagnósticos

Autocuidado (especificar), déficit del  
Lesión, riesgo de

C

Movilidad física, trastorno de la  
Síndrome de desuso, riesgo de

Trasladarse desde la silla de ruedas, dificultad en la habilidad para

### Resultados NOC

**Ambulación:** habilidad para andar de un lado a otro de forma independiente con o sin dispositivo de ayuda

**Coordinación de movimientos:** habilidad de los músculos para trabajar de manera conjunta y voluntaria en movimiento voluntarios

**Equilibrio:** habilidad para mantener el equilibrio corporal

**Movilidad:** habilidad para mover a propósito en el propio entorno de forma independiente con o sin dispositivos de ayuda

**Movimiento articular: tobillo, cadera, rodilla:** rango activo de movimiento de (especificar articulación) con movimiento iniciado por sí mismo

**Resistencia:** capacidad de continuar una actividad

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- No se tienen *dificultades para caminar* si se manifiesta: ambulación: capacidad de caminar, equilibrio, resistencia, movimiento articular activo, y movilidad
- Presenta **movilidad**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido):
  - Andar
  - Coordinación
  - Equilibrio
  - Movimientos articulares y musculares
  - Realización de posturas corporales

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Sostener peso y andar con buen paso
- Recorrer una distancia apropiada para el conjunto de su condición
- Demostrar el uso correcto de los dispositivos de ayuda (p. ej., muletas, bastón) con supervisión
- Pedir ayuda con las actividades de movilización si se necesita
- Realizar actividades de la vida diaria de forma independiente con dispositivos de ayuda (especificar actividad y dispositivo)

### Intervenciones NIC

**Gestión de la energía:** regulación del uso de la energía para tratar o prevenir la fatiga y optimizar la función

**Terapia con ejercicio: ambulación:** fomento y asistencia a la hora de andar para mantener o reestablecer las funciones voluntarias y autónomas del organismo durante el tratamiento y recuperación de la enfermedad o lesión

**Terapia con ejercicio: control muscular:** uso de protocolos de actividades o ejercicios específicos para mejorar o reestablecer los movimientos controlados por el organismo

**Terapia con ejercicio: equilibrio:** uso de actividades, posturas y movimientos específicos para mantener, mejorar o reestablecer el equilibrio

**Terapia con ejercicio: movilidad articular:** uso de movimientos corporales activos o pasivos para mantener o reestablecer la flexibilidad articular

C

## Actividades de enfermería

### Valoración

La valoración es un proceso continuo para determinar el nivel de dificultad de la movilidad en el que se encuentra el paciente

#### Nivel 1 Actividades de enfermería

- Facilitar un refuerzo positivo durante las actividades
- Colaborar con el fisioterapeuta en el desarrollo de las actividades de fuerza, equilibrio y flexibilidad
- Evaluar la necesidad de ayuda de la institución de salud en el domicilio y la necesidad de un equipamiento médico duradero
- *(NIC) Terapia con ejercicio: ambulación:*
  - Controlar el uso por parte del paciente de muletas y otras ayudas de movilidad
  - Instruir al paciente en la postura a adoptar a lo largo del proceso de traslado
  - Solicitar o facilitar dispositivos de ayuda (p. ej., bastón o silla de ruedas) para la ambulación si el paciente está inestable
  - Ayudar al paciente a utilizar un calzado que facilite la marcha y prevenga lesiones
  - Alentar la ambulación independiente dentro de los límites de seguridad

#### Nivel 2 Actividades de enfermería

- Evaluar las necesidades de aprendizaje del paciente en relación a \_\_\_\_\_ (especificar)
- Evaluar la necesidad de ayuda de la institución médica en el domicilio y la necesidad de un equipamiento médico duradero
- Instruir y fomentar la actividad del paciente dentro de un rango de movilidad activo o pasivo
- Instruir al paciente respecto al nivel de peso que puede soportar
- Instruir al paciente respecto a la posición corporal correcta
- Instruir y animar al paciente a usar trapecios o pesos para mejorar y mantener la fuerza de las extremidades superiores

- Usar terapia ocupacional y física como fuentes de desarrollo de un plan para mantener o incrementar la movilidad
- Facilitar un refuerzo positivo durante las actividades
- Supervisar todos los intentos de movilización
- *(NIC) Terapia con ejercicio: ambulación:*
  - Instruir al paciente y cuidador en las técnicas de traslado y ambulación seguras
  - Ayudar al paciente a mantenerse en pie y recorrer una distancia específica con un número determinado de personal

### Nivel 3 y 4 Actividades de enfermería

- Usar terapia ocupacional y física como fuentes para planificar las actividades de cuidado del paciente
- Animar al paciente y a la familia a ver las limitaciones de una forma realista
- Facilitar un refuerzo positivo durante las actividades
- Desarrollar un plan para incluir:
  - La realización de ejercicios pasivos dentro un rango de movimientos (PROM) o un rango de movimientos asistidos (AROM), como se indique
  - Tipo de dispositivo de ayuda
  - Cantidad de personal requerido para movilizar al paciente
  - Programa de actividades
  - Maximización de la movilidad del paciente, dada una restricción necesaria
- Evaluar el nivel de motivación del paciente ante las limitaciones venideras
- Administrar analgésicos antes de empezar los ejercicios o la marcha, si es necesario
- *(NIC) Terapia con ejercicio: ambulación:*
  - Usar un cinturón de marcha para asistir en el traslado y ambulación, si es necesario

### En el domicilio

- Las actividades precedentes pueden usarse o adaptarse para el cuidado en el domicilio
- Evaluar el medio en el hogar y deshacerse de los peligros potenciales para prevenir caídas (p. ej., suelos muy encerados, alfombrillas pequeñas, desorden)
- Recomendar una dieta rica en calcio, vitamina D y suplementos, si se considera necesario
- Si la dificultad para caminar afecta a la habilidad para llevar a cabo actividades cotidianas, aconsejar la ayuda de asistencia sanitaria en casa
- Comprobar los dispositivos de ayuda para mantenerlos en correcto funcionamiento (p. ej., reemplazar las punteras de goma desgastadas de los bastones y muletas)

### Personas mayores

- Controlar los signos vitales antes y cinco minutos después de una actividad nueva
- Permitir caminar al paciente tan despacio como necesite
- Evaluar la agudeza visual y el equilibrio
- Evaluar el miedo a las caídas
- Usar y enseñar medidas de prevención

C

## CAMPO ENERGÉTICO, ALTERACIÓN DEL

(1994, 2004)

**Definición:** interrupción del flujo de energía que rodea a una persona y resulta en falta de armonía de cuerpo, mente y espíritu.

### Características definatorias

#### Objetivas

Percepciones de cambios en las pautas del flujo de energía [por parte de la enfermera ], tales como:

- Alteración del campo (déficit, huecos, picos, protuberancias, obstrucción, congestión, disminución del flujo en el campo de energía)
- Cambio de temperatura (calor, frío)
- Cambios visuales (imagen, color)
- Movimiento (onda, pico, hormigueo, denso, fluido)
- Sonidos (tono, palabras)

### Factores relacionados

Enlentecimiento o bloqueo de los flujos de energía, secundario a:

#### Factores de maduración

Dificultades o crisis de desarrollo relacionados con la edad (especificar)

#### Factores fisiopatológicos

- Embarazo
- Enfermedad (especificar)
- Lesión

#### Factores relacionados con algún tratamiento

- Experiencia en el periodo perioperatorio
- Inmovilidad
- Parto y expulsión
- Quimioterapia

#### Factores situacionales (personales, ambientales)

- Ansiedad

Dolor  
Duelo  
Temor

C

### Sugerencias de uso

Este diagnóstico sugiere intervenciones de enfermería independientes pero no tradicionales, que requieren formación y práctica especiales. Por lo tanto, sólo deben usarlo enfermeras con dicha experiencia (Krieger, 1979; Meehan, 1991).

### Otros posibles diagnósticos

Ansiedad  
Dolor: agudo, crónico

### Resultados NOC

**Bienestar:** grado de percepción positiva de la condición sanitaria y las circunstancias vitales propias

**Bienestar espiritual:** conexión con uno mismo, con los demás, con el poder superior, con todos los seres vivos, la naturaleza y el universo que trasciende y energiza el yo propio

**Nivel de comodidad:** grado de percepción positiva de comodidad física y psicológica

**Nivel del dolor:** gravedad del dolor observado o comunicado

### Objetivos/criterios de evaluación

Deben consultarse también los objetivos y criterios de evaluación para la ansiedad y el dolor agudo, en las págs. 80-81 y 291-292, respectivamente.

### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **bienestar espiritual**, según lo prueban los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido)
  - Calidad de la fe
  - Calidad de la esperanza
  - Significado y propósito de la vida
  - Sentimientos de paz
  - Conexión con otros

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Verbalizar el alivio de los síntomas, como dolor o ansiedad, tras el tratamiento
- Demostrar pruebas físicas de relajación, como descenso en la tensión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria, además de en la tensión muscular
- Indicar satisfacción con su funcionamiento psicológico, social, espiritual, fisiológico y cognitivo
- Demostrar destrezas de afrontamiento adecuadas

## Intervenciones NIC

**Facilitación del crecimiento espiritual:** facilitar el crecimiento en la capacidad del paciente para identificarse, conectar y acudir a la fuente de significado, objetivo, comodidad, fortaleza y esperanza en su vida

**Gestión del dolor:** aliviar el dolor o reducirlo hasta un nivel de comodidad aceptable para el paciente

**Gestión del entorno: comodidad:** manipulación del entorno del paciente para la promoción de la comodidad óptima

**Infundir esperanza:** facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada

**Mejorar la autoconciencia:** ayudar al paciente a explorar y comprender sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamientos

**Toque terapéutico:** entrar en sintonía con el campo de curación universal, intentar actuar como un instrumento de influencia curativa y usar la sensibilidad natural de las manos para enfocar y dirigir con suavidad el proceso de intervención

C

## Actividades de enfermería

### Antes de administrar el toque terapéutico

- Obtener privacidad
- Obtener el permiso del paciente para usar el toque terapéutico
- Hacer que el paciente se siente o tumbado en posición relajada con el cuerpo alineado
- Indicar al paciente que cierre los ojos y respire regular y lentamente
- *(NIC) Toque terapéutico:*
  - Enfocar la consciencia sobre el yo interior
  - Centrarse en la intención de facilitar la plenitud y la sanación a todos los niveles de consciencia

### Valoración

- *NIC (Toque terapéutico):*
  - Colocar las manos a una distancia de entre 2,5 y 5 cm del cuerpo del paciente
  - Comenzar la evaluación pasando las manos lenta y suavemente por la mayor parte del cuerpo del paciente que sea posible, de cabeza a pies y de delante a atrás
  - Observar la pauta general del flujo de energía, especialmente cualquier área de trastorno, como congestión o desigualdad, que puede percibirse por medio de pistas muy sutiles en las manos, como cambios de temperatura, hormigueos u otras sutiles sensaciones de movimiento
  - [Tras el tratamiento] fijarse en si el paciente ha experimentado una reacción de relajación y en todos los desenlaces relacionados
- Pedir al paciente que dé su opinión durante el procedimiento

### Tratamiento

- Centrarse completamente en el paciente, con amor y compasión incondicionales y con la intención de ayudarlo
- Al trabajar en el área de la cabeza o para aquellos que pudieran resultar sensibles, como las personas con enfermedades mentales, ancianos o lactantes prematuros, debe usarse el toque terapéutico con suavidad y únicamente durante breves periodos
- Usar toque y masaje real, según sea necesario
- Proporcionar un periodo de descanso al paciente tras el tratamiento
- (NIC) *Toque terapéutico:*
  - Centrar la intención en facilitar la simetría y la sanación en las áreas con trastornos
  - Comenzar moviendo las manos en movimientos muy suaves hacia abajo en el campo de energía del paciente, pensando en él como en un todo unitario y facilitando un flujo de energía abierto y equilibrado
  - Continuar el tratamiento muy suavemente facilitando el flujo de energía sanadora en áreas de trastorno
  - Terminar cuando se considere que ha tenido lugar la cantidad de cambio adecuada; por ejemplo, entre uno y dos minutos para un lactante, entre cinco y siete minutos para un adulto, teniendo en cuenta la importancia de la suavidad

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar el toque terapéutico a los miembros de la familia
- Enseñar al paciente ejercicios de respiración profunda para contribuir a su relajación
- Enseñar al paciente a usar la imaginación simple dirigida en combinación con el tratamiento del toque terapéutico

#### En el domicilio

- Colaborar con la familia para proporcionar un espacio en el cual administrar el toque terapéutico

#### Bebés y niños

- El toque terapéutico es inocuo para los niños e incluso se usa para lactantes prematuros
- Debe usarse suavemente y durante uno a dos minutos por tratamiento

#### Personas mayores

- El toque terapéutico puede resultar efectivo en el alivio de la ansiedad y de la agitación en pacientes con demencia

## CAPACIDAD, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA (2006)

C

**Definición:** participación consciente en un cambio que es suficiente para el bienestar y que puede reforzarse.

### Características definitorias

Muestra disposición para mejorar lo siguiente:

- Capacidad
- Conocimientos de los posibles cambios que se deben realizar
- Conocimientos para participar en el cambio
- Identificación de las selecciones que pueden realizarse para lograr el cambio
- Implicación en la creación del cambio
- Libertad para llevar a cabo las acciones necesarias para el cambio
- Participación en elecciones para la salud y la vida diaria

**IMPORTANTE:** aunque la capacidad (una respuesta) y la capacitación (una técnica de intervención) son conceptos diferentes, la bibliografía relacionada con ambos términos apoya las características definitorias de este diagnóstico.

### Sugerencias de uso

Ninguna

### Otros posibles diagnósticos

- Esperanza, disposición para mejorar la
- Impotencia, riesgo de
- Manejo del régimen terapéutico, disposición para mejorar el
- Toma de decisiones, disposición para mejorar la

### Resultados NOC

Aún no se han vinculado resultados NOC a este diagnóstico; se pueden emplear los siguientes:

- Autonomía personal:** acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones que toma en su vida
- Creencias sobre la salud: capacidad percibida de actuar:** convicción personal de que uno puede llevar a cabo un determinado comportamiento sobre la salud
- Creencias sobre la salud: control percibido:** convicción personal de que uno puede influir en los resultados relativos a la salud
- Creencias sobre la salud:** convicciones personales que influyen en los comportamientos sobre la salud
- Creencias sobre la salud: recursos percibidos:** convicción personal de que uno posee los medios adecuados para llevar a cabo un comportamiento relativo a la salud
- Esperanza:** optimismo que es satisfactorio desde el punto de vista personal y supone una ayuda en el día a día

**Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria:** implicación personal en la selección y evaluación de las opciones de asistencia sanitaria para alcanzar los resultados deseados

## C

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra creencias sobre la salud; creencias sobre la salud: capacidad percibida de actuar, control percibido y recursos percibidos; esperanza; participación: decisiones sobre asistencia sanitaria; y autonomía personal (especificar el nivel: 1-5)
- Muestra **participación: decisiones sobre asistencia sanitaria**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Identifica las prioridades de los resultados sobre la salud
  - Emplea técnicas de resolución de problemas para alcanzar los resultados deseados
  - Establece sus preferencias en cuanto a la asistencia

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Identificar acciones que se encuentren bajo su control

### Intervenciones NIC

Aún no se han vinculado intervenciones NIC a este diagnóstico; sin embargo, las intervenciones siguientes pueden resultar útiles.

**Apoyo en la toma de decisiones:** ofrecimiento de información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre asistencia sanitaria

**Clarificación de valores:** asistencia a otra persona para clarificar sus propios valores con el fin de permitirle tomar una decisión de manera eficaz

**Educación sanitaria:** desarrollo y ofrecimiento de instrucciones y experiencias para facilitar la adaptación voluntaria del comportamiento para mejorar la salud de los individuos, familias, grupos o comunidades

**Fijar objetivos conjuntos:** colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de salud y, a continuación, desarrollo de un plan para alcanzar dichos objetivos

**Infundir esperanza:** fomento del desarrollo de una perspectiva positiva con respecto a una situación determinada

**Orientación sobre el sistema sanitario:** ofrecimiento de ayuda para la ubicación y el uso por parte del cliente de los sistemas sanitarios adecuados

**Promoción de la participación de la familia:** promoción de la participación familiar en el cuidado emocional y físico del paciente

### Actividades de enfermería

Véase el apartado actividades de enfermería de impotencia, en las págs. 373-375.

## CAPACIDAD ADAPTATIVA INTRACRANEAL, DISMINUCIÓN DE LA

(1994)

C

**Definición:** los mecanismos dinámicos de los líquidos intracraneales que normalmente compensan los aumentos del volumen intracraneal están comprometidos, provocando elevaciones desproporcionadas y repetidas de la presión intracraneal (PIC) en respuesta a distintos estímulos dolorosos y no dolorosos.

### Características definatorias

#### Objetivas

Alteración de la prueba de respuesta volumen/presión (cociente volumen/presión >2; tener en cuenta el índice presión-volumen <10)  
Aumento desproporcionado de la PIC por estímulos ambientales simples o manipulaciones de enfermería  
Aumentos repetidos de la PIC, superiores a 10 mmHg, que persisten durante más de cinco minutos después de un estímulo externo  
Elevación de la onda P<sub>2</sub> de la PIC  
Ondas de la PIC de gran amplitud  
PIC basal ≥10 mmHg

### Factores relacionados

Disminución de la presión de perfusión cerebral (" 50-60 mmHg)  
Elevación sostenida de la PIC ≥10-15 mmHg  
Hipotensión sistémica con hipertensión intracraneal  
Traumatismos craneoencefálicos

### Sugerencias de uso

Este diagnóstico requiere intervención de médicos y enfermeras. La mayor parte de los cuidados de enfermería estará determinada por el protocolo de la institución. Por tanto, este diagnóstico podría establecerse mejor como un problema secundario (p. ej., posibles complicaciones de los traumatismos craneales: hipertensión intracraneal).

### Otros posibles diagnósticos

Perfusión tisular (cerebral), ineficaz, alteración de la

### Resultados NOC

**Control de estados convulsivos:** acciones personales destinadas a reducir o minimizar las convulsiones

**Estado neurológico:** capacidad del sistema nervioso central y periférico de recibir, procesar y responder a los estímulos, internos y externos

**Estado neurológico: conciencia:** nivel de alerta, orientación y atención al entorno

**Perfusión tisular: cerebral:** flujo sanguíneo adecuado en la vascularización cerebral para mantener la función cerebral

### C **Objetivos/criterios de evaluación**

**IMPORTANTE:** las actividades de enfermería por sí mismas no pueden conseguir los siguientes resultados.

#### Ejemplos con los términos NOC

- Manifiesta que ha aumentado la *capacidad adaptativa intracraneal*, demostrada por estado neurológico y estado neurológico: conciencia, control de las convulsiones
- Demuestra **estado neurológico**, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido):
  - Tamaño y reactividad pupilar
  - Comunicación adecuada para la situación
  - Patrón respiratorio
  - Presión arterial
  - Presión intracraneal
  - Función sensitiva y motora de la médula
  - Función sensitiva y motora central

#### Otros ejemplos

- La presión de perfusión cerebral será  $\geq 70$  mmHg (en adultos) con menos de cinco episodios anormales en 24 horas
- La PIC se estabilizará en cuatro o menos episodios de ondas anormales en 24 horas

#### Intervenciones NIC

**Control y seguimiento neurológico:** recopilación y análisis de datos del paciente para prevenir o minimizar posibles complicaciones neurológicas

**Gestión de ataques convulsivos:** cuidados a un paciente durante una convulsión y en el periodo postcrítico

**Gestión del edema cerebral:** limitar lesiones cerebrales secundarias al edema del tejido cerebral

**Mejora de la perfusión cerebral:** promoción de una perfusión adecuada y limitación de las complicaciones en un paciente con perfusión cerebral inadecuada o riesgo de sufrirla

**Monitorización de la presión intracraneal:** medición e interpretación de los datos del paciente para regular la presión intracraneal

**Prevención de lesiones ante ataques convulsivos:** prevención o minimización de las posibles lesiones que puede sufrir un paciente con antecedentes conocidos de epilepsia

**Vigilancia:** recogida, interpretación y síntesis de datos del paciente, continuas y con un fin, para tomar decisiones clínicas

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Monitorizar la PIC y la presión de perfusión cerebral continuamente, con las alarmas de los monitores encendidas
- Explorar el estado neurológico a intervalos regulares (p. ej., constantes vitales; tamaño pupilar, forma, respuesta a la luz, isocoria; conciencia/estado mental; respuesta al dolor; capacidad de obedecer órdenes; simetría de la respuesta motora; reflejos como el de Babinski, parpadeo, tos y reflejo nauseoso)
- Registrar qué maniobras provocan cambios en las ondas de la PIC (p. ej., cambio de posición, aspiración)
- Determinar las constantes vitales y el ritmo cardiaco basales y vigilar posibles cambios de los mismos durante y después de una actividad
- *(NIC) Monitorización de la presión intracraneal (PIC):*
  - Verificar la ausencia de burbujas en los tubos de presión
  - Vigilar la cantidad y velocidad del drenaje de líquido cefalorraquídeo
  - Controlar los fluidos administrados y excretados
  - Vigilar el lugar de inserción del catéter, buscando una posible infección
  - Controlar la temperatura y el hemograma
  - Comprobar si el paciente presenta rigidez en la nuca

C

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar al cuidador los signos indicativos de una PIC elevada (p. ej., variaciones en la coordinación ocular, aumento de la frecuencia de convulsiones, inquietud, alteraciones del habla). **IMPORTANTE:** estos signos son específicos para cada paciente, dependiendo de la causa subyacente a la hipertensión intracraneal (p. ej., traumatismo, hidrocefalia).
- Comunicar al cuidador las situaciones concretas que aumentan la PIC en esa persona (p. ej., dolor, ansiedad); comentar las intervenciones más apropiadas

### Actividades auxiliares

- Iniciar los protocolos de la institución para reducir la PIC (p. ej., el plan puede incluir ventriculostomía para drenar líquido cefalorraquídeo)
- Seguir los protocolos para mantener la presión arterial sistémica apropiada para que la presión de perfusión cerebral sea siempre  $\geq 70$  mmHg
- *(NIC) Monitorización de la presión intracraneal (PIC):*
  - Avisar al médico cuando la elevación de la PIC no responda a los protocolos terapéuticos
  - Administrar fármacos para mantener la PIC en el intervalo requerido
  - Administrar antibióticos
  - Mantener una hiperventilación controlada, si está prescrita

### Otras

- No utilizar el accesorio de la cama que flexiona las rodillas; evitar la flexión de  $90^\circ$  de las caderas

C

- Interrumpir aquellas actividades (como aspiración) que provoquen *disminución de la capacidad adaptativa intracraneal*
- Limitar la duración de procedimientos y cuidados; permitir que se recupere la PIC basal entre actividades dolorosas como la aspiración
- Enseñar a aquellos pacientes que realicen maniobras de Vasalva que la espiración sea por la boca, si son capaces de seguir instrucciones
- Tocar y hablar al paciente con delicadeza
- Aspirar sólo si es necesario, no por profilaxis
- Si es preciso aspirar, oxigenar previamente, no hiperventilar, y utilizar sólo uno o dos pases de catéter; administrar lidocaína intratraqueal, según protocolo, para reducir el riesgo de tos
- Permitir visitas de la familia
- (NIC) *Monitorización de la presión intracraneal (PIC)*
  - Calibrar y nivelar el transductor
  - Inmovilizar al paciente si es preciso
  - Cambiar el transductor y el sistema de lavado
  - Cambiar y/o reforzar los apósitos del lugar de inserción, según se precise
  - Colocar al paciente con la cabeza levantada a 30-45° y con el cuello en una posición neutra (con la ayuda de bolsas de arena, almohadas pequeñas o toallas enrolladas)
  - Minimizar los estímulos ambientales (p. ej., ruidos, procedimientos dolorosos)
  - Espaciar los cuidados de enfermería para minimizar la elevación de la PIC
  - Mantener la presión arterial sistémica dentro del intervalo especificado

---

## COMUNICACIÓN, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA

(2002)

**Definición:** patrón de intercambio de información e ideas con otros que es suficiente para satisfacer las necesidades personales y los objetivos vitales, y puede fortalecerse.

### Características definatorias

#### Subjetivas

Expresa estar satisfecho respecto a la capacidad de compartir información e ideas con otros

#### Objetivas

Capacidad de hablar o escribir un idioma

Expresión de pensamientos y sentimientos

Expresión del deseo de mejorar la comunicación

Formación de palabras, expresiones y frases

Utilización e interpretación de la información no verbal adecuadamente

## Sugerencias de uso

Como éste es un diagnóstico de bienestar, no es necesario determinar una etiología (es decir, factores de riesgo). Si se presenta una situación en la que existen riesgos para una comunicación eficaz, utilizar *riesgo de trastorno de la comunicación verbal*.

C

## Otros posibles diagnósticos

Comunicación verbal, riesgo de trastorno de la

## Resultados NOC

**Capacidad de comunicación:** recepción, interpretación y expresión de mensajes hablados, escritos y no verbales

**Comunicación: capacidad expresiva:** expresión de mensajes con sentido, verbales y no verbales

**Comunicación: capacidad receptiva:** recepción e interpretación de mensajes verbales y no verbales

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **capacidad de comunicación**, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o no comprometido):
  - Uso de lenguaje escrito, hablado y no verbal
  - Uso del lenguaje de signos
  - Uso de fotografías y dibujos
  - Reconocimiento de los mensajes recibidos
  - Intercambio de mensajes con otros de forma precisa

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Referir que ha mejorado su capacidad de comunicación verbal
- Referir que ha mejorado su comunicación no verbal

## Intervenciones NIC

**Adiestramiento de la asertividad:** ayudar a la expresión eficaz de sentimientos, ideas y necesidades, respetando al mismo tiempo los derechos de los otros

**Establecer relaciones complejas:** establecer una relación terapéutica con un paciente que tiene dificultades para interactuar con los demás

**Fomento de la comunicación: déficit auditivo:** ayudar a aceptar y aprender métodos alternativos para vivir con una audición disminuida

**Fomento de la comunicación: déficit del habla:** ayudar a aceptar y aprender métodos alternativos para vivir con un trastorno del habla

**Fomento de la socialización:** facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros

**Reducción de la ansiedad:** minimizar la aprensión, el miedo, anticipación o malestar relacionados con un peligro anticipado de origen desconocido

### C Actividades de enfermería

En general, las actividades de enfermería en este diagnóstico se centran en la valoración de la comunicación presente y las áreas que el paciente desea mejorar; establecer una buena relación enfermera-paciente; implantar una buena comunicación, y proporcionar refuerzos

#### Valoración

- Evaluar la claridad y eficacia de los mensajes verbales
- Valorar posibles obstáculos a la asertividad (p.ej., nivel cultural)
- Determinar las áreas en las que el paciente desea mejorar su comunicación (p. ej., verbal, no verbal, escrita)

#### Educación del paciente y la familia

- Enseñar la diferencia entre asertividad y agresividad
- Practicar conductas asertivas
- Enseñar estrategias de asertividad (p. ej., decir “no” adecuadamente, inicio y fin de las conversaciones, pedir algo)

#### Otras

- Demostrar interés por el paciente
- Animarle a expresar ideas y sentimientos, tanto positivos como negativos
- Preguntarle y comentar lo que responde para mejorar la claridad de los mensajes, verbales y no verbales
- Elogiar la mejoría de su comunicación
- Ayudarle a planificar ocasiones para practicar técnicas de comunicación

### En el domicilio

Véase trastorno de la comunicación verbal

#### Personas mayores

- Tener en cuenta la posibilidad de que existan problemas de visión y audición que puedan impedir la mejoría de la comunicación. Derivar para su corrección, si es preciso.
- Utilizar técnicas para mejorar la autoestima y el autocuidado
- Tener en cuenta la incidencia de depresión en las personas mayores; valorar el estado de ánimo
- Comunicarse tocando al paciente, según sea adecuado y aceptable para él

---

## COMUNICACIÓN VERBAL, TRASTORNO DE LA

(1983, 1996, 1998)

C

**Definición:** disminución, retraso o ausencia de la capacidad de percibir, procesar, transmitir y utilizar un sistema de símbolos [cualquier elemento que tenga o transmita significado].

### Características definitorias

#### Objetivas

Ausencia de contacto ocular o dificultades de atención selectiva  
Déficit visual parcial o total  
Desorientación en las tres esferas (persona, espacio y tiempo)  
Dificultades para comprender y mantener el patrón de comunicación habitual  
Dificultades para expresar pensamientos verbalmente (p. ej., afasia, disfasia, apraxia, dislexia)  
Dificultades para formar palabras o frases (p. ej., afonía, dislalia, disartria)  
Dificultades para pronunciar  
Disnea  
Habla o verbaliza con dificultad  
Incapacidad o dificultad para utilizar expresiones faciales y corporales  
Incapaz de hablar el idioma del cuidador  
No habla o no puede hacerlo  
Rechazo voluntario a hablar  
Tartamudeo  
Verbalización inadecuada

### Factores relacionados

Alteración de la autoestima o del concepto de sí mismo  
Alteración de la circulación cerebral  
Alteración del sistema nervioso central  
Alteraciones sensorio-perceptivas  
Ausencia de personas significativas  
Barreras ambientales  
Barreras físicas (p. ej., traqueostomía, intubación)  
Barreras psicológicas (p. ej., psicosis, ausencia de estimulación)  
Debilitamiento del sistema neuromuscular  
Defecto anatómico (p. ej., paladar hendido, alteración del sistema neuromuscular, visual, auditivo o fonador)  
Diferencias culturales  
Diferencias relacionadas con la edad del desarrollo  
Efectos secundarios de medicamentos  
Estrés  
Falta de información  
Trastornos emocionales

Trastornos fisiológicos  
Tumor cerebral

### C Sugerencias de uso

Utilizar este diagnóstico para aquellos pacientes que desean comunicarse pero tienen dificultades para hacerlo. Si los problemas de comunicación están causados por enfermedades psiquiátricas o dificultades de afrontamiento, los diagnósticos de *temor*, *ansiedad* o *alteración de los procesos de pensamiento* podrían ser más adecuados. Debe tenerse en cuenta que los problemas de comunicación pueden ser receptivos (p. ej., dificultades para oír) además de expresivos (p. ej., dificultades para hablar)

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento defensivo  
Ansiedad  
Autoestima crónica o situacional, baja  
Procesos de pensamiento, alteración de los  
Sensoperceptivas (visuales, auditivas), alteraciones  
Temor

### Resultados NOC

**Capacidad de comunicación:** recepción, interpretación y expresión de mensajes hablados, escritos y no verbales

**Comunicación: capacidad expresiva:** expresión de mensajes con sentido, verbales y no verbales

**Comunicación: capacidad receptiva:** recepción e interpretación de mensajes verbales y no verbales

**Procesamiento de la información:** capacidad para adquirir, organizar y utilizar información

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **capacidad de comunicación**, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o no comprometido):
  - Uso de lenguaje escrito, hablado y no verbal
  - Uso del lenguaje de signos
  - Uso de fotografías y dibujos
  - Reconocimiento de los mensajes recibidos
  - Intercambio de mensajes con otros de forma precisa

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Comunicar sus necesidades a los profesionales y su familia con mínima frustración

- Comunicar su satisfacción respecto a las formas alternativas de comunicación

### Intervenciones NIC

**Adiestramiento de la memoria:** facilitar la memoria

**Escucha activa:** atender cuidadosamente y dar un significado a los mensajes de un paciente, verbales y no verbales

**Fomento de la comunicación: déficit auditivo:** ayudar a aceptar y aprender métodos alternativos para vivir con una audición disminuida

**Fomento de la comunicación: déficit del habla:** ayudar a aceptar y aprender métodos alternativos para vivir con un trastorno del habla

**Fomento de la comunicación: déficit visual:** ayudar a aceptar y aprender métodos alternativos para vivir con una visión disminuida

**Reducción de la ansiedad:** minimizar la aprensión, el miedo, la anticipación o el malestar relacionados con un peligro anticipado de origen desconocido

C

### Actividades de enfermería

En general, las actividades de enfermería en este diagnóstico se centran en la valoración de la comunicación presente y las áreas que el paciente desea mejorar; establecer una buena relación enfermera-paciente; implantación de una buena comunicación; proporcionar refuerzos, y adiestramiento de la memoria

### Valoración

Evaluar al paciente y registrar:

- Su lenguaje principal
- La capacidad de hablar, oír, escribir, leer y entender
- La capacidad de comunicarse con los profesionales y con su familia
- La respuesta cuando se le toca, distancia espacial, cultura, y roles masculinos y femeninos que podrían afectar a la comunicación

### Educación del paciente y la familia

- Explicar al paciente por qué no puede hablar o entender, si es preciso
- Explicar al paciente con déficit auditivo que los sonidos se perciben de otra manera con un audífono
- (NIC) *Fomento de la comunicación: déficit del habla:*  
Instruir al paciente y a la familia en el uso de ayudas para el habla (p. ej., prótesis traqueoesofágica y laringe artificial)  
Enseñar a hablar con el esófago, si es preciso

### Actividades auxiliares

- Consultar con el médico la necesidad de logopedia
- Ayudar al paciente y a su familia a encontrar recursos para audífonos
- Consultar con un logopeda o con otros profesionales, si es preciso
- (NIC) *Fomento de la comunicación: déficit del habla:*  
Utilizar un intérprete, si es necesario

Reforzar la necesidad de acudir a las citas de seguimiento con el logopeda tras el alta hospitalaria

## C Otras

- Ayudar al paciente a localizar un teléfono para personas con déficit auditivo
- Animarle a que asista a encuentros de grupos para establecer contactos interpersonales, especificar el grupo
- Favorecer visitas frecuentes de la familia para estimular la comunicación
- Animar al paciente a comunicarse despacio y repetir lo que solicita
- Reforzar positiva y frecuentemente los esfuerzos del paciente por comunicarse
- Reforzar toda expresión del paciente que proporcione información a los profesionales y a la familia
- Establecer contactos regulares únicamente con el paciente
- Utilizar tarjetas, papel y lápiz, gestos, fotos, listas de vocabulario de otros idiomas, ordenadores y demás, para facilitar la comunicación
- Hablar despacio, claramente y con calma, mirando al paciente
- Cuando se habla a un paciente con déficit auditivo, asegurarse de que la boca propia está a la vista, no fumar, hablar con la boca llena ni mascar chicle
- Atraer la atención del paciente que no oye tocándole
- Dar instrucciones claras y sencillas, evitar propuestas abrumadoras que puedan sumarse a la confusión del paciente. Por ejemplo, tomar al paciente del brazo, diciéndole: “Ahora camine conmigo”
- Implicar al paciente y a la familia en la elaboración de un plan de comunicación
- Proporcionar los cuidados de una forma relajada, tranquila y sin juzgar
- Proporcionar continuidad en la asignación de enfermeras para establecer confianza y disminuir la frustración
- Asegurar al paciente que la frustración y la ira son aceptables y esperables
- Utilizar a la familia y a las personas cercanas o al traductor del hospital, si es preciso; registrar el nombre, número de teléfono y relación con el paciente en el plan de cuidados
- (NIC) *Fomento de la comunicación: déficit del habla:*
  - Abstenerse de gritar a los pacientes con trastornos de la comunicación
  - Mantener conversaciones unidireccionales, si es preciso
  - Escuchar con atención

### En el domicilio

- Valorar cómo afecta el déficit de comunicación a los roles y el funcionamiento familiar
- Animar a la familia a incluir al paciente en las actividades familiares siempre que sea posible

### Bebés y niños

- Basar la comunicación en el estadio de desarrollo del niño
- Observar de qué forma se comunica el niño (p. ej., escritura, juego, expresiones faciales)
- Enseñar al niño otras formas de comunicarse (p. ej., apuntando con el dedo)
- Derivar a los niños a logopedia, si es preciso
- Enseñar a los padres la importancia de utilizar la comunicación visual y táctil con los niños sordos

C

### Personas mayores

- No hablarles como si fueran bebés o niños
- Para pacientes con déficits auditivos:
  - Determinar si se ha evaluado la audición del paciente
  - Animar a la persona a utilizar audífonos, si los tiene
- Tocar al paciente, si resulta aceptable culturalmente

## CONDUCTA DEL LACTANTE, POTENCIAL DE MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN DE LA

(1994)

**Definición:** modelo de modificación de los sistemas de comportamiento y fisiológicos (p. ej., sistemas autónomo, motor, organizativo, autorregulador y de atención-interacción) en un lactante que resulta satisfactorio, pero que puede mejorarse.

### Características definatorias

#### Objetivas

Algunos comportamientos de autorregulación  
Estados claros de sueño-vigilia  
Medidas fisiológicas estables  
Respuesta a estímulos (p. ej., visuales y sonoros)

### Factores relacionados

Dolor  
Prematuridad

### Sugerencias de uso

Al tratarse de un diagnóstico de bienestar, no son necesarios factores relacionados para el establecimiento del diagnóstico.

## Otros posibles diagnósticos

Conducta desorganizada del lactante, riesgo de

### C Resultados NOC

**Adaptación del recién nacido:** respuesta adaptativa al entorno extrauterino por parte de un recién nacido fisiológicamente maduro durante los primeros 28 días

**Desarrollo del niño: un mes, dos meses y cuatro meses:** hitos del progreso físico, cognitivo y psicosocial a la edad de un mes, dos meses y cuatro meses [**IMPORTANTE:** los resultados NOC se muestran por separado para cada grupo de edad.]

**Sueño:** suspensión natural periódica de la consciencia durante la cual el organismo se restaura

### Objetivos/criterios de evaluación

Véase el apartado objetivos/criterios de evaluación correspondiente a conducta desorganizada del lactante en las págs. 174-175.

### Ejemplos con los términos NOC

- No muestra retrasos con respecto al rango previsto en **desarrollo del niño (uno, dos y cuatro meses)** [**IMPORTANTE:** véase información pediátrica o sobre el desarrollo infantil o un manual NOC para obtener ejemplos específicos de crecimiento y desarrollo normales en cada grupo de edad]

### Otros ejemplos

El lactante será capaz de:

- No mostrar síndrome de dificultad respiratoria neonatal
- Presentar niveles normales de glucosa en sangre
- Mostrar un neurocomportamiento normal en todos los sistemas
- No mostrar comportamientos compensatorios anormales o que indiquen una mala adaptación
- Emplear la posición de retención o disipación del calor indicada
- Mostrar un patrón, una cantidad y una calidad de sueño normales
- Mostrarse despierto en el horario adecuado

### Intervenciones NIC

**Cuidado del lactante:** suministro de cuidados a lactantes de menos de un año centrados en la familia y adecuados en cuanto al desarrollo

**Cuidado del recién nacido:** gestión del recién nacido durante la transición a la vida extrauterina y el posterior periodo de estabilización

**Chequeo sanitario:** detección de riesgos o problemas para la salud mediante el historial, una revisión u otros procedimientos

**Fomento del desarrollo:** estructuración del entorno y suministro de cuidados ante estados e impulsos de comportamiento del lactante prematuro

**Gestión del dolor:** alivio del dolor o reducción del dolor hasta un nivel confortable que el paciente pueda soportar

**Mejorar el sueño:** facilitación de ciclos regulares de sueño-vigilia

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Controlar el patrón y la cantidad de sueño del lactante
- Evaluar la capacidad de regular todos los sistemas físicos y de comportamiento (p. ej., cardíaco, respiratorio, estados de sueño-vigilia, interacciones recíprocas, autorregulación)

C

### Educación del paciente y la familia

- Indicar a la familia medidas para promover el sueño (p. ej., comportamientos reconfortantes, cambios en el estilo de vida, horarios fijos)
- Comprobar las necesidades de desarrollo de los lactantes (p. ej., estimulación, requisitos de sueño)
- Ayudar a los progenitores a identificar los signos de sobreestimulación y estrés del lactante
- Crear un modelo de conducta y enseñar a los progenitores a ofrecer estímulos diarios adaptados a la edad en los ámbitos auditivo, visual, táctil, vestibular y gustativo; a continuación, se muestran algunos ejemplos:
  - Auditivo:* música clásica; voces melódicas, con tonos altos
  - Visual:* colocación cara a cara con contacto visual; juguetes y juguetes móviles con contraste de colores negro, blanco y rojo
  - Táctil:* contacto de la piel del lactante con otra piel; masaje; tacto suave y firme
  - Vestibular:* mecimiento
  - Gustativo:* chupete, succión de dedos (succión no nutritiva)
- Explicar que el estímulo de desarrollo debería producirse cuando el lactante esté alerta
- Enseñar a los progenitores a suministrar estímulos de desarrollo frecuentemente y durante periodos cortos en lugar de largos
- Crear un modelo de conducta y enseñar a los progenitores a tocar con suavidad al lactante; emplear un tono de voz melódico y suave; y mirarse mutuamente
- Enseñar a los progenitores a responder a todas las vocalizaciones del lactante

### Actividades auxiliares

- Planificar medicación y tratamientos para mejorar el patrón de sueño del lactante
- Propugnar políticas que permitan a otros familiares estar presentes siempre que lo deseen

### Otras

- Adaptar el entorno (p. ej., luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para promover el sueño
- Mantener las rutinas de tiempo de sueño habituales del lactante (p. ej., balanceo, chupete)

- Emplear masajes, posiciones y tacto para relajar al lactante y promover el sueño
- Planificar los tratamientos para minimizar las interferencias con el sueño del lactante (permitir un ciclo de al menos 90 minutos)
- Promover los comportamientos autorreguladores del lactante (p. ej., movimientos para llevar la mano a la boca, succión de dedos, flexión de extremidades) para reaccionar ante los estímulos del entorno
- *(NIC) Fomento del desarrollo*
  - Ayudar a los progenitores a planificar cuidados que respondan a los estados e impulsos del lactante
  - Ofrecer espacio para los progenitores en la unidad y junto a la cama del lactante
  - Ofrecer una silla cómoda en una zona tranquila para las tomas
  - Establecer rutinas coherentes y predecibles para promover un ciclo de sueño-vigilia regular
  - Promover las actividades autorreguladoras del lactante (p. ej., llevar la mano a la boca, succión, uso de estímulos visuales o auditivos)
  - Alterar la luz del entorno para crear un ritmo diurno
  - Controlar el tiempo del cuidado y las tomas del lactante durante el ciclo de sueño-vigilia
  - Ayudar a los progenitores a acostumbrarse al lactante en un entorno confortable y relajante

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores son adecuadas para los cuidados en el domicilio

---

## CONDUCTA DESORGANIZADA DEL LACTANTE

(1994, 1998)

**Definición:** respuestas fisiológicas y neuroconductuales no integradas de un niño a su entorno.

### Características definitorias

#### *Problemas reguladores*

Incapacidad para inhibir la sorpresa  
Irritabilidad

#### *Sistema de organización-estado*

Activo-despierto (mirada preocupada, inquieta)  
Llanto irritable

Silencio-despierto (mirada fija, aversión de la mirada)  
Sueño difuso, oscilación del estado

#### *Sistema de atención-interacción*

Respuesta anómala a los estímulos sensoriales, como dificultad para calmarse o incapacidad para mantener un estado de alerta

C

#### *Aparato motor*

Arritmias  
Aumento, descenso o caída del tono motor  
Hiperextensión de brazos y piernas  
[Movimientos descoordinados, convulsos, nerviosos]  
Reflejos primitivos alterados  
Separación de dedos, colocación en puños o manos al rostro  
Temblores, sorpresas, torsiones

#### *Fisiológicas*

Bradiapnea, taquiapnea, apnea  
Bradycardia, taquicardia o arritmias  
Color pálido, cianótico, moteado o ruborizado  
Desaturación  
Intolerancias alimentarias (aspiración o emesis)  
Lectura del oxímetro: desaturación  
Señales de “pausa”, como mirada fija, agarre, hipo, tos, estornudos, suspiro, flojera de mandíbula, apertura de boca, caída de lengua

### **Factores relacionados**

#### *Prenatales*

Exposición teratógena  
Trastornos congénitos o genéticos

#### *Posnatales*

Desnutrición  
Dolor  
Intolerancia alimentaria  
Prematuridad  
Problemas bucales o motores  
Procedimientos invasivos

#### *Individuales*

Edad gestacional  
Edad posconceptual  
Enfermedad  
Sistema neurológico inmaduro

#### *Medioambientales*

Falta de contención en el entorno  
Inadecuación del entorno físico  
Inadecuación sensorial  
Privación sensorial  
Sobreestimulación sensorial

### Cuidador

Contribución de la estimulación del entorno  
Déficit de conocimiento sobre las pistas indicadoras  
Lectura errónea de las pistas indicadoras

C

### Sugerencias de uso

La utilidad de este diagnóstico es mayor para los lactantes, especialmente los prematuros, en las unidades de cuidados intensivos neonatales. El desarrollo neurológico inmaduro y el aumento o la negatividad de los estímulos del entorno crean una situación en la que el lactante debe usar la energía para la adaptación en lugar de para el crecimiento y el desarrollo.

### Otros posibles diagnósticos

Conducta desorganizada del lactante, riesgo de  
Crecimiento y desarrollo, alteración del  
Termorregulación ineficaz

### Resultados NOC

**Desarrollo del niño: un mes y dos meses:** hitos de progreso físico, cognitivo y psicosocial a un mes y dos meses de edad [**IMPORTANTE:** NOC los lista por separado para cada grupo de edad].

**Estado neurológico:** capacidad de los sistemas nerviosos periférico y central para recibir, procesar y responder a los estímulos internos y externos

**Organización del niño prematuro:** integración extrauterina de las funciones fisiológica y conductual del lactante nacido tras una gestación de 24 a 37 semanas (a término)

**Sueño:** suspensión periódica natural de la consciencia durante la cual se recupera el cuerpo

**Termorregulación, neonato:** equilibrio entre la producción, ganancia y pérdida de calor durante los primeros 28 días de vida

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **estado neurológico**, según se pruebe mediante los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: gravemente, de forma sustancial, de forma moderada, ligeramente o en absoluto en peligro)
  - Conciencia, control motor central, función sensorial o motora craneal, función medular sensorial o motora, y función autónoma
  - Pauta respiratoria
  - Pauta de descanso-sueño
- La **termorregulación** no está comprometida, según lo prueban los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: grave, sustancial, moderado, ligero o ninguno)
  - Aumento de la temperatura cutánea
  - Reducción de la temperatura corporal

Cambios en la coloración de la piel  
 Hipertermia e hipotermia  
 Temblor muscular

C

### Otros ejemplos

Los lactantes serán capaces de:

- No experimentar actividad convulsiva alguna
- No experimentar inquietud ni letargia
- Mostrar funcionamiento neuroconductual organizado en todos los aparatos y sistemas
- Utilizar termogenia sin escalofríos
- Demostrar la carencia de retrasos en el rango de desarrollo esperado: un mes (p. ej., sostiene la cabeza levantada unos instantes) y dos meses (p. ej., muestra cierto control de la cabeza en posición vertical). **IMPORTANTE:** debe consultarse un texto sobre desarrollo infantil o de pediatría para una lista completa de hitos de desarrollo para cada edad.
- Mostrar función muscular adecuada, como tono y contracción muscular, control, mantenimiento y velocidad del movimiento muscular

Los padres o el cuidador serán capaces de:

- Reconocer las pistas conductuales del niño que comunican tensión nerviosa
- Modificar el entorno en respuesta a las conductas del lactante
- Demostrar técnicas de manejo adecuadas para fomentar el desarrollo normal

### Intervenciones NIC

**Control y seguimiento neurológico:** recogida y análisis de los datos del paciente para impedir o minimizar las complicaciones neurológicas

**Cuidado del recién nacido:** gestión del neonato durante la transición a la vida extrauterina y el posterior periodo de estabilización

**Fomento del desarrollo:** estructurar el entorno y ofrecer cuidados en respuesta a los impulsos conductuales y estados del neonato prematuro

**Cuidados del lactante:** provisión de cuidados centrados en la familia y apropiados al desarrollo del niño menor de un año

**Gestión del entorno:** manipulación del entorno del paciente para beneficio terapéutico, atractivo sensorial y bienestar psicológico

**Mejorar el sueño:** facilitar unos ciclos de sueño-vigilia regulares

**Posición:** colocación deliberada del paciente o de una parte del cuerpo para promover el bienestar fisiológico y psicológico

**Regulación de la temperatura:** alcance o mantenimiento de la temperatura corporal en un rango normal

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Determinar si el lactante está alcanzando los hitos de desarrollo

- Monitorizar los signos de tensión nerviosa e inadaptación
- Identificar las conductas autorreguladoras del neonato, como succión, movimientos de mano a boca y otras
- Observar los factores del entorno externo que producen los efectos, como luces, manejo o ruido
- Evaluar los factores causantes internos, como dolor y hambre
- Controlar la pauta de sueño

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar a los padres las necesidades y destrezas del lactante
- Demostrar el manejo cuidadoso del bebé
- Establecer la respuesta apropiada a las pistas indicadoras conductuales del neonato
- Proporcionar a los padres información sobre el crecimiento y desarrollo normales
- Preparar a los padres para las destrezas necesarias para cuidar de un bebé prematuro, como alimentación o cuidados de la piel

### Otras

- Usar piel de cordero, cama de agua u otro colchón o almohadilla protectores para los neonatos que no toleran los cambios de posición frecuentes
- Animar a los padres a sostener al lactante y a participar en su cuidado en la medida de lo posible
- Proporcionar un cuidador consistente
- Ayudar a los padres a identificar las capacidades y limitaciones de su bebé
- Observar los signos de dolor e intervenir con rapidez para tratarlo o para eliminar los estímulos dolorosos; por ejemplo, administrar analgesia antes de los procedimientos dolorosos
- Espaciar las intervenciones y el manejo para permitir al lactante un sueño ininterrumpido de tres-cuatro horas de cada vez
- Colocar al neonato en una alineación corporal correcta
- Proporcionar límites durante todos los tratamientos y actividades, p. ej., envolviendo o sosteniendo cerca al bebé
- (NIC) *Gestión del entorno:*
  - Evitar la exposición innecesaria, corrientes, sobrecalentamiento o enfriamiento
  - Controlar o prevenir el ruido indeseable o excesivo, cuando sea posible
  - Reducir los estímulos del entorno según proceda; p. ej.: hablar en un tono suave al lado de la cama, limitar la conversación, abrir y cerrar la incubadora lentamente y con cuidado, no golpear la incubadora, colocar mantas enrolladas cerca de la cabeza del neonato para absorber el sonido, cubrir la incubadora o el calefactor durante los periodos de sueño

### En el domicilio

- Aunque este diagnóstico de enfermería resulta especialmente útil para los lactantes prematuros en UCIN, las intervenciones anteriores pueden adaptarse para su uso en la asistencia domiciliar después de que el lactante abandone el hospital.
- Evaluar el entorno doméstico para obtener un equilibrio de estímulos (como luz o sonido) que impida la sobrecarga y la privación sensorial
- Ayudar a los padres a encontrar grupos de apoyo a padres en la comunidad

C

## CONDUCTA DESORGANIZADA DEL LACTANTE, RIESGO DE

(1994)

**Definición:** riesgo de alteración en la integración y modulación de los sistemas fisiológicos y conductuales de funcionamiento, p. ej., sistemas autónomo, motor, de estado, organizativo, autorregulador e interacción-atención.

### Factores de riesgo

Dolor  
 Falta de contención en el entorno  
 Prematuridad  
 Problemas bucales o motores  
 Procedimientos invasivos o dolorosos  
 Sobreestimulación ambiental

### Sugerencias de uso

La utilidad de este diagnóstico es mayor para los lactantes, especialmente los prematuros, en las unidades de cuidados intensivos neonatales. El desarrollo neurológico inmaduro y el aumento o la negatividad de los estímulos del entorno crean una situación de riesgo en la que el lactante debe usar la energía para la adaptación en lugar de para el crecimiento y desarrollo.

### Otros posibles diagnósticos

Conducta del lactante: potencial de mejora de la organización de la  
 Conducta desorganizada del lactante  
 Crecimiento y desarrollo, alteración del  
 Crecimiento, riesgo de alteración del  
 Desarrollo, riesgo de alteración del  
 Termorregulación ineficaz

## Resultados NOC

**Desarrollo del niño: un mes, dos meses y cuatro meses:** hitos de progreso físico, cognitivo y psicosocial a un mes, dos meses y cuatro meses de edad [IMPORTANTE: NOC lista un resultado separado para cada grupo de edad]

**Organización del niño prematuro:** integración extrauterina de función fisiológica y conductual del lactante nacido tras una gestación de 24 a 37 semanas (a término)

## Objetivos/criterios de evaluación

Remitirse a los objetivos/criterios de evaluación para conducta desorganizada del lactante, en las págs. 174-175.

## Intervenciones NIC

**Control del recién nacido:** medida e interpretación del estado fisiológico del neonato durante las primeras 24 horas después del parto

**Cuidado del lactante:** provisión de cuidados centrados en la familia y apropiados al desarrollo del niño menor de un año

**Cuidado del recién nacido:** gestión del neonato durante la transición a la vida extrauterina y el posterior periodo de estabilización

**Educación paterna: niño pequeño:** proporcionar instrucción sobre la alimentación y los cuidados físicos necesarios durante el primer año de vida

**Fomento del desarrollo:** estructurar el entorno y ofrecer cuidados en respuesta a los impulsos conductuales y estados del neonato prematuro

**Gestión del entorno: proceso de acercamiento:** manipulación del entorno del paciente para facilitar el desarrollo de la relación entre progenitor y lactante

**Identificación de riesgos:** realizar el análisis de los posibles factores de riesgo, determinación de los riesgos para la salud y priorización de las estrategias de reducción de riesgos para una persona o grupo

**Posición:** colocación deliberada del paciente o de una parte de su cuerpo para promover el bienestar fisiológico y psicológico

**Vigilancia:** adquisición, interpretación y síntesis continua y decidida de los datos del paciente para la toma de decisiones médicas

## Actividades de enfermería

Consultar las actividades de enfermería para conducta infantil, desorganizada, págs. 348-349.

Las evaluaciones siguientes deben realizarse durante las 24 horas después del parto:

- *(NIC) Control del recién nacido:*

- Realizar el test Apgar uno y cinco minutos después del nacimiento

- Controlar la temperatura del neonato hasta que se estabilice

- Controlar la frecuencia y la pauta respiratorias

- Controlar el estado respiratorio, fijándose en signos de disnea: taquipnea, aleteo nasal, gruñidos, retracciones, ronquidos o crepitaciones

- Comprobar si sufre disnea, hipoglucemia y anomalías, si la madre sufre diabetes

Controlar el color del neonato  
Comprobar los signos de hiperbilirrubinemia  
Capacidad del neonato para la succión  
Controlar la primera comida del neonato  
Peso del neonato  
Registrar el primer vaciado y movimiento intestinal del neonato  
Cordón umbilical  
Controlar la respuesta de los neonatos masculinos a la circuncisión

C

---

## CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD, TENDENCIA A ADOPTAR\*

(1986, 1998, 2006)

**Definición:** incapacidad de modificar el estilo de vida o la conducta de forma coherente con un cambio en el estado de salud.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Minimiza el cambio en el estado de salud  
No alcanza un sentido del control óptimo

#### Objetivas

Demuestra falta de aceptación del cambio de estado social  
No actúa para evitar los problemas de salud

### Factores relacionados

Actitud negativa para con los cuidados sanitarios  
Apoyo social inadecuado  
Autoeficacia baja  
Comprensión inadecuada  
Estado socioeconómico bajo  
Factores causantes de tensión nerviosa múltiples

### Sugerencias de uso

Este diagnóstico no es lo suficientemente específico como para resultar clínicamente útil. Si se utiliza, deben añadirse frases aclaratorias, como *alteración del ajuste: incapacidad para resolver la ira a causa de la enfermedad*. Cuando sea posible, usar una etiqueta diagnóstica diferente que identifique el modo específico en el que se ve alterado el ajuste, como *ansiedad o manejo ineficaz del régimen terapéutico: personal*.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento individual: ineficaz

\*Este diagnóstico se llamaba antes "alteración del ajuste"

Duelo disfuncional

Régimen terapéutico: personal, manejo ineficaz del

## C Resultados NOC

**Aceptación: estado de salud:** reconciliación con el cambio significativo en las circunstancias de la salud

**Adaptación a la discapacidad física:** respuesta adaptativa a un reto funcional significativo debido a una discapacidad física

**Afrontamiento:** acciones personales para gestionar los factores causantes de tensión nerviosa que ponen a prueba los recursos individuales

**Ajuste psicosocial: cambio de vida:** respuesta psicosocial de adaptación de una persona a un cambio de vida significativo

**Conducta de búsqueda de la salud:** acciones personales para promover el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimos

**Conducta de cumplimiento:** acciones personales tomadas para favorecer el bienestar, la recuperación y la rehabilitación basándose en el consejo de los profesionales

**Motivación:** ansia interior que impulsa o hace que una persona realice acciones positivas

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra su ajuste con los cambios en estado de salud, según se prueba mediante la aceptación: estado de salud, adaptación a la discapacidad física, conducta de cumplimiento, afrontamiento, conducta de búsqueda de la salud, motivación y ajuste psicosocial: cambio de vida
- Demuestra **aceptación: estado de salud**, según lo prueban los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Abandona el concepto anterior de salud personal
  - Busca información sobre la salud
  - Demuestra una opinión positiva sobre sí mismo
  - Toma decisiones sobre su salud

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Verbalizar la aceptación de los cambios en el estado de salud
- Verbalizar los resultados sobre los cambios en estilo de vida y comportamiento requeridos
- Comenzar a realizar los cambios en estilo de vida y conducta
- Identificar las prioridades para sus propios desenlaces sanitarios
- Demostrar reducción de la angustia y temor en actividades independientes
- Cumplir con los tratamientos recetados

## Intervenciones NIC

**Apoyo emocional:** proporcionar seguridad, aceptación y ánimo durante los momentos de tensión nerviosa

**Apoyo en la toma de decisiones:** ofrecer información y apoyo a un paciente que está tomando una decisión relativa a los cuidados sanitarios

**Asesoramiento:** usar un proceso interactivo de ayuda centrado en las necesidades, los problemas o los sentimientos del paciente y de sus seres queridos para mejorar o apoyar las relaciones interpersonales, el afrontamiento y la resolución de problemas

**Ayudar al autocambio:** reforzar el cambio autodirigido iniciado por el paciente para alcanzar objetivos de importancia para la persona

**Clarificación de valores:** ayudar a otra persona a aclarar sus propios valores para facilitar la toma de decisiones eficaz

**Educación sobre la salud:** desarrollar e impartir formación y experiencias de aprendizaje para facilitar la adaptación voluntaria del comportamiento que resulte en unas personas, familias, grupos o comunidades sanas

**Establecimiento de objetivos compartidos:** colaborar con el paciente para identificar y priorizar los objetivos de cuidados y, a continuación, elaborar un plan para alcanzar dichos objetivos

**Facilitar la autorresponsabilidad:** animar al paciente a asumir más responsabilidad por su propio comportamiento

**Guía anticipatoria:** preparación del paciente para una crisis de desarrollo o situacional prevista

**Intervención en crisis:** uso de asesoramiento breve para ayudar al paciente a afrontar una crisis y continuar con un estado de funcionamiento comparable o mejor al estado anterior a la crisis

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar a un paciente a adaptarse a las causas de tensión nerviosa, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con la respuesta a las exigencias y funciones vitales

**Modificación de conducta:** favorecer un cambio de conducta

**Pactar con el paciente:** negociar un acuerdo con una persona que refuerce un cambio de conducta específico

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Evaluar la necesidad de apoyo social para el paciente
- Evaluar la cantidad y calidad del apoyo social disponible
- (NIC) *Mejorar el afrontamiento:*
  - Evaluar el ajuste del paciente a los cambios en la imagen corporal, según corresponda
  - Evaluar el impacto de la situación vital del paciente sobre las funciones y relaciones personales
  - Evaluar la capacidad de toma de decisiones del paciente

### Actividades auxiliares

- Remitir al paciente a agencias comunitarias o a grupos de apoyo
- Incluir al paciente y a la familia en una conferencia multidisciplinar para establecer un plan de cuidados, como:
  - Identificar los obstáculos que impiden el cambio en estilo de vida y conducta
  - Identificar los puntos fuertes personales que faciliten la consecución de objetivos
  - Revisar los cambios necesarios en estilo de vida y conducta y seleccionar uno como objetivo inicial

### Otras

- Ofrecer un entorno no sentencioso en el que paciente y familia puedan compartir preocupaciones, angustias y temores
- (NIC) *Mejorar el afrontamiento:*
  - Ayudar al paciente a identificar los sistemas de apoyo de que dispone [para aprender nuevas formas de afrontar y reducir el aislamiento y el temor]
  - Evaluar y comentar respuestas alternativas a la situación

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores pueden usarse en la asistencia domiciliaria
- Evaluar el sistema de apoyo disponible
- Evaluar la comunicación familiar y las pautas de interacción

### Personas mayores

- Evaluar la depresión o agitación en respuesta a los cambios

## CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD (ESPECIFICAR)\*

(1988)

**Definición:** búsqueda activa (por parte de una persona con salud estable)\*\* de modos de alterar los hábitos de salud personales o el entorno para avanzar a un nivel superior de salud.

\*Importante: este diagnóstico se eliminará de la edición de la taxonomía NANDA-I en 2009-2010 a no ser que se realice más trabajo para elevarla a la categoría de entrada 2.1 o superior.

\*\*Importante: se define "salud estable" como una consecución de las medidas de prevención de la enfermedad adecuadas para su edad; el paciente informa de salud buena o excelente, y los signos y síntomas de la enfermedad, si los hay, están controlados.

## Características definitorias

### Subjetivas

Expresión de preocupación sobre las actuales condiciones del entorno acerca del estado de salud

Expresión del deseo de buscar un nivel de bienestar superior

Expresión del deseo de un mayor control de las prácticas sanitarias

Falta de familiaridad expresada con los recursos de la comunidad para favorecer el bienestar

C

### Objetivas

[Deseo observado de buscar un nivel de bienestar superior]

[Deseo observado de un mayor control de las prácticas sanitarias]

Falta de conocimiento demostrada u observada de comportamientos de promoción de la salud

Falta de familiaridad observada con los recursos de la comunidad para favorecer el bienestar

## Factores relacionados

Específicos para cada paciente (debe elaborarse)

## Sugerencias de uso

Esta etiqueta debe usarse para pacientes sanos que desean información sobre prevención de la enfermedad o fomento de la salud. Para pacientes con estilo de vida poco sano, puede considerarse *alteración en el mantenimiento de la salud*.

## Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo

Afrontamiento, disposición para mejorar el

Lactancia materna, eficaz

Mantenimiento de la salud, alteración en el

## Resultados NOC

**Bienestar:** grado de percepción positiva del estado de salud y de las circunstancias vitales propias

**Conducta de adhesión:** acciones personales iniciadas por el paciente para promover el bienestar, la recuperación y la rehabilitación

**Conducta de búsqueda de la salud:** acciones personales para promover el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimas

**Conducta de fomento de la salud:** acciones personales para mantener o aumentar el bienestar

**Conducta de salud prenatal:** acciones personales para favorecer un embarazo y un neonato sanos

**Conocimiento: recursos sanitarios:** grado de comprensión demostrado sobre los recursos de cuidados sanitarios correspondientes

**Conocimientos: fomento de la salud:** grado de comprensión mostrado sobre la información necesaria para obtener y mantener una salud óptima

**Control del riesgo: cáncer:** acciones personales para detectar o reducir la amenaza de cáncer

**Control del riesgo: consumo de alcohol:** acciones personales para prevenir, eliminar o reducir el consumo de alcohol que constituye una amenaza para la salud

**Control del riesgo: consumo de drogas:** acciones personales para prevenir, eliminar o reducir el consumo de drogas que constituye una amenaza para la salud

**Control del riesgo: consumo de tabaco:** acciones personales para prevenir, eliminar o reducir el consumo de tabaco

**Control del riesgo: deterioro auditivo:** acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas a la función auditiva

**Control del riesgo: deterioro visual:** acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas a la función visual

**Control del riesgo: embarazo no deseado:** acciones personales para prevenir o reducir la posibilidad de un embarazo no deseado

**Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual (ETS):** acciones personales para prevenir, eliminar o reducir los comportamientos asociados con las enfermedades de transmisión sexual

**Control del riesgo: salud cardiovascular:** acciones personales para reducir o eliminar las amenazas a la salud cardiovascular

**Creencias sobre la salud:** convicciones personales que influyen sobre las conductas relacionadas con la salud

**Estado de salud personal:** funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual general de un adulto de edad igual o superior a los 18 años

**Orientación sobre la salud:** compromiso personal hacia las conductas sanas como prioridades en el estilo de vida

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra *conductas de búsqueda de la salud*, según lo prueban la conducta de adhesión, las creencias sobre salud, la orientación sobre la salud, la conducta de fomento de la salud, conducta de búsqueda de la salud, conocimiento: fomento de la salud, conocimiento: recursos sanitarios, estado de salud personal, bienestar, conducta de salud prenatal y control de riesgo: [específico para el paciente]
- Demuestra **conducta de adhesión**, según se prueba mediante los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Busca información relacionada con la salud de fuentes variadas
  - Usa estrategias para eliminar la conducta insalubre
  - Utiliza estrategias para maximizar la salud
  - Realiza detección y monitorización propias de su estado de salud
  - Usa los servicios de salud de forma congruente con las necesidades

- Muestra **orientación sobre la salud**, según lo prueban los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: muy débil, débil, moderada, fuerte o muy fuerte):
  - Se centra en el bienestar
  - Se centra en la prevención y la gestión de la enfermedad
  - Se centra en el ajuste a las situaciones vitales
  - Expectativas de que la persona es responsable de las opciones relacionadas con la salud
  - Percepción de que el comportamiento sanitario es relevante para la propia salud
  - Percepción de que la salud es una prioridad importante para la elección del estilo de vida



### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Esforzarse por equilibrar ejercicio, trabajo, ocio y descanso
- Evitar los comportamientos arriesgados, como conducir sin cinturón de seguridad
- Expresar el deseo de buscar un nivel de bienestar superior
- Mantener una alimentación sana
- Reconocer y actuar según la necesidad de alterar los hábitos personales de salud

### Intervenciones NIC

**Apoyo en la toma de decisiones:** ofrecer información y apoyo a un paciente que está tomando una decisión relativa a los cuidados sanitarios

**Asesoramiento antes de la concepción:** detectar y proporcionar información y apoyo a las personas de edad fértil antes del embarazo para favorecer la salud y reducir los riesgos

**Ayuda para dejar de fumar:** ayudar a otro a dejar de fumar

**Ayudar al autocambio:** reforzar el cambio autodirigido iniciado por el paciente para alcanzar objetivos de importancia para la persona

**Clarificación de valores:** ayudar a otra persona a aclarar sus propios valores para facilitar la toma de decisiones eficaz

**Cuidados prenatales:** control y gestión de la paciente durante el embarazo para evitar las complicaciones y favorecer un resultado sano tanto para la madre como para el bebé

**Chequeo sanitario:** detección de los riesgos o problemas sanitarios mediante los antecedentes clínicos, la exploración médica y otros procedimientos

**Educación sanitaria:** desarrollar e impartir formación y experiencias de aprendizaje para facilitar la adaptación voluntaria del comportamiento que propicie la salud en personas, familias, grupos o comunidades

**Enseñanza: individual:** planificación, implementación y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades específicas de un paciente

**Enseñanza: sexo seguro:** proporcionar enseñanzas relativas a la protección sexual durante la actividad sexual

**Facilitar la autorresponsabilidad:** animar al paciente a asumir más responsabilidad por su propia conducta

**Guía sobre el sistema sanitario:** facilitar que el paciente encuentre y use los servicios sanitarios apropiados

**Identificación de riesgos:** realizar el análisis de los posibles factores de riesgo, determinación de los riesgos para la salud y priorización de las estrategias de reducción de los riesgos para una persona o grupo

**Mejorar la autoconciencia:** ayudar a un paciente a explorar y comprender sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas

**Planificación familiar: anticoncepción:** facilitar la prevención del embarazo mediante el suministro de información sobre la fisiología de la reproducción y los métodos para el control de la concepción

**Prevención cardíaca:** prevención de un episodio agudo de alteración del funcionamiento cardíaco mediante la reducción del consumo miocárdico de oxígeno o el aumento del suministro de oxígeno al miocardio

**Prevención del consumo de sustancias adictivas:** prevención de un estilo de vida de consumo de alcohol o drogas

**Protección de riesgos medioambientales:** prevención y detección de la enfermedad y las lesiones en la población en riesgo de peligros medioambientales

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Valorar la motivación del paciente para el cambio
- (NIC) *Educación sanitaria:*
  - Determinar el contexto personal y la historia sociocultural de la conducta de la persona, familia o comunidad en relación con la salud
  - Determinar el conocimiento y las conductas de estilo de vida actuales de las personas, la familia o el grupo objetivo

### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Educación sanitaria:*
  - Centrarse en grupos de alto riesgo y rangos de edad que podrían beneficiarse al máximo de la educación sanitaria
  - Dar prioridad a las necesidades identificadas de la persona que aprende según la preferencia del paciente, la destreza de la enfermera, los recursos disponibles y la probabilidad de la consecución de los objetivos con éxito
  - Evitar el uso de técnicas de miedo o temor como estrategia para motivar a las personas a cambiar sus conductas de salud o estilo de vida
  - Enseñar estrategias que puedan usarse para resistir conductas poco saludables o la asunción de riesgos, en lugar de aconsejar la evitación o el cambio de conducta

Utilizar las presentaciones en grupo para ofrecer apoyo y reducir las amenazas a los alumnos que sufren problemas o preocupaciones similares, según proceda

- (NIC) *Guía sobre el sistema sanitario:*
  - Explicar el sistema de cuidados sanitarios inmediato, cómo funciona y qué pueden esperar el paciente y la familia
  - Instruir al paciente sobre qué tipo de servicios esperar de cada proveedor de cuidados sanitarios, como enfermeras especialistas, dietistas certificados, enfermeras certificadas, fisioterapeutas, cardiólogos, internistas, optometristas y psicólogos
  - Informar al paciente de los requisitos de acreditación y del departamento de sanidad estatal para juzgar la calidad de un centro
  - Aconsejar el uso de la segunda opinión
  - Ofrecer al paciente una copia de la *carta de los derechos del paciente* [o un documento similar]
  - Dar instrucciones escritas del propósito y la ubicación de las actividades de cuidados sanitarios, según proceda

C

#### Actividades auxiliares

- Consultar con los servicios comunitarios como primer paso hacia la promoción de la salud para el paciente y su familia. Implicar al paciente y a la familia en la consulta
- (NIC) *Guía sobre el sistema sanitario:* coordinar las remisiones a los proveedores sanitarios relevantes, según corresponda

#### Otras

- Comentar con el paciente y su familia los hábitos personales de salud y determinar qué conductas pueden cambiarse para alcanzar una salud óptima, como mediante la alimentación, dejando de fumar, reduciendo la tensión nerviosa, o llevando a cabo un programa de ejercicios
- Ayudar al paciente a reconocer las posibles barreras contra el cambio de las conductas
- Resaltar la importancia del autocontrol cuando se intenta cambiar la conducta
- Ayudar al paciente a identificar las recompensas extrínsecas e intrínsecas que pueden servir como motivadores del cambio de conducta
- Ayudar al paciente a reconocer los pequeños éxitos
- (NIC) *Educación sanitaria:* planificar el seguimiento a largo plazo para reforzar las adaptaciones de la conducta o un estilo de vida saludable
- (NIC) *Guía sobre el sistema sanitario:*
  - Animar al paciente y a la familia a realizar preguntas sobre los servicios y sus costes
  - Ayudar a la persona a rellenar los formularios de petición de ayuda, como solicitud de ayuda para el alojamiento y ayuda financiera, según se necesite

Identificar y facilitar las necesidades de transporte para obtener servicios de cuidados sanitarios  
Ofrecer contacto de seguimiento con el paciente, según proceda

C

### En el domicilio

- La mayoría de las intervenciones anteriores son apropiadas para su uso en asistencia domiciliaria, sin modificación

### Bebés y niños

- Remitir a las intervenciones para mantenimiento de salud ineficaz, para consultar las intervenciones para dejar de fumar destinadas al adolescente
- Implicar al niño y a los padres en la elaboración de un plan alimenticio y la gestión de las conductas de alimentación, como sustituir los dulces con calorías vacías por fruta

### Personas mayores

- Consultar las intervenciones para mantenimiento de la salud ineficaz
- Ayudar al paciente a diferenciar entre las situaciones o problemas que forman parte del proceso de envejecimiento normal y los que pueden cambiarse mediante la modificación del estilo de vida, p. ej., el deterioro de la visión nocturna y los cambios de memoria que suelen ocurrir con la edad
- Evaluar la capacidad de la persona para vivir de forma independiente en el hogar, ayudar a encontrar un alojamiento adecuado, si fuera necesario
- Animar al individuo a tomar control activo de las opciones vitales en la medida de lo posible
- Enseñar conductas saludables, como exploraciones, revisiones o práctica de ejercicio

---

## CONFUSIÓN AGUDA

(1994, 2006)

**Definición:** comienzo agudo de alteraciones reversibles de la conciencia, atención, cognición y percepción que aparecen a lo largo de un corto periodo de tiempo.

### Características definatorias

#### *Subjetivas*

Ausencia de motivación para iniciar o llevar a cabo conductas coherentes o destinadas a un fin  
Percepciones erróneas

**Objetivas**

Agitación o inquietud  
 Alucinaciones  
 Fluctuación de la psicomotricidad  
 Fluctuación de las funciones cognitivas  
 Fluctuación del nivel de conciencia

C

**Factores relacionados**

Abuso de alcohol  
 Abuso de drogas  
 Delirio  
 Demencia  
 Edad superior a 60 años [**IMPORTANTE:** éste es un factor relacionado en la NANDA internacional. No implica que sólo las personas de más de 60 años puedan sufrir un síndrome confusional (confusión), ni que éste se pueda considerar normal en personas mayores. Lo que significa es que los trastornos que lo causan (p. ej., síndrome cerebral orgánico, enfermedad de Alzheimer) son estadísticamente más frecuentes en las personas mayores que en adultos de menor edad]  
 Fluctuaciones del ciclo sueño-vigilia

**Otras posibles características definitorias (no recogido en la NANDA internacional)**

Automedicación y polifarmacia  
 Deprivación de sueño  
 Medicamentos prescritos

**Sugerencias de uso**

El término “confusión” puede utilizarse para describir distintas alteraciones cognitivas. Puede ser difícil determinar si la *confusión* es aguda o crónica. Por tanto, hasta que se hayan realizado evaluaciones detalladas y análisis, puede ser necesario utilizar el término más general (no recogido en la NANDA internacional) de confusión. La *confusión aguda* se presenta rápidamente y cede pronto. La *confusión crónica* aparece a lo largo del tiempo y está causada por cambios degenerativos progresivos del cerebro. La *alteración de los procesos de pensamiento* está causada por trastornos funcionales o emocionales, más que por alteraciones fisiológicas.

**Otros posibles diagnósticos**

Confusión (no recogido en la NANDA internacional)  
 Confusión crónica  
 Entorno, síndrome de interpretación alterada del  
 Perfusión tisular(cerebral), alteración de la  
 Procesos de pensamiento, alteración de los

## Resultados NOC

**Control de pensamientos distorsionados:** autocontrol de las alteraciones de la percepción, los procesos del pensamiento y el contenido del pensamiento

**Estado neurológico: conciencia:** nivel de alerta, orientación y atención al entorno

**Orientación cognitiva:** capacidad de identificar correctamente personas, el lugar y el tiempo

**Procesamiento de la información:** capacidad para adquirir, organizar y utilizar información

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **orientación cognitiva**, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o no comprometido)
  - Se identifica a sí mismo
  - Identifica a personas cercanas
  - Identifica el lugar donde se encuentra
  - Identifica correctamente el mes/año/estación
  - Identifica acontecimientos significativos del presente

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Tener cada vez menos episodios de *confusión*
- Modificar su conducta y estilo de vida para mejorar o impedir nuevos episodios de *confusión*
- Demostrar menor inquietud y agitación
- No reaccionar a las alucinaciones ni a los delirios
- Demostrar que interpreta adecuadamente el entorno
- Organizar y procesar la información con lógica
- Identificar correctamente objetos habituales y personas familiares
- Leer y entender frases cortas escritas
- Sumar y restar con precisión
- Obedecer instrucciones y órdenes verbales
- Inhibir las respuestas motoras a los estímulos dolorosos
- Abrir los ojos ante los estímulos externos
- Estar despierto en los periodos adecuados
- Tener un electroencefalograma y electromiograma normales

## Intervenciones NIC

**Control y seguimiento neurológico:** recogida y análisis de datos del paciente para prevenir o minimizar posibles complicaciones neurológicas

**Estimulación cognitiva:** promover que el paciente esté alerta y perciba el entorno mediante el uso de estímulos planificados

**Gestión de las alucinaciones:** fomentar el bienestar, seguridad, y orientación en la realidad para un paciente que está teniendo alucinaciones

**Gestión del delirio:** fomentar el bienestar, seguridad y orientación en la realidad para un paciente que presenta ideas falsas e inamovibles, con escasa o ninguna base real

**Mejora de la perfusión cerebral:** promoción de una perfusión adecuada y limitación de las complicaciones en un paciente con perfusión cerebral inadecuada o riesgo de sufrirla

**Orientación de la realidad:** promover la conciencia del paciente respecto a la identidad propia, el tiempo y el entorno

**Tratamiento del delirio:** provisión de un entorno seguro y terapéutico para el paciente que está sufriendo un síndrome confusional agudo

C

### Actividades de enfermería

En general, las actividades de enfermería en este diagnóstico se centran en evaluar los factores causales, asegurar la seguridad, estimular para promover la orientación, comunicarse en términos sencillos y promover la autoestima.

#### Valoración

- Identificar las posibles causas del delirio (p. ej., dolor, hipoglucemia, infección, medicamentos)
- Vigilar el estado neurológico
- Vigilar el estado emocional
- Obtener mediante la anamnesis el estado mental previo y cualquier variación del mismo
- Realizar un examen completo del estado mental
- (NIC) *Gestión del delirio:* buscar contenidos violentos o autolíticos en los delirios

#### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Gestión del delirio:*  
Educar en la enfermedad al paciente y a las personas que le rodean, cuando los delirios estén causados por una enfermedad (p. ej., delirio, esquizofrenia, depresión)  
Enseñar a tomar los medicamentos correctamente, al paciente y a las personas que le rodean

#### Actividades auxiliares

- (NIC) *Gestión del delirio:* administrar antipsicóticos y ansiolíticos pautados y extras, si es preciso

#### Otras

- Tranquilizar al paciente usando a menudo la comunicación terapéutica
- Tocar al paciente, si resulta adecuado
- Evitar la sujeción mecánica, si es preciso

C

- Animar a la familia y personas cercanas a quedarse con el paciente
- Utilizar técnicas de enfermería (p. ej., cuidado de la boca, postura) para facilitar el bienestar y el sueño
- Continuar con las rutinas habituales del paciente, para reducir la ansiedad
- Ofrecer distintas alternativas, pero limitar las opciones si el paciente parece frustrado o confundido
- Expresar instrucciones y explicaciones de forma breve y sencilla; repetir cuanto sea necesario
- Asegurarse de que el paciente lleva una pulsera identificativa
- Orientar al paciente (p. ej., respecto a los profesionales, entorno y actividades del cuidado), si es necesario
- Favorecer el ritmo de sueño-vigilia habitual del paciente (p. ej., levantar la persiana por la mañana, mantener la habitación a oscuras o con una luz tenue por la noche)
- Llamar al paciente por su nombre al iniciar cualquier interacción
- Responder al timbre en persona en vez de utilizar el intercomunicador
- Explicar las rutinas y procedimientos lenta y brevemente, y con términos sencillos
- Dar tiempo al paciente para que responda cuando se le ofrezcan alternativas o nueva información
- *(NIC) Gestión del delirio:*
  - Centrar la discusión en los sentimientos del paciente, en vez de en los contenidos del delirio (“me da la impresión de que tal vez tenga miedo”)
  - Evitar discutir sobre las creencias falsas; expresar dudas de forma realista
  - Animar al paciente a comentar los delirios con sus cuidadores antes de actuar contra ellos
  - Ayudar con el autocuidado, si es preciso
  - Mantener seguro el entorno
  - Asegurar la seguridad y el bienestar del paciente y su entorno cuando el paciente no sea capaz de controlar su conducta (p. ej., fijar límites, restringir la zona, sujeción mecánica o aislamiento)
  - Disminuir los estímulos ambientales excesivos, si es preciso
  - Mantener una rutina diaria consistente
  - Asignar cuidadores consistentes diariamente

### En el domicilio

- *(NIC) Gestión del delirio:*
  - Comprobar la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo
  - Enseñar a la familia y a las personas cercanas a tratar a un paciente delirante
- Valorar posibles riesgos para la seguridad en el domicilio (p. ej., escaleras sin protección)

**Personas mayores**

- Las intervenciones son semejantes, a excepción de la etapa de desarrollo, aunque la frecuencia de confusión puede ser más aguda en personas mayores
- Ser consciente de que las personas mayores pueden subestimar los síntomas (p. ej., de dolor). Asegurarse de que el tratamiento para el dolor es adecuado

C

**CONFUSIÓN AGUDA, RIESGO DE****(2006)**

**Definición:** riesgo de alteraciones reversibles de la conciencia, atención, cognición y percepción, que aparecen a lo largo de un corto periodo de tiempo.

**Factores de riesgo****Subjetivos**

Dolor

**Objetivos**

Abuso de sustancias

Alteraciones cognitivas

Alteraciones metabólicas

Aumento de la urea/creatinina plasmáticas

Deshidratación

Desnutrición

Hemoglobina disminuida

Hiperazoemia (aumento de la concentración de amonio)

Trastornos electrolíticos

Antecedentes de ictus

Consumo de alcohol

Demencia

Deprivación sensorial

Edad superior a 60 años

Fluctuaciones del ritmo sueño-vigilia

Infecciones

Medicamentos y drogas

Anestésicos

Anticolinérgicos

Difenhidramina

Múltiples medicamentos

Opiáceos

Psicofármacos

Movilidad reducida

Retención urinaria  
Sujeción mecánica  
Varón

C

### Sugerencias de uso

El término “confusión” puede utilizarse para describir distintas alteraciones cognitivas. Puede ser difícil determinar si la *confusión* es aguda o crónica. Por tanto, hasta que se hayan realizado evaluaciones detalladas y análisis, puede ser necesario utilizar el término más general (no recogido en la NANDA internacional) de confusión. La *confusión aguda* se presenta rápidamente y cede pronto. La *confusión crónica* aparece a lo largo del tiempo y está causada por cambios degenerativos progresivos del cerebro.

### Otros posibles diagnósticos

Confusión aguda  
Riesgo de confusión (no recogido en la NANDA internacional)

### Resultados NOC

Aún no se han establecido resultados NOC para este diagnóstico; no obstante, los resultados vinculados a confusión aguda, en la pág. 190, pueden ser adecuados

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- No desarrolla *confusión aguda*, puesta de manifiesto porque presenta niveles aceptables de orientación cognitiva, control de pensamientos distorsionados, procesamiento de la información, y estado neurológico: conciencia

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Identificar aquellos cambios de su estilo de vida que puede hacer para disminuir el efecto de los factores de riesgo modificables
- Reconocer y comunicar signos y síntomas de confusión aguda
- Véanse los objetivos de confusión aguda en la pág. 190

### Intervenciones NIC

Todavía no se han establecido intervenciones NIC para este diagnóstico; no obstante, las siguientes podrían ser intervenciones preventivas útiles:

**Control y seguimiento neurológico:** recogida y análisis de datos del paciente para prevenir o minimizar posibles complicaciones neurológicas

**Estimulación cognitiva:** promover que el paciente esté alerta y perciba el entorno mediante el uso de estímulos planificados

**Mejora de la perfusión cerebral:** promoción de una perfusión adecuada y limitación de las complicaciones en un paciente con perfusión cerebral inadecuada o riesgo de sufrirla

**Orientación de la realidad:** promover la conciencia del paciente respecto a la identidad propia, el tiempo y el entorno

## Actividades de enfermería

En general, las actividades de enfermería en este diagnóstico se centran en identificar los factores de riesgo y realizar acciones preventivas específicas para esos factores de riesgo. Entre estas acciones podrían estar la estimulación cognitiva, la mejora de la perfusión cerebral y la orientación de la realidad.

C

### Valoración

- Evaluar la presencia de síntomas de *confusión aguda*, como agitación, inquietud, fluctuaciones de las funciones cognitivas, el nivel de conciencia, la psicomotricidad y el ritmo sueño-vigilia; alucinaciones, alteraciones sensorio-perceptivas, desorientación y falta de motivación para iniciar o completar conductas destinadas a un objetivo
- Vigilar el estado neurológico
- Vigilar el estado emocional
- Obtener mediante la anamnesis el estado mental previo y cualquier variación del mismo

### Educación del paciente y la familia

- Señalar la presencia de factores del estilo de vida que aumentan el riesgo de *confusión aguda*; explicar la relación

### Actividades auxiliares

- Tener en cuenta posibles interacciones farmacológicas en pacientes que toman muchos medicamentos; comentarlo con los profesionales implicados

### Otras

- Evitar la sujeción mecánica, si es posible
- Favorecer el ritmo de sueño-vigilia habitual del paciente (p. ej., levantar la persiana por la mañana, mantener la habitación a oscuras o con una luz tenue por la noche)
- Llamar al paciente por su nombre al iniciar cualquier interacción
- Responder al timbre en persona en vez de utilizar el intercomunicador
- Reducir los estímulos ambientales excesivos, si es preciso
- Aumentar los estímulos ambientales según sea necesario para prevenir la privación sensorial

## Personas mayores

- Las intervenciones son similares en cualquier edad, aunque la incidencia de confusión puede ser superior en las personas mayores
- Tener en cuenta que las personas mayores pueden referir menos síntomas (p. ej., dolor). Asegurarse de tratar el dolor correctamente

---

## CONFUSIÓN CRÓNICA

(1994)

C

**Definición:** deterioro irreversible, duradero o progresivo del intelecto y la personalidad, caracterizado por una menor capacidad de interpretar los estímulos externos [y] una menor capacidad de los procesos intelectuales de pensamiento; y se manifiesta por alteraciones de la memoria, orientación y conducta.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Alteración de la memoria (reciente, remota)

#### Objetivas

Alteración de la interpretación y reacción a los estímulos

Alteración de la personalidad

Datos clínicos de trastorno orgánico

Sin cambios en el nivel de conciencia

Socialización alterada

Trastorno cognitivo progresivo o duradero

### Factores relacionados

Accidentes cerebrovasculares

Demencia multiinfarto

Enfermedad de Alzheimer

Psicosis de Korsakoff

Traumatismos craneoencefálicos

### Sugerencias de uso

Véanse las sugerencias de uso de confusión aguda, pág. 189. Para aquellos pacientes con déficit del autocuidado, asegurarse de incluir ese diagnóstico en el plan de cuidados (p. ej., *déficit total del autocuidado relacionado con confusión crónica*). Resulta difícil diferenciar entre *confusión crónica* y *síndrome de interpretación alterada del entorno*.

### Otros posibles diagnósticos

Autocuidado (especificar), déficit del

Confusión aguda

Entorno, síndrome de interpretación alterada del

Memoria, trastorno de

Procesos de pensamiento, alteración de los

### Resultados NOC

**Capacidad cognitiva:** capacidad de realizar procesos mentales complejos

**Concentración:** capacidad de centrarse en un estímulo concreto

**Control de pensamientos distorsionados:** autocontrol de las alteraciones de la percepción, los procesos del pensamiento y el contenido del mismo

**Estado neurológico: conciencia:** nivel de alerta, orientación y atención al entorno

**Identidad:** distingue entre sí mismo y otros, y caracteriza su propia esencia

**Memoria:** capacidad cognitiva de recuperar y comunicar información previamente almacenada

**Orientación cognitiva:** capacidad de identificar correctamente personas, el lugar y el tiempo

**Procesamiento de la información:** capacidad para adquirir, organizar y utilizar información

**Toma de decisiones:** capacidad de juzgar y elegir entre dos o más alternativas

C

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Mantiene o mejora la capacidad cognitiva, concentración, toma de decisiones, control de pensamientos distorsionados, procesamiento de la información y memoria
- Muestra un mínimo deterioro en orientación cognitiva
- No presenta pérdida de identidad
- Estado neurológico: conciencia, no comprometido
- Véanse también los objetivos/criterios de evaluación de confusión aguda, en la pág. 190

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Responder a estímulos visuales y auditivos, dibujar un círculo, mantener la atención
- Identificar la información relevante y elegir entre varias alternativas
- Interactuar adecuadamente con otros
- Formular mensajes coherentes
- Obedecer instrucciones sencillas
- No atender a las alucinaciones ni delirios
- Atender, percibir e interpretar correctamente los estímulos del entorno
- Identificar correctamente objetos y personas
- Equilibrar descanso y actividad
- Mostrar menor inquietud y agitación
- Participar al máximo de sus capacidades en el entorno terapéutico o AVD
- No estar agresivo
- Sentirse satisfecho y menos frustrado por los estresantes ambientales

## Intervenciones NIC

**Adiestramiento de la memoria:** facilitar la memoria

**Apoyo en la toma de decisiones:** proporcionar información y apoyo a un paciente que está tomando una decisión respecto a la asistencia sanitaria

**Control del estado de ánimo:** proporcionar seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento a un paciente que presenta un ánimo disfuncionalmente deprimido o hipertímico

**C Control y seguimiento neurológico:** recogida y análisis de datos del paciente para prevenir o minimizar posibles complicaciones neurológicas

**Estimulación cognitiva:** promover que el paciente esté alerta y perciba el entorno mediante el uso de estímulos planificados

**Gestión de la demencia: baño:** reducción de las conductas agresivas durante la limpieza corporal

**Gestión de la demencia:** modificar el entorno para un paciente que sufre un estado confusional crónico

**Gestión del delirio:** fomentar el bienestar, seguridad, y orientación en la realidad para un paciente que presenta ideas falsas e inamovibles, con escasa o ninguna base real

**Mejora de la perfusión cerebral:** promoción de una perfusión adecuada y limitación de las complicaciones en un paciente con perfusión cerebral inadecuada o riesgo de sufrirla

**Movilización familiar:** utilizar las habilidades familiares para influir positivamente en la salud del paciente

**Orientación de la realidad:** promover la conciencia del paciente respecto a la identidad propia, el tiempo y el entorno

**Reducción de la ansiedad:** minimizar la aprensión, el miedo, anticipación o malestar relacionados con un peligro anticipado de origen desconocido

**Reestructuración cognitiva:** estimular a un paciente para que modifique sus pensamientos distorsionados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista

## Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería en este diagnóstico se centran en identificar conductas previas, utilizar enfoques y procedimientos con escaso estrés, controlar los estímulos ambientales, proporcionar bienestar, asegurar la seguridad, y animar pero no forzar al paciente más allá de su capacidad funcional.

### Valoración

- Obtener información sobre los patrones de conducta previos y presentes, así como la capacidad funcional (p. ej., sueño, uso de medicamentos, control de esfínteres, alimentación, comunicación, higiene, interacción social)
- Buscar signos de depresión (p. ej., insomnio, afecto aplanado, retracción social, hiporexia)
- (NIC) *Gestión de la demencia:*
  - Vigilar el funcionamiento cognitivo mediante una herramienta de evaluación estandarizada [p. ej., el Mini Examen del Estado Mental]
  - Determinar la historia física, social y psicológica del paciente, costumbres y hábitos

Determinar las expectativas de conducta adecuadas al estado cognitivo del paciente

Vigilar la nutrición y el peso

Buscar cuidadosamente posibles causas fisiológicas de aumento de la confusión, causas que pueden ser agudas y reversibles

C

### Educación del paciente y la familia

- Instruir al paciente y a las personas cercanas acerca de los medicamentos del paciente
- Explicar el efecto de la enfermedad del paciente sobre su estado de ánimo (p. ej., depresión, síndrome premenstrual)
- Si es preciso, explicar a los familiares que la ducha o la bañera no son las únicas formas de lavarse, y que forzar a un paciente a bañarse cuando se resiste puede ser peligroso y provocar conductas violentas

### Actividades auxiliares

- Administrar medicamentos estabilizadores del ánimo
- Derivar al departamento de servicios sociales para remitir a programas de cuidados extrahospitalarios, servicios de comidas a domicilio, respiro y otros

### Otras

- Si el paciente presenta delirios o alucinaciones, consultar las Actividades de enfermería del diagnóstico de confusión aguda, págs. 191-193
- En las fases iniciales de la demencia, cuando el síntoma principal es la pérdida de memoria, consultar las actividades de enfermería del diagnóstico de trastorno de memoria, págs. 484-485
- Dar oportunidades para que realice actividad física
- Alternar la actividad con periodos programados de tranquilidad y actividades relajadas (p. ej., una hora en un sofá o silla, música relajante) al menos dos veces al día para permitir la resolución de la ansiedad y la tensión
- Proporcionar cauces adecuados para los sentimientos del paciente (p. ej., terapia artística y ejercicio físico)
- Ayudar en la orientación en la realidad (p. ej., proporcionar relojes, calendarios, objetos personales, adornos estacionales)
- Mantener el máximo silencio posible en el entorno (p. ej., evitar timbres, alarmas y buscas con el volumen alto)
- Considerar el aseo con esponja y toalla en vez de baño o ducha; no forzar a un paciente a bañarse si se resiste
- Evitar todos los cambios posibles (p. ej., en las rutinas, entorno, cuidadores)
- (NIC) *Gestión de la demencia:*
  - Incluir a los familiares en la planificación, administración y evaluación de los cuidados, tanto como deseen
  - Proporcionar un entorno de baja estimulación (p. ej., música lenta y relajante, decoración sencilla y familiar de colores no brillantes, expectati-

C

vas acerca de la realización de actividades del paciente que no superen su capacidad de procesamiento cognitivo, y comidas en grupos pequeños)

Identificar y eliminar posibles peligros en el entorno del paciente

Colocar una pulsera identificativa al paciente

Preparar la interacción tocando al paciente y estableciendo contacto ocular, si es adecuado

Dirigirse al paciente con claridad, por su nombre, cuando se inicie la interacción; hablar despacio

Presentarse al paciente al iniciar el contacto

Dar instrucciones sencillas y de una en una [y repetir si hace falta (p. ej., “venga conmigo”, o “siéntese en esa silla” o “póngase las zapatillas”)]

Utilizar la distracción, en vez de la confrontación, para controlar conductas  
Proporcionar al paciente una orientación general de la estación del año mediante claves apropiadas (p. ej., decoraciones navideñas, adornos y actividades propias de determinadas fiestas, y acceso a un área exterior segura)

Marcar fotos de familiares con los nombres de las personas que aparecen

Limitar el número de alternativas entre las que debe elegir el paciente, para no provocarle ansiedad

- Evitar el uso de sujeción mecánica
- Ayudar con el autocuidado, si es preciso [especificar los métodos]
- Proporcionar líneas divisorias, como adhesivos rojos o amarillos en el suelo, cuando no existan unidades de baja estimulación

### En el domicilio

- Las actividades descritas también son apropiadas para el domicilio: enseñar a la familia y a otros cuidadores, si es preciso
- Evaluar la capacidad funcional y de autocuidado del paciente y valorar el impacto de éstas sobre su seguridad
- Valorar la necesidad de dispositivos de ayuda, derivar a un terapeuta ocupacional si es preciso
- Buscar signos de *sobreesfuerzo en el rol de cuidador* en los cuidadores; dar información y apoyo emocional
- Derivar a servicios domiciliarios, si es preciso
- Enseñar a la familia a comunicarse más eficazmente con el paciente (p. ej., dar instrucciones simples, de una en una)
- Evaluar al paciente para los programas de atención extrahospitalaria

### Personas mayores

- Fomentar el recuerdo y reminiscencias vitales (p. ej., preguntar por el trabajo y la familia del paciente: “Volviendo la vista atrás, ¿qué ha sido realmente importante en su vida?”)

- El deterioro cognitivo no forma parte del envejecimiento normal. La mayoría de las personas mayores no muestra deterioro cognitivo excepto por enfermedades
- Instituir un manejo del caso cuando sean necesarios múltiples servicios
- Las personas mayores sufren con mayor frecuencia efectos secundarios de los medicamentos, los cuales pueden contribuir a la confusión
- Tener en cuenta que las personas mayores a menudo no refieren el dolor que sienten: tratar el dolor para prevenir la agitación

## CONOCIMIENTOS, DÉFICIT DE (ESPECIFICAR)

(1980)

**Definición:** ausencia o déficit de información cognitiva relativa a un tema determinado.

### Características definatorias

#### *Subjetivas*

Verbalización del problema

#### *Objetivas*

Comportamiento inadecuado o exagerado (p. ej., histeria, hostilidad, agitación o apatía)

Rendimiento inadecuado en pruebas

Seguimiento de instrucciones incorrecto

### Factores relacionados

Falta de interés por aprender

Falta de memoria

Falta de orientación

Limitación cognitiva

Malinterpretación de la información

Poca familiaridad con recursos de información

### Sugerencias de uso

Los autores no recomiendan *déficit de conocimientos* como etiqueta que describe un problema por las siguientes razones:

- *Déficit de conocimientos* no es una respuesta humana. “Respuesta” sugiere un comportamiento o acción; *déficit de conocimientos* es, simplemente, un estado.
- *Déficit de conocimientos* no describe necesariamente un estado de salud.
- *Déficit de conocimientos* no describe necesariamente un problema. Los diagnósticos de enfermería deberían reflejar un funcionamiento alterado, pero

*déficit de conocimientos* sólo indica que la persona carece de determinados conocimientos, no que su funcionamiento haya cambiado como resultado de dicha falta de conocimientos.

C

*Déficit de conocimientos* puede contribuir a determinadas respuestas a problemas, incluidos *ansiedad*, *alteración parental*, *déficit del autocuidado* o *afrentamiento individual: ineficaz*. Por lo tanto, puede emplearse de manera eficaz como la etiología de un diagnóstico de enfermería (p. ej., *riesgo de lesión [traumatismo]* relacionado con la falta de conocimientos a la hora de abrochar correctamente el cinturón de seguridad durante el embarazo o *ansiedad relacionada con la falta de conocimientos sobre los procedimientos relacionados con la aspiración de médula ósea*).

Si se emplea *déficit de conocimientos* como el problema de un diagnóstico de enfermería, un objetivo debe ser: “el paciente adquirirá conocimientos sobre...” Esto hará que el/la enfermero/a se dedique a ofrecer información en lugar de centrarse en los comportamientos causados por la falta de conocimientos del paciente, reforzando la creencia de que el suministro de información cambiará el comportamiento y solucionará los problemas. Por otro lado, al emplear *déficit de conocimientos* como etiología, se centra la atención en los comportamientos que indican inseguridad, conflicto a la hora de tomar decisiones, ansiedad, etc. Conviene tener en cuenta la diferencia en los cuidados de enfermería sugeridos por los diagnósticos siguientes:

*Déficit de conocimientos (aspiración de médula ósea) debido a la falta de experiencia previa*

*Ansiedad relacionada con un déficit de conocimientos (aspiración de médula ósea)*

Educar al paciente es una intervención importante para la mayoría de los pacientes y en todos los diagnósticos de enfermería (p. ej., *estreñimiento*, *lactancia materna ineficaz*). Por lo tanto, no es necesario ni deseable que exista un diagnóstico de *déficit de conocimientos* en el plan de cuidados de cada paciente. Los/las enfermeros/as incluyen la enseñanza como una de las intervenciones de enfermería para todos los demás diagnósticos que realizan.

Algunos pacientes, como un diabético al que se le acaba de diagnosticar la enfermedad, requieren muchas enseñanzas para adquirir los suficientes conocimientos y cuidarse a sí mismos. Estos planes de enseñanza específicos deberían formar parte de la rutina de los planes de cuidados estándar para estos pacientes, y no deberían requerir un diagnóstico de enfermería individual. Sin embargo, si no se cuenta con un plan o un protocolo estándar, será necesario redactar un plan de enseñanza individualizado. Incluso en ese caso, *déficit de conocimientos* debería emplearse como la etiología de una respuesta, p. ej., *riesgo de mantenimiento incorrecto de la salud (gestión de la diabetes) relacionado con un déficit de conocimientos (medicación, dieta, ejercicio y cuidado dermatológico) posterior al diagnóstico inicial*.

En caso de emplearse, *déficit de conocimientos* debería describir condiciones en las que el paciente necesita conocimientos nuevos o adicionales. No debería emplearse para problemas relacionados con la incapacidad de aprendizaje del paciente (p. ej., *déficit de conocimientos relacionado con una gran*

*ansiedad sobre el resultado de la operación*). Rakel y Bulechek (1990) proponen un diagnóstico de *discapacidad de aprendizaje situacional: incapacidad de aprendizaje o discapacidad de aprendizaje situacional: falta de motivación para aprender* para estas condiciones. Sin embargo, no se trata de terminología estandarizada de la NANDA.

Hay al menos dos estudios que han demostrado que *déficit de conocimientos* es uno de los diagnósticos más frecuentemente utilizados (de forma errónea) en enfermería (Gordon, 1985; Lambert & Jones, 1989). Es posible que esto se deba, en parte, a un diagnóstico prematuro: es fácil reconocer un déficit de conocimientos, identificarlo como un problema y no mirar más allá, a la respuesta humana ante esa falta de conocimientos. El mal uso de este diagnóstico también se debe a la creencia errónea de que la información cambiará el comportamiento humano.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento [individual]: ineficaz  
 Conductas de riesgo para la salud, tendencia a adoptar  
 Incumplimiento, del tratamiento (especificar)  
 Mantenimiento de la salud, alteración en el  
 Mantenimiento del hogar, dificultades para el  
 Negación ineficaz  
 Régimen terapéutico: comunidad/familia/personal, manejo ineficaz del

### Resultados NOC

**Conocimiento: [especificar]:** alcance del conocimiento transmitido sobre, [p. ej.,] lactancia materna.

[**IMPORTANTE:** NOC cuenta con 26 resultados para conocimiento: lactancia materna, seguridad infantil, dieta, proceso de la enfermedad, conservación de la energía, conductas de salud, recursos sanitarios, control de la infección, medicación, seguridad personal, gestación, actividad prescrita, control del consumo de sustancias, régimen terapéutico, procedimiento(s) terapéutico(s), funcionamiento sexual, fomento de la fertilidad, parto y alumbramiento, puerperio, cuidado del lactante, control de la diabetes, prevención del embarazo, preconcepción, fomento de la salud, cuidado de la enfermedad y salud materno-infantil. Es posible colocar un elemento o resultado tras la etiqueta NOC conocimiento para crear otro resultado]

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

**IMPORTANTE:** dado que este diagnóstico es tan amplio y poco específico, los objetivos útiles, por supuesto, reflejarán el déficit de conocimientos específico del paciente, como en estos ejemplos ofrecidos para un *déficit de conocimientos* relacionado con la dieta.

- Demuestra **conocimiento: dieta**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: ninguno, limitado, moderado, sustancial, amplio):

Descripción de la dieta  
Descripción de las razones de la dieta  
Descripción de los alimentos permitidos en la dieta  
Descripción de las estrategias para cambiar los hábitos alimenticios  
Descripción de actividades de autocontrol

C

### Otros ejemplos

El paciente y la familia serán capaces de:

- Identificar la necesidad de información adicional relativa al tratamiento prescrito (p. ej., información sobre la dieta)
- Demostrar capacidades para \_\_\_\_\_ (especificar conocimientos o comportamiento)

### Intervenciones NIC

**IMPORTANTE:** estas intervenciones se han vinculado al diagnóstico *déficit de conocimientos*. Se pueden consultar otras intervenciones NIC en el ámbito “educación del paciente”, por ejemplo, gestión de la quimioterapia, facilitar el aprendizaje y fomentar la disposición al aprendizaje.

**Asesoramiento antes de la concepción:** detección y ofrecimiento de información y apoyo a personas en edad de tener niños antes del embarazo para fomentar la salud y reducir riesgos

**Asesoramiento para la lactancia:** empleo de un proceso de ayuda interactiva para ayudar a la realización de una lactancia correcta

**Ayuda en la lactancia materna:** preparación de una madre para dar el pecho a su bebé

**Conservación de la fertilidad:** ofrecimiento de información, consejo y tratamiento que facilite la salud reproductiva y la capacidad de concebir

**Cuidado de la ostomía:** mantenimiento de la eliminación mediante un estoma y cuidado del tejido circundante

**Educación paterna: adolescentes:** asistencia a los progenitores para comprender y ayudar a sus hijos adolescentes

**Educación paterna: crianza familiar de los niños:** ayuda a los progenitores para comprender y fomentar el crecimiento físico, psicológico y social, así como el desarrollo de sus hijos de 2-3 años, en edad preescolar o en edad escolar

**Educación paterna: familia con un nuevo bebé:** información sobre la alimentación y los cuidados físicos necesarios durante el primer año de vida

**Educación sanitaria:** desarrollo y ofrecimiento de instrucciones y experiencias para facilitar la adaptación voluntaria del comportamiento para mejorar la salud de los individuos, familias, grupos o comunidades

**Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito:** preparación de un paciente para alcanzar o mantener el nivel de actividad prescrito

**Enseñanza: cuidado del bebé:** instrucciones de seguridad durante el primer año de vida

**Enseñanza: dieta prescrita:** preparación de un paciente para seguir de forma correcta la dieta prescrita

**Enseñanza: habilidades psicomotoras:** preparación de un paciente para adquirir una habilidad psicomotora

- Enseñanza: individual:** planificación, implantación y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para hacer frente a las necesidades particulares de un paciente
- Enseñanza: medicamentos prescritos:** preparación de un paciente para ingerir de forma segura los medicamentos prescritos y controlar sus efectos
- Enseñanza: nutrición del bebé:** instrucciones sobre nutrición y alimentación durante el primer año de vida
- Enseñanza: nutrición del niño:** instrucciones sobre nutrición y alimentación durante el segundo y tercer año de vida
- Enseñanza: prequirúrgica:** asistencia a un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para una operación quirúrgica y el periodo de recuperación tras dicha operación
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento:** preparación de un paciente para comprender y prepararse mentalmente para un tratamiento o un procedimiento prescrito
- Enseñanza: proceso de enfermedad:** asistencia al paciente para comprender la información relativa al proceso de una determinada enfermedad
- Enseñanza: seguridad del niño pequeño:** instrucciones sobre seguridad durante el segundo y tercer año de vida
- Enseñanza: sexo seguro:** ofrecimiento de instrucciones relativas a la protección sexual durante la actividad sexual
- Enseñanza: sexualidad:** asistencia a los individuos para que comprendan las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y del desarrollo sexual
- Gestión de la tecnología reproductiva:** asistencia al paciente a través de los pasos del complejo tratamiento de la infertilidad
- Identificación de riesgos:** análisis de factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos sanitarios y priorización de las estrategias de reducción de riesgos para un individuo o grupo
- Información sensorial preparatoria:** descripción en términos concretos y objetivos de las experiencias sensoriales habituales, así como de los actos asociados a un futuro tratamiento o procedimiento sanitario que genera estrés
- Orientación sobre el sistema sanitario:** ofrecimiento de ayuda para la ubicación y el uso por parte del paciente de los sistemas sanitarios adecuados
- Planificación familiar: anticoncepción:** prevenciones contra el embarazo mediante el ofrecimiento de información sobre la fisiología de la reproducción y métodos de control de la concepción
- Planificación familiar: infertilidad:** gestión, educación y apoyo del paciente y las personas más cercanas en lo referente a la evaluación y el tratamiento de la infertilidad
- Preparación para el parto:** ofrecimiento de información y apoyo para facilitar el parto y mejorar las capacidades de un individuo para desarrollar y desempeñar el papel de progenitor
- Prevención de caídas:** toma de precauciones especiales en el caso de pacientes con riesgo de lesiones por caídas
- Prevención de infecciones:** prevención y detección precoz de infecciones en un paciente de riesgo

**Prevención del consumo de sustancias:** prevención de un estilo de vida de consumo de drogas o alcohol

**Promoción de los mecanismos corporales:** facilitación de la aplicación de posturas y movimientos en las actividades diarias para prevenir la fatiga y las lesiones o tensión musculoesqueléticas

C

### Actividades de enfermería

**IMPORTANTE:** dado que *déficit de conocimientos* es una etiqueta tan amplia, este apartado sólo ofrece actividades generales. Véase el manual de intervenciones NIC para obtener información sobre actividades de enfermería relacionadas con una intervención determinada, como enseñanza: sexo seguro, o enseñanza: habilidades psicomotoras.

#### Valoración

- Comprobar que el paciente entiende el tratamiento prescrito, así como cualquier otra información relevante
- (NIC) *Enseñanza: individual:*
  - Determinar las necesidades de aprendizaje del paciente
  - Evaluar el nivel de conocimientos y comprensión del contenido actual del paciente (p. ej., conocimientos sobre el tratamiento o procedimiento prescrito)
  - Determinar la capacidad del paciente para retener información específica (p. ej., nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cubiertas, estado emocional y adaptación a la enfermedad)
  - Determinar la motivación del paciente para aprender información específica (p. ej., creencias sobre salud, incumplimiento del tratamiento anterior, experiencias negativas en cuando a cuidados sanitarios y aprendizaje y objetivos en conflicto)
  - Valorar el método de aprendizaje del paciente

#### Educación del paciente y la familia

- Ofrecer la información adaptada al nivel de entendimiento del paciente, repetir tal información cuantas veces sean necesarias
- Emplear múltiples técnicas de enseñanza, demostraciones y comprobaciones orales y escritas.
- (NIC) *Enseñanza: individual:*
  - Establecer un informe
  - Establecer la credibilidad de quien realiza la enseñanza, según proceda
  - Establecer objetivos de aprendizaje realistas y comunes con el paciente
  - Ofrecer un entorno apropiado para la transmisión de la enseñanza
  - Seleccionar los métodos y estrategias de enseñanza adecuados
  - Seleccionar el material educativo adecuado
  - Reafirmar el comportamiento, según proceda
  - Dar tiempo al paciente para plantear preguntas y comentar aquello que le preocupe

Documentar en el informe médico permanente el contenido presentado, el material escrito ofrecido y la comprensión por parte del paciente de la información o un comportamiento de éste que dé muestras de aprendizaje

Incluir a la familia y a las personas cercanas, según proceda

C

### Actividades auxiliares

- Ofrecer información sobre los recursos de la comunidad que podrían servir de ayuda al paciente para mantener el tratamiento
- Desarrollar un plan de enseñanza multidisciplinar coordinado; especificar el plan
- Planear con el paciente y el médico un ajuste del tratamiento para facilitar al primero el seguimiento del tratamiento prescrito

### Otras

- Interactuar con el paciente sin juzgarle para facilitar el aprendizaje

### En el domicilio

- La enseñanza es tan importante en emplazamientos de cuidados intensivos como en el domicilio. Todas las intervenciones antes mencionadas se pueden adaptar a su uso en el domicilio.
- Encontrar un lugar adecuado en el domicilio para realizar la enseñanza
- Valorar el grado de alfabetismo; adaptar el material y las estrategias como corresponda
- Considerar la posibilidad de emplear video-conferencias y programas informáticos

### Bebés y niños

- Modificar las estrategias de enseñanza y comunicación según la etapa de desarrollo del niño (p. ej., los adolescentes aprenden bien en grupos de coetáneos)

### Personas mayores

- Valorar las discapacidades físicas y mentales que impiden el aprendizaje (p. ej., déficit auditivo, pérdida de destreza psicomotriz) y adaptar la enseñanza según corresponda
- Asegurarse de que las gafas y las ayudas auditivas funcionen correctamente
- Ofrecer material impreso al paciente para que lo pueda emplear más tarde en un entorno más relajado
- Repetir y reafirmar la información; realizar sesiones breves
- Emplear material audiovisual (p. ej., televisión, DVD)

---

## CONOCIMIENTOS (ESPECIFICAR), DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS

**C** (2002)

**Definición:** la adquisición de información cognitiva relativa a un tema determinado es suficiente para alcanzar objetivos sanitarios y puede reforzarse

### Características definitorias

#### Subjetivas

Explica sus conocimientos sobre el tema  
Manifiesta interés por el aprendizaje

#### Objetivas

Comportamiento consecuente con el conocimiento expresado  
Descripción de experiencias previas relativas al tema

### Factores relacionados

Este diagnóstico es positivo, por lo que no se necesita ninguna etiología.

### Sugerencias de uso

Véase la información acerca del diagnóstico *déficit de conocimientos*, en las págs. 375-376. Si es posible, emplear un diagnóstico más específico, como uno de los ejemplos del apartado “Otros posibles diagnósticos”.

### Otros posibles diagnósticos

Eliminación urinaria, disposición para mejorar la  
Manejo del régimen terapéutico, disposición para mejorar el  
Nutrición, disposición para mejorar la  
Rol parental, disposición para mejorar  
Sueño, disposición para mejorar el

### Resultados NOC

**NOTA:** sólo se relacionan tres resultados NOC a disposición para mejorar los conocimientos. Dichos resultados se enumeran y definen más adelante. Sin embargo, hay 26 resultados NOC de conocimiento en el ámbito de conocimientos sanitarios; éstos son: conocimiento: lactancia materna, seguridad infantil, dieta, proceso de la enfermedad, conservación de la energía, conductas de salud, recursos sanitarios, control de la infección, medicación, seguridad personal, gestación, actividad prescrita, control del consumo de sustancias, régimen terapéutico, procedimiento(s) terapéutico(s), funcionamiento sexual, fomento de la fertilidad, parto y alumbramiento, puerperio, cuidado del lactante, control de la diabetes, prevención del embarazo, preconcepción, fomento de la salud, cuidado de la enfermedad y salud materno-infantil. Es

posible colocar un elemento o resultado tras el resultado NOC conocimiento para crear otro resultado.

**Conocimiento: conductas de salud:** alcance de conocimientos acerca del fomento y la protección de la salud

**Conocimiento: fomento de la salud:** alcance de conocimientos acerca de la información necesaria para alcanzar y mantener una salud óptima

**Conocimiento: recursos sanitarios:** alcance de conocimientos acerca de los recursos sanitarios relevantes

C

## Objetivos/criterios de evaluación

### Otros ejemplos

El paciente y la familia serán capaces de:

- Identificar la necesidad de información adicional relativa a los comportamientos que promueven la salud o al tratamiento prescrito (p. ej., información sobre la dieta)
- Demostrar capacidades para \_\_\_\_\_ (especificar conocimientos o comportamiento)

## Intervenciones NIC

A continuación, se muestran las intervenciones NIC relacionadas con los resultados NOC anteriores. También se pueden consultar las intervenciones NIC para déficit de conocimientos, en las págs. 204-206. Es posible que se puedan aplicar muchas intervenciones NIC en función de la situación del paciente.

**Educación sanitaria:** desarrollo y ofrecimiento de instrucciones y experiencias para facilitar la adaptación voluntaria del comportamiento para mejorar la salud de los individuos, familias, grupos o comunidades

**Orientación sobre el sistema sanitario:** ofrecimiento de ayuda para la ubicación y el uso por parte del paciente de los sistemas sanitarios adecuados

**Facilitar el aprendizaje:** fomento de la capacidad de procesar y retener información

**Fomentar la disposición al aprendizaje:** mejora de la capacidad y el interés para recibir información

## Actividades de enfermería

**NOTA:** véase el apartado actividades de enfermería de déficit de conocimientos, en las págs. 206-207. Dado que déficit de conocimientos es una etiqueta tan amplia, este apartado sólo ofrece actividades generales.

### Otras

- Ayudar al paciente a establecer objetivos de aprendizaje realistas
- Emplear diferentes estrategias de enseñanza
- Relacionar el contenido nuevo con conocimientos o experiencias anteriores
- Dejar tiempo para que el paciente plantee preguntas

---

## CONTAMINACIÓN

(2006)

C

**Definición:** exposición a contaminantes ambientales en dosis suficiente para provocar efectos adversos en la salud.

### Características definatorias

Las características definatorias dependen del agente causal. Los agentes provocan distintas respuestas en los órganos, así como reacciones sistémicas

#### Biológicos

Efectos dermatológicos, gastrointestinales, neurológicos, pulmonares y renales de la exposición a tóxicos biológicos  
(Los biológicos incluyen también las toxinas de organismos vivos [bacterias, virus, hongos])

#### Químicos

Efectos dermatológicos, gastrointestinales, inmunológicos, neurológicos, pulmonares y renales de la exposición a sustancias químicas  
(Principales agentes químicos: derivados del petróleo, anticolinesterásicos)  
Los agentes tipo I actúan en la porción traqueobronquial proximal del aparato respiratorio  
Los agentes tipo II actúan en los alvéolos  
Los agentes tipo III provocan reacciones sistémicas)

#### Pesticidas

Efectos dermatológicos, gastrointestinales, neurológicos, pulmonares y renales de la exposición a pesticidas  
(Principales categorías de pesticidas: insecticidas, herbicidas, fungicidas, antimicrobianos, rodenticidas)  
Principales pesticidas: organofosforados, carbamatos, organoclorados, piretrina, arsénico, glucofosfatos, bupiridilos, clorofenoxi)

#### Polución

Efectos neurológicos y pulmonares de la exposición a la polución  
(Localizaciones principales: aire, agua, suelo)  
(Principales agentes contaminantes: asbesto, radón, tabaco, metales pesados, plomo, ruido, gases de tubos de escape)

#### Radiación

Efectos genéticos, inmunológicos, neurológicos y oncológicos de la exposición a la radiación  
(Categorías:  
Interna: exposición por ingestión de material radioactivo [p. ej., alimentos o agua contaminados]  
Externa: exposición por contacto directo con materiales radioactivos)

## Desechos

Efectos dermatológicos, gastrointestinales, hepáticos y pulmonares de la exposición a desechos  
(Categorías: basura, aguas residuales, residuos industriales)

C

## Factores relacionados

### Externos

Aplicar pinturas, lacas, etc., en áreas mal ventiladas o sin protección eficaz  
Área geográfica (vivir en una zona con un alto nivel de contaminantes)  
Ausencia de degradación de los contaminantes una vez que llegan al interior de los edificios (la degradación se inhibe por la ausencia de sol y de exposición a la lluvia)  
Bioterrorismo  
Contacto sin protección con metales pesados o sustancias químicas (p. ej., arsénico, cromo, plomo)  
Contaminación química de alimentos y agua  
Desastres (naturales o provocados por el hombre)  
Desprendimientos de pintura o escayola en presencia de niños pequeños  
Exposición a la radiación (trabajar en radiología, trabajo en centrales nucleares y plantas generadoras de electricidad, vivir cerca de centrales nucleares y plantas generadoras de electricidad)  
Higiene personal y doméstica  
Jugar en exteriores donde se utilizan contaminantes ambientales  
Pobreza (aumenta el riesgo de múltiples exposiciones, no acceso a los servicios sanitarios y mala alimentación)  
Presencia de polución en la atmósfera  
Servicios municipales inadecuados (basuras, tratamiento de aguas residuales)  
Superficie del suelo (las superficies enmoquetadas retienen más los residuos de contaminantes que las superficies duras)  
Trajes protectores inadecuados o ausentes  
Uso de contaminantes ambientales en el domicilio (p. ej., pesticidas, sustancias químicas, humo de tabaco)

### Internos

Características del desarrollo de los niños  
Edad (los niños menores de cinco años respiran más aire, beben más agua y consumen más alimentos por kilogramo de peso que los adultos, aumentando la exposición a los tóxicos presentes en aire, agua, suelo y alimentos)  
Edad (personas mayores: declive normal de la función de los sistemas inmunológico, cutáneo, cardíaco, renal y pulmonar; aumento del tejido adiposo y reducción de la masa corporal no grasa)  
Edad gestacional en la exposición  
Enfermedades previas  
Exposiciones conjuntas o previas  
Factores nutricionales (p. ej., obesidad, déficit de vitaminas y minerales)  
Fumar  
Gestación

Sexo (las mujeres tienen mayor proporción de grasa corporal, lo que aumenta la probabilidad de acumular más toxinas liposolubles que los hombres)

### **C** Sugerencias de uso

Como está descrito, este diagnóstico parece destinado a utilizarse con pacientes concretos y no con comunidades, aunque algunas intervenciones podrían ser comunitarias. No utilizar este diagnóstico para todos los pacientes que hayan estado expuestos a una pequeña cantidad de contaminante ambiental. Todos estamos expuestos, diariamente, a cierta dosis (como mínimo) de contaminantes ambientales. Ha de utilizarse este diagnóstico sólo si la persona sufre efectos adversos en su salud o si la dosis fue lo suficientemente alta como para que esos efectos sean esperables (aunque aún no hayan aparecido síntomas). Si el contaminante es el látex, utilizar el diagnóstico más específico: *respuesta alérgica al látex*.

### Otros posibles diagnósticos

Látex, respuesta alérgica al

### Resultados NOC

Los objetivos para este diagnóstico deberían centrarse en los motivos de la exposición y en los síntomas específicos provocados por los órganos afectados. éstos serán muy variados, según las situaciones. Todavía no se han vinculado resultados NOC a este diagnóstico. Algunas posibilidades son:

**Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar:** disposiciones físicas para minimizar los factores ambientales que podrían causar daños físicos o lesiones en el hogar

**Control comunitario del riesgo: exposición al plomo:** acciones comunitarias para reducir la exposición y envenenamiento por plomo

**Gravedad del síntoma:** gravedad de los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico, emocional y social

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **conducta de seguridad: ambiente físico del hogar**, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: no, ligeramente, moderadamente, sustancialmente, o totalmente adecuado):
  - Almacenamiento y eliminación seguros de materiales peligrosos
  - Corrección de los riesgos asociados al plomo
  - Eliminación de los ruidos nocivos
  - Mantenimiento del detector de monóxido de carbono
  - Colocación de etiquetas apropiadas para advertir del peligro

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Identificar cómo se produjo la contaminación (p. ej., en el trabajo, en la comunidad, en casa)

- Identificar métodos para evitar posibles contaminaciones
- Estabilizarse fisiológicamente en el estado previo a la contaminación
- Eliminar o modificar factores de su entorno personal que contribuyan a la contaminación

C

### Intervenciones NIC

Aún no se han vinculado intervenciones NIC a este diagnóstico. Las siguientes podrían ser útiles:

**Control de las enfermedades contagiosas:** trabajar con una comunidad para disminuir y manejar la incidencia y prevalencia de enfermedades contagiosas en una población concreta

**Cuidado de urgencia:** administrar medidas de soporte vital en situaciones letales

**Educación sanitaria:** elaborar y suministrar información y enseñanzas para facilitar la adopción voluntaria de conductas de salud en individuos, familias, grupos y comunidades

**Primeros auxilios:** proporcionar la primera atención en lesiones poco importantes

**Protección de riesgos medioambientales:** prevenir y detectar enfermedades y daños en poblaciones de riesgo que habitan en entornos peligrosos

### Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería en este diagnóstico deberían centrarse en modificar los factores relacionados, o etiologías, de la *contaminación*. Éstos son enormemente variados; a continuación se describen algunos ejemplos:

#### Valoración

- Vigilar los efectos sistémicos (p. ej., dermatológicos, gastrointestinales, neurológicos, pulmonares, renales) de la exposición al contaminante
- Determinar dónde y cómo se produjo la exposición al contaminante

#### Educación del paciente y la familia

- Asegurarse de que la familia conoce si existen niveles altos de contaminantes en su zona geográfica
- Proporcionar información acerca del uso de trajes protectores, por ejemplo, cuando se utilizan pesticidas
- Enseñar los peligros de ser fumador pasivo

#### Actividades auxiliares

- Comunicar la situación del paciente a los organismos encargados de la protección del medio ambiente

#### Otras

- Conocer dónde se pueden encontrar rápidamente las normas, procedimientos y protocolos de descontaminación

C

### En el domicilio

- Buscar pintura desconchada en el domicilio, especialmente si es una casa antigua
- Valorar la presencia de otros contaminantes en el hogar, como moho, pesticidas o humo
- Enseñar a los pacientes a preparar comidas con seguridad y métodos de almacenamiento seguros
- Instruir a los pacientes acerca del control de los vectores y huéspedes animales (p. ej., mosquitos, ratas)
- Ayudar al paciente a identificar formas de evitar trasladar a casa los contaminantes del lugar de trabajo (p. ej., cambiándose de ropa al salir del trabajo si es posible; si no, despojarse de la ropa de trabajo y ducharse fuera de casa antes de llegar al domicilio)

---

## CONTAMINACIÓN, RIESGO DE

(2006)

**Definición:** riesgo importante de exposición a contaminantes ambientales en dosis suficiente como para provocar efectos adversos en la salud.

### Factores de riesgo

#### Externos

Aplicar pinturas, lacas, etc., en áreas mal ventiladas o sin protección eficaz

Área geográfica (vivir en una zona con un alto nivel de contaminantes)

Ausencia de degradación de los contaminantes una vez que llegan al interior de los edificios (la degradación se inhibe por la ausencia de sol y de exposición a la lluvia)

Bioterrorismo

Contacto sin protección con metales pesados o sustancias químicas (p. ej., arsénico, cromo, plomo)

Contaminación química de alimentos y agua

Desastres (naturales o provocados por el hombre)

Desprendimientos de pintura o escayola en presencia de niños pequeños

Exposición a la radiación (trabajar en radiología, trabajo en centrales nucleares y plantas generadoras de electricidad, vivir cerca de centrales nucleares y plantas generadoras de electricidad)

Higiene personal y doméstica

Jugar en exteriores donde se utilizan contaminantes ambientales

Pobreza (aumenta el riesgo de múltiples exposiciones, no acceso a los servicios sanitarios, y mala alimentación)

Presencia de polución en la atmósfera

Servicios municipales inadecuados (basuras, tratamiento de aguas residuales)  
 Superficie del suelo (las superficies enmoquetadas retienen más los residuos contaminantes que las superficies duras)  
 Trajes protectores inadecuados o ausentes  
 Uso de contaminantes ambientales en el domicilio (p. ej., pesticidas, sustancias químicas, humo de tabaco)

C

### Internos

Características del desarrollo de los niños  
 Edad (los niños menores de cinco años respiran más aire, beben más agua y consumen más alimentos por kilo de peso que los adultos, por lo que aumenta la exposición a los tóxicos presentes en aire, agua, suelo y alimentos)  
 Edad (personas mayores: declive normal de la función de los sistemas inmunitario, cutáneo, cardíaco, renal, y pulmonar; aumento del tejido adiposo y reducción de la masa corporal no grasa)  
 Edad gestacional en la exposición  
 Enfermedades previas  
 Exposiciones conjuntas o previas  
 Exposiciones previas  
 Factores nutricionales (p. ej., obesidad, déficit de vitaminas y minerales)  
 Fumar  
 Gestación  
 Sexo (las mujeres tienen mayor proporción de grasa corporal, lo que aumenta la probabilidad de acumular más toxinas liposolubles que los hombres)

### Sugerencias de uso

Este diagnóstico es más específico que *riesgo de lesión* y, por lo tanto, es el elegido cuando se sabe que lesión proviene de un contaminante ambiental. Si el contaminante es el látex, se debe utilizar *respuesta alérgica al látex*. Si el factor de riesgo es la exposición a microorganismos, se debe utilizar *riesgo de infección*.

### Otros posibles diagnósticos

Infección, riesgo de  
 Látex, riesgo de respuesta alérgica al  
 Lesión, riesgo de

### Resultados NOC

Todavía no se han vinculado resultados NOC a este diagnóstico. Algunas posibilidades son:

**Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar:** disposiciones físicas para minimizar los factores ambientales que podrían causar daños físicos o lesiones en el hogar

**Conducta de seguridad: personal:** acciones personales de un adulto para controlar las conductas que pueden provocar lesiones físicas

**Control del riesgo:** acciones personales para prevenir, eliminar o reducir los peligros modificables para la salud

**Estado de salud comunitaria:** estado global de bienestar de una comunidad o población

## C Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **conducta de seguridad: ambiente físico del hogar**, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nada, ligeramente, moderadamente, sustancialmente, o totalmente adecuado):
  - Almacenamiento y eliminación seguros de materiales peligrosos
  - Corrección de los riesgos asociados al plomo
  - Eliminación de los ruidos nocivos
  - Mantenimiento del detector de monóxido de carbono
  - Colocación de etiquetas apropiadas para advertir del peligro

### Otros ejemplos

La comunidad será capaz de:

- Mostrar indicios de que ha tomado medidas destinadas a la protección de la salud, como fluoración y redes de alcantarillado
- Cumplir con los estándares de salud ambiental

El paciente será capaz de:

- Tener en cuenta los factores de riesgo ambientales
- Evitar la exposición de los contaminantes ambientales
- Modificar su estilo de vida para evitar la exposición a los contaminantes ambientales
- Utilizar trajes y dispositivos protectores cuando sea probable la exposición a contaminantes (p. ej., llevar protector solar)

### Intervenciones NIC

Todavía no se han vinculado intervenciones NIC a este diagnóstico. Las siguientes podrían ser útiles:

**Desarrollo de la salud comunitaria:** ayudar a los miembros de una comunidad a identificar los problemas de salud, movilizar los recursos y poner en marcha las soluciones

**Educación sanitaria:** elaborar y suministrar información y enseñanzas para facilitar la adopción voluntaria de conductas de salud en individuos, familias, grupos y comunidades

**Inmunización/administración de vacunas:** vigilar el estado de inmunización, facilitando el acceso a inmunizaciones y administrándolas para prevenir enfermedades contagiosas

**Preparativos para el bioterrorismo:** prepararse para una reacción efectiva ante ataques o desastres bioterroristas

**Preparativos para los desastres comunitarios:** prepararse para una reacción efectiva ante grandes desastres

**Protección de riesgos medioambientales:** prevenir y detectar enfermedades y lesiones en poblaciones con riesgo de peligros ambientales

### Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería en este diagnóstico deberían centrarse en identificar y eliminar los factores de riesgo, en el hogar y en la comunidad.

C

#### Valoración

- Identificar los contaminantes ambientales presentes en la comunidad
- Trabajar con personas e instituciones de la comunidad para aumentar la conciencia de los contaminantes ambientales presentes
- Reunir a individuos y grupos para debatir acerca de intereses comunes y opuestos

#### Educación del paciente y la familia

- Asegurarse de que la familia conoce si existen niveles altos de contaminantes en su zona geográfica
- Proporcionar información acerca del uso de trajes protectores, p. ej., cuando se utilizan pesticidas
- Enseñar los peligros del fumador pasivo

#### Actividades auxiliares

- Comunicar la presencia de contaminantes ambientales a los organismos encargados de la protección del medio ambiente
- Consultar con epidemiólogos y profesionales del control de infecciones si es preciso

#### Otras

- Conocer dónde se pueden encontrar rápidamente las normas, procedimientos y protocolos de descontaminación

#### En el domicilio

- Consultar las actividades del diagnóstico de contaminación, en las págs. 213-214

---

## CRECIMIENTO, RIESGO DE ALTERACIÓN DEL

(1998)

**Definición:** riesgo de crecimiento por encima del percentil 97 o por debajo del tercer percentil según la edad, cruzando dos canales de percentiles.

## Factores de riesgo

C

Exposición a agentes teratógenos  
Gestación múltiple  
Infección materna  
Nutrición materna  
Trastornos congénitos o genéticos  
Uso o abuso de drogas

### *Prenatales*

### *Individuales*

Abuso de drogas  
Anorexia  
Apetito insaciable  
Comportamientos alimentarios inadaptados individuales o del cuidador  
Desnutrición  
Enfermedad crónica  
[Factores orgánicos e inorgánicos]  
Infección  
Prematuridad

### *Medioambientales*

Desastres naturales  
Envenenamiento con plomo  
Pobreza  
Privación  
Teratógenos  
Violencia

### *Cuidador*

Abuso  
Discapacidad de aprendizaje grave  
Retraso mental  
Trastorno mental

## Sugerencias de uso

Hay muchos trastornos, incluyendo otros diagnósticos de enfermería, que crean *riesgo de crecimiento desproporcionado*, como la *lactancia ineficaz*. El diagnóstico *riesgo de crecimiento desproporcionado* relacionado con *lactancia ineficaz* sugiere los objetivos centrados en ganancia o pérdida de peso, pero ofrece poca guía para actividades de enfermería que pueden servir para corregir el problema de lactancia; mientras que un diagnóstico de *lactancia ineficaz* relacionado con ansiedad o ambivalencia materna ofrece dirección para las actividades de enfermería que intentan corregir el problema de lactancia e, indirectamente, para corregir el *riesgo de crecimiento desproporcionado*. Cuando sea posible, deben usarse los diagnósticos más específicos en lugar del diagnóstico más general, *riesgo de crecimiento desproporcionado*.

Puesto que el desarrollo suele evaluarse de forma regular en los cuidados de enfermería de los niños, no suele requerirse una declaración diagnóstica

para esa aplicación; dicha evaluación suele incluirse en las normas de cuidados pediátricos. De forma parecida, esta etiqueta no resulta apropiada para un niño con falta de crecimiento. Este problema puede describirse mejor mediante uno de los diagnósticos de funcionamiento familiar o mediante un diagnóstico de *desequilibrio nutricional: inferior a los requisitos*.

C

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante  
 Afrontamiento individual: ineficaz  
 Alimentación ineficaz del lactante, patrón de  
 Autocuidado: alimentación, déficit del  
 Crecimiento y desarrollo, alteración del  
 Lactancia materna, ineficaz  
 Nutrición: por defecto, alteración de la  
 Parental, alteración

### Resultados NOC

**Desarrollo del niño: 6 meses:** hitos de progreso físico, cognitivo y psicosocial a los 6 meses de edad

**Desarrollo del niño: 12 meses:** hitos de progreso físico, cognitivo y psicosocial a los 12 meses de edad

**Desarrollo del niño: 2 años:** hitos de progreso físico, cognitivo y psicosocial a los 2 años de edad

**Desarrollo del niño: 3 años:** hitos de progreso físico, cognitivo y psicosocial a los 3 años de edad

**Desarrollo del niño: 4 años:** hitos de progreso físico, cognitivo y psicosocial a los 4 años de edad

**Desarrollo del niño: 5 años:** hitos de progreso físico, cognitivo y psicosocial a los 5 años de edad

**Desarrollo del niño: (6-11 años):** hitos de progreso físico, cognitivo y psicosocial desde los 6 hasta los 11 años de edad

**Desarrollo del niño: adolescencia (12-17 años):** hitos de progreso físico, cognitivo y psicosocial de los 12 a los 17 años de edad

**Crecimiento:** aumento normal del tamaño óseo y el peso corporal durante los años de crecimiento

### Objetivos/criterios de evaluación

**IMPORTANTE:** este texto puede únicamente proporcionar ejemplos de normas de crecimiento. Consulte los textos pediátricos o sobre desarrollo infantil para un comentario completo sobre el crecimiento o consulte el *Nursing Outcomes Classification (NOC)* para una lista completa de los indicadores para cada grupo de edad: 6 y 12 meses; 2, 3, 4 y 5 años, infancia media y adolescencia.

- El niño alcanzará las normas de crecimiento esperadas, como peso, circunferencia de la cabeza, edad ósea y masa corporal medios, es decir, no superiores al percentil 97, o inferiores al tercer percentil para su edad

- La maduración física progresará con normalidad, p. ej., para las niñas: brote de crecimiento entre los 9,5 y los 14,5 años de edad, con desarrollo de las mamas e inicio de la menstruación; para los niños: brote de crecimiento entre los 10,5 y los 16 años de edad, con cambio de voz, aumento del pene y aumento de la masa muscular

C

### Intervenciones NIC

**Control y seguimiento de la nutrición:** recogida y análisis de datos del paciente para prevenir o minimizar la desnutrición

**Cuidado del lactante:** provisión de cuidados centrados en la familia y apropiados al desarrollo del niño menor de un año

**Chequeo sanitario:** detección de los riesgos o problemas sanitarios mediante los antecedentes clínicos, la exploración médica y otros procedimientos

**Enseñanza: nutrición del lactante:** proporcionar información sobre nutrición y prácticas de alimentación durante el primer año de vida

**Enseñanza: nutrición infantil:** proporcionar información sobre nutrición y prácticas de alimentación durante el segundo y tercer años de vida

**Gestión de la nutrición:** ayudar o proporcionar una ingesta equilibrada de alimentos y líquidos

**Gestión del peso:** facilitar el mantenimiento de un peso corporal y un porcentaje de grasa corporal óptimos

### Actividades de enfermería

**IMPORTANTE:** puesto que este diagnóstico de enfermería es tan amplio, no resulta posible listar aquí todas las actividades de enfermería posibles. Consulte las secciones específicas para cada edad en los textos sobre crecimiento y desarrollo para ver la lista completa de actividades.

Muchas de las intervenciones para prevenir el crecimiento desproporcionado se usan en el periodo prenatal. Remítase a un libro de consulta sobre maternidad para ver más información sobre la prevención de partos prematuros y lactantes pequeños para su edad gestacional.

### Valoración

- Controlar las interacciones y la comunicación entre padres y niño
- Controlar las tendencias a la pérdida o ganancia de peso
- Determinar las preferencias alimenticias
- Evaluar el conocimiento, los recursos, el sistema de apoyo, las destrezas de afrontamiento y el nivel de compromiso del cuidador para desarrollar un plan de cuidados para eliminar los factores de riesgo
- Evaluar la adecuación de la ingesta nutricional, como calorías o nutrientes
- Realizar una evaluación sanitaria en profundidad (p. ej., anamnesis, temperamento, cultura, entorno familiar, comprobación del desarrollo, etc.) para determinar los factores de riesgo
- Tomar medidas de los pliegues

### Educación del paciente y la familia

- Aconsejar a las mujeres embarazadas que consulten con su médico de Atención Primaria antes de tomar cualquier medicamento
- Proporcionar información sobre las necesidades nutricionales a paciente y familia
- Enseñar las pautas de crecimiento normales a los cuidadores

C

### Actividades auxiliares

- Realizar las funciones de gestor de caso para garantizar unos cuidados completos gracias a la coordinación de los esfuerzos médicos, escolares, rehabilitadores y de servicios sociales
- Remitir a un experto en nutrición para enseñanza y planificación de la alimentación

### Otras

- Ayudar a los cuidadores o padres a elaborar un plan de cuidados (para planes e intervenciones de cuidados posibles, consultar las actividades de enfermería para otros posibles diagnósticos que se presentan en la pág. 219).
- Establecer una relación terapéutica y de confianza con los cuidadores o los padres

---

## CRECIMIENTO Y DESARROLLO, ALTERACIÓN DEL (1986)

**Definición:** desviaciones de las normas para el grupo de edad.

### Características definitorias

#### Objetivas

Alteración del crecimiento físico

Apatía

Estado de ánimo imperturbable

Incapacidad de realizar las actividades de autocuidado o autocontrol apropiadas para su edad

Reducción del tiempo de respuesta

Retraso o dificultad para realizar las destrezas (motoras, sociales o expresivas) típicas de su grupo de edad

### Factores relacionados

Cuidados inadecuados

Deficiencias en el entorno y la estimulación

Dependencia prescrita  
Efectos de la discapacidad física  
Indiferencia  
Reacciones inconsistentes  
Separación de las personas significativas  
Variedad de cuidadores

C

### Otros factores relacionados (diferentes a los de la NANDA)

Abuso  
Anomalía congénita  
Cambios en el sistema familiar  
Cuidados prenatales inadecuados  
Enfermedad materna aguda o crónica  
Enfermedad neonatal  
Enfermedad o lesión grave  
Estilo de vida materno poco saludable durante el embarazo  
Formación inadecuada de lazos afectivos  
Pérdida  
Pobreza  
Prematuridad  
Separación traumática  
Sufrimiento fetal durante o después del parto

### Sugerencias de uso

No se recomienda la utilización de esta etiqueta, puesto que es demasiado amplia como para indicar acciones de enfermería. Hay muchos diagnósticos de enfermería que podrían considerarse *alteración del crecimiento y desarrollo* o causados por ella, como *déficit del autocuidado*, *incontinencia urinaria*, *trastorno de la comunicación verbal* y *alteración parental*. Cuando sea posible, deben usarse las etiquetas más específicas. Si el problema es posible, en lugar de real, debe usarse *riesgo de alteración del crecimiento* o *riesgo de alteración del desarrollo*.

Puesto que el desarrollo y el crecimiento suelen evaluarse de forma regular en los cuidados de enfermería de los niños, no suele requerirse una afirmación diagnóstica para esa aplicación; dicha evaluación suele incluirse en las normas de cuidados pediátricos. Esta etiqueta no es apropiada para un niño con deficiencia mental (p. ej., *alteración del crecimiento y desarrollo relacionada con el síndrome de Down*). En su lugar, debe diagnosticarse la tarea funcional específica que no puede realizar el niño (p. ej., *déficit del cuidado: alimentación*). De forma parecida, esta etiqueta probablemente no resulte apropiada para un niño con falta de crecimiento. Este problema puede describirse mejor mediante uno de los diagnósticos de funcionamiento familiar o mediante un diagnóstico de *alteración de la nutrición: por defecto*. *Alteración del crecimiento y desarrollo* se usa de forma apropiada para un niño con problemas para alcanzar las tareas de desarrollo específicas para la edad y las normas de crecimiento.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido  
 Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante  
 Afrontamiento individual: ineficaz  
 Alimentación ineficaz del lactante, patrón de  
 Autocuidado (especifíquese), déficit del  
 Comunicación verbal, trastorno de la  
 Incontinencia fecal  
 Incontinencia urinaria  
 Lactancia materna, ineficaz  
 Nutrición: por defecto, alteración de la  
 Parental, alteración

C

### Resultados NOC

**Desarrollo del niño: 1 mes:** hitos de progreso físico, cognitivo y psicosocial el primer mes de vida

**Desarrollo del niño: 2 meses:** hitos de progreso físico, cognitivo y psicosocial a los 2 meses de vida

**Desarrollo del niño: 4 meses:** hitos de progreso físico, cognitivo y psicosocial a los 24 meses de vida

**Estado de envejecimiento físico:** cambios físicos normales que se producen con el proceso de envejecimiento natural

**Maduración física: hombre:** cambios físicos normales en el varón que ocurren con la transición de la niñez a la etapa adulta

**Maduración física: mujer:** cambios físicos normales en la mujer que ocurren con la transición de la niñez a la etapa adulta

Debe remitirse también a los resultados NOC para riesgo de alteración del crecimiento, en la pág. 219.

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Progreso normal según el **estado de envejecimiento físico**, tal como lo prueban los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: grave, sustancial, moderada, ligera o ninguna desviación del rango normal):
  - Masa corporal media, densidad ósea, metabolismo basal, elasticidad cutánea y fortaleza muscular
  - Gasto cardíaco, capacidad vital y tensión arterial
  - Agudeza auditiva, visual, olfativa y gustativa

#### Otros ejemplos

Esta sección sólo puede ofrecer ejemplos. Debe remitirse al manual *Nursing Outcomes Classification (NOC)* o a un texto pediátrico para una lista completa de indicadores para cada grupo de edad: 2, 4, 6 y 12 meses; 2, 3, 4 y 5 años, infancia media y adolescencia.

- El niño alcanzará los patrones de crecimiento esperados, como peso, circunferencia de la cabeza, edad ósea y masa corporal media, es decir, no superiores al percentil 97 ni inferiores al tercer percentil para su edad
- El niño alcanzará los hitos de progreso físico, cognitivo y psicosocial (especificar la edad en que se alcanzaron), sin retraso en el rango esperado
- Los ejemplos de indicadores de un desarrollo infantil normal para un niño de seis meses son los siguientes: rodar, sentarse con apoyo, agarrar objetos y llevarlos a la boca
- La maduración física progresará con normalidad, p. ej., para las niñas: brote de crecimiento entre los 9,5 y los 14,5 años de edad, desarrollo de las mamas e inicio de la menstruación; para los niños: brote de crecimiento entre los 10,5 y los 16 años de edad, cambio de voz, aumento del pene, aumento de la masa muscular
- El paciente alcanzará los máximos niveles de bienestar, independencia y crecimiento y desarrollo posibles dada su enfermedad o discapacidad

### Intervenciones NIC

**Control y seguimiento de la nutrición:** recogida y análisis de datos del paciente para prevenir o minimizar la desnutrición

**Cuidado del recién nacido:** gestión del neonato durante la transición a la vida extrauterina y el posterior periodo de estabilización

**Fomento del desarrollo:** estructurar el entorno y ofrecer cuidados en respuesta a los impulsos conductuales y estados del neonato prematuro

**Cuidados del lactante:** provisión de cuidados centrados en la familia y apropiados al desarrollo del niño menor de un año

**Chequeo sanitario:** detección de los riesgos o problemas sanitarios mediante el estudio de los antecedentes clínicos, la exploración médica y otros procedimientos

**Educación paterna: crianza familiar de los niños:** ayudar a los padres a comprender y promover el crecimiento y el desarrollo físico, psicológico y social de sus hijos pequeños, preescolares o en edad escolar

**Enseñanza: estimulación del lactante:** enseñar a los padres y cuidadores a proporcionar actividades sensoriales apropiadas para su desarrollo para promover el desarrollo y el movimiento durante el primer año de vida

**Facilitar la autorresponsabilidad:** animar al paciente a asumir más responsabilidad por su propio comportamiento

**Fomento del desarrollo: adolescente:** facilitar el crecimiento físico, cognitivo, social y emocional óptimo de las personas en la transición desde la infancia a la etapa adulta

**Fomento del desarrollo: niño:** ayudar o enseñar a los padres y cuidadores a facilitar el crecimiento en destrezas motoras gruesas y finas, destrezas de lenguaje, cognitivas, sociales y emocionales de niños preescolares y en edad escolar

**Gestión de la nutrición:** ayudar o proporcionar una ingesta alimenticia equilibrada de alimentos y líquidos

**Identificación de riesgos:** realizar el análisis de los posibles factores de riesgo, determinación de los riesgos para la salud y priorización de las estrategias de reducción de riesgos para una persona o grupo

**Promoción de la paternidad:** proporcionar información parental, apoyo y coordinación sobre servicios completos a familias de alto riesgo

**Terapia nutricional:** administración de alimentos y líquidos que soporten los procesos metabólicos de un paciente desnutrido o con riesgo elevado de malnutrición

C

### Actividades de enfermería

**IMPORTANTE:** puesto que este diagnóstico de enfermería es tan amplio y poco específico, no resulta posible listar aquí todas las actividades de enfermería posibles. Consultar el manual *Nursing Intervention Classification (NIC)* y las secciones específicas para la edad en los textos sobre crecimiento y desarrollo para ver listas completas de las actividades.

### Valoración

- Evaluar el conocimiento, los recursos, el sistema de apoyo, las destrezas de afrontamiento y el nivel de compromiso del cuidador para desarrollar un plan de cuidados
- Realizar una evaluación sanitaria en profundidad (p. ej., anamnesis del niño, temperamento, cultura, entorno familiar, comprobación de desarrollo) para determinar el nivel funcional
- Identificar posibles problemas físicos relacionados, como deshidratación, caídas, rinoфарингитис, rotura cutánea y otros, e iniciar planes para prevenirlos
- Controlar las interacciones y la comunicación entre padres y niño
- Evaluar la adecuación de la ingesta nutricional, como calorías o nutrientes
- Controlar las tendencias a la pérdida o ganancia de peso
- Tomar medidas de los pliegues cutáneos
- Determinar las preferencias alimentarias
- *(NIC) Facilitar la autorresponsabilidad:* realizar el seguimiento de la responsabilidad asumida por el paciente

### Educación del paciente y la familia

- *(NIC) Fomento del desarrollo:*
  - Enseñar a los cuidadores lo necesario sobre los hitos normales de desarrollo y los comportamientos asociados
  - Realizar demostraciones a los cuidadores de las actividades promotoras del desarrollo

### Actividades auxiliares

- Realizar las funciones de gestor de caso para garantizar unos cuidados completos gracias a la coordinación de los servicios médicos, nutricionales, escolares, rehabilitadores y sociales

- (NIC) *Fomento del desarrollo: niño*: remitir a los cuidadores al grupo de apoyo, según corresponda

## C Otras

- Ayudar a los cuidadores a elaborar un plan de cuidados (para planes e intervenciones posibles, remitirse a afrontamiento familiar ineficaz: comprometido, que comienza en la pág. 53 y a afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante, que comienza en la pág. 58)
- Ayudar al paciente a alcanzar el siguiente nivel de desarrollo y crecimiento mediante el dominio adecuado de las tareas específicas para su nivel
- Crear un entorno donde puedan realizarse con máxima independencia las tareas de la vida diaria
- Establecer una relación terapéutica y de confianza con los cuidadores
- Ayudar a la familia a elaborar una estrategia para integrar al paciente como un miembro aceptado de la familia y la comunidad
- (NIC) *Fomento del desarrollo: niño*:
  - Ofrecer actividades que fomenten la interacción entre los niños
  - Animar al niño a expresarse por medio de recompensas u opiniones positivas sobre sus intentos
  - Ofrecer juguetes y materiales apropiados para su edad
  - Ser consistente y estructurado en las estrategias de gestión o modificación del comportamiento
- (NIC) *Facilitar la autorresponsabilidad*:
  - Animar al paciente a asumir tanta responsabilidad por su autocuidado como sea posible
  - Animar a los padres a comunicar de forma clara sus expectativas para la conducta responsable del niño, según corresponda

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores son apropiadas para uso en asistencia domiciliaria.

### Bebés y niños

- Las intervenciones anteriores son para pacientes bebés y niños. No obstante, algunas intervenciones se dirigen al paciente, mientras que otras están dirigidas a los padres y cuidadores.

## **CUIDADOR, RIESGO DE SOBRESFUERZO EN EL ROL DE (1992)**

C

**Definición:** el cuidador es vulnerable por la dificultad percibida para desempeñar el rol de cuidador familiar.

### **Factores de riesgo**

#### *Objetivos*

Adaptación familiar mínima o disfunción previa  
Adicción o codependencia  
Aislamiento de la familia y el cuidador  
Alta hospitalaria de un miembro de la familia con importantes necesidades de cuidado domiciliario  
Ausencia de descansos y de ocio del cuidador  
Bebé prematuro o con un defecto congénito  
Complejidad y cuantía de las actividades del cuidado  
Duración necesaria del cuidado  
El cuidador es el cónyuge  
El cuidador es una mujer  
El cuidador no está preparado para asumir esa función (p. ej., un joven que necesita cuidar a un paciente de mediana edad)  
El paciente tiene conductas anormales o extrañas  
Entorno físico inadecuado para proporcionar cuidados (p. ej., alojamiento, transporte, servicios comunitarios, equipamiento)  
Evolución impredecible de la enfermedad o inestabilidad de la salud del paciente  
Gravedad de la enfermedad del paciente  
Inexperiencia en los cuidados  
Mala relación en el pasado entre cuidador y paciente  
Mala salud del cuidador  
Patrones mínimos de afrontamiento del cuidador  
Presencia de estresantes situacionales que habitualmente afectan a las familias (p. ej., pérdida significativa, desastres o crisis; problemas económicos, acontecimientos vitales importantes)  
Presencia de maltrato o violencia  
Problemas psicológicos o cognitivos del paciente  
Responsabilidades del rol inabarcables para el cuidador  
Retraso del desarrollo del paciente o del cuidador

### **Sugerencias de uso**

Véase sobreesfuerzo en el rol de cuidador, pág. 230

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante  
Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido  
C Procesos familiares, alteración de los  
Régimen terapéutico familiar, manejo ineficaz del

### Resultados NOC

Véase sobreesfuerzo en el rol de cuidador, pág. 230.

**Salud emocional del cuidador:** bienestar emocional de un cuidador familiar mientras atiende a un miembro de la familia

**Preparación del cuidador para el cuidado domiciliario:** en qué medida está preparado un cuidador para asumir las responsabilidades de los cuidados de salud de un familiar en el domicilio

**Salud física del cuidador:** bienestar físico de un cuidador familiar mientras atiende a un miembro de la familia

**Factores estresantes del cuidador:** gravedad de las presiones biopsicosociales de un cuidador familiar que cuida del otro durante un largo periodo de tiempo

**Potencial de resistencia del cuidador:** factores que favorecen la continuidad del cuidador familiar durante un largo periodo de tiempo

**Promoción de la paternidad:** acciones parentales destinadas a proporcionar al niño un entorno físico, emocional y social constructivo y de crianza

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- No sufre *sobreesfuerzo en el rol de cuidador*, demostrado por la suficiencia de los siguientes resultados: salud emocional del cuidador, preparación del cuidador para el cuidado domiciliario, salud física del cuidador, factores de estrés del cuidador, potencial de resistencia del cuidador, y promoción de la paternidad
- Véase también *sobreesfuerzo en el rol de cuidador*, pág. 230

#### Otros ejemplos

Véase también *sobreesfuerzo en el rol de cuidador*, pág. 230

### Intervenciones NIC

**Apoyo al cuidador:** proporcionar la información, la ayuda y el apoyo necesarios para facilitar los cuidados fundamentales de un paciente, realizados por alguien que no es un profesional sanitario

**Apoyo emocional:** proporcionar consuelo, aprobación y ánimo durante los momentos de estrés

**Chequeo sanitario:** detección de riesgos para la salud o problemas de salud mediante los antecedentes, la exploración, y otros procedimientos

**Cuidado para dar un descanso:** suministrar cuidados a corto plazo para aliviar la carga del cuidador

**Educación paterna: crianza familiar de los niños:** ayudar a los padres a entender y favorecer el desarrollo y el crecimiento físico, psicológico y social de sus hijos lactantes, preescolares o escolares

**Educación paterna: lactante:** instrucciones sobre la crianza y los cuidados físicos necesarios durante el primer año de vida

**Gestión de la energía:** regular el uso de la energía para tratar o impedir la fatiga y optimizar el funcionamiento

**Implicación familiar:** facilitar la implicación familiar en los cuidados físicos y emocionales del paciente

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar al paciente a adaptarse a los estresantes, cambios o amenazas percibidos que interfieren con la satisfacción de las demandas y los roles de la vida

**Promoción de la paternidad:** proporcionar información, apoyo y coordinación de todos los servicios a las familias de alto riesgo

C

### Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería en este diagnóstico se centran en valorar los factores de riesgo asociados con *sobreesfuerzo en el rol de cuidador*; instruir en las necesidades del familiar enfermo, identificar las necesidades del cuidador, proporcionar ayuda y derivar para conseguir apoyo y así prevenir el *sobreesfuerzo en el rol de cuidador*.

#### Valoración

- Evaluar los conocimientos del cuidador acerca de los cuidados y el tratamiento médico
- Determinar el deseo del cuidador por asumir ese rol y la aceptación
- Véanse las valoraciones del *sobreesfuerzo en el rol de cuidador*, pág. 235

#### Educación del paciente y la familia

- Véase educación del paciente y la familia en el *sobreesfuerzo en el rol de cuidador*, pág. 235

#### Actividades auxiliares

- Véanse las actividades auxiliares en el *sobreesfuerzo en el rol de cuidador*, págs. 235-236

#### Otras

- Véanse otras actividades en el *sobreesfuerzo en el rol de cuidador*, pág. 236

---

## CUIDADOR, SOBRESFUERZO EN EL ROL DE

(1992, 1998, 2000)

C

**Definición:** dificultad para desempeñar el rol de cuidador familiar.

### Características definitorias

#### *Actividades del cuidador*

Cambio disfuncional en las actividades del cuidador  
Dificultades para realizar o terminar las actividades necesarias  
Preocupación continua por las rutinas del cuidado  
Temor a los cuidados que recibirá la persona si el cuidador no puede proporcionarlos  
Temor a una posible institucionalización de la persona a la que cuida  
Temor al futuro con respecto a la capacidad del cuidador de atender a la persona  
Temor al futuro con respecto a la salud de la persona cuidada

#### *Estado de salud del cuidador*

##### Físico

Cambio en el peso  
Cefalea  
Diabetes  
Enfermedades cardiovasculares  
Fatiga  
Hipertensión  
Sarpullidos  
Trastornos gastrointestinales (p. ej., leves retortijones de estómago, vómitos, diarrea, úlcera gástrica recurrente)

##### Emocional

Afrontamiento individual alterado  
Alteraciones del sueño  
Ausencia de tiempo para satisfacer las necesidades personales  
Estrés  
Frustración  
Impaciencia  
Ira  
Mayor labilidad emocional  
Mayor nerviosismo  
Sentimientos de estar deprimido  
Somatizaciones

##### Socioeconómico

Ausencia de vida social  
Cambios en las actividades de ocio  
Distanciamiento de otras personas

Escasa productividad laboral  
Rechazo de promociones laborales

### **Relación cuidador-persona cuidada**

Dificultades al observar a la persona cuidada a lo largo de la enfermedad  
Pena o incertidumbre respecto al cambio de relación con la persona cuidada

C

### **Procesos familiares**

Conflicto familiar  
Preocupación por los miembros de la familia

## **Factores relacionados/factores de riesgo**

### **Estado de salud de la persona cuidada**

Adicción o codependencia  
Conductas problemáticas  
Cronicidad de la enfermedad  
Curso de la enfermedad impredecible  
Gravedad de la enfermedad  
Inestabilidad de la salud de la persona cuidada  
Problemas psicológicos o cognitivos  
Requisitos del cuidado y dependencia progresivamente mayores

### **Actividades del cuidado**

Alta hospitalaria (al domicilio) de familiares que requieren muchos cuidados  
Años de cuidados  
Cambios continuos de las actividades  
Complejidad de las actividades  
Cuantía de las actividades  
Responsabilidades de cuidado continuas (24 h)  
Situación del cuidado impredecible

### **Estado de salud del cuidador**

Adicción o codependencia  
Expectativas no realistas acerca de uno mismo  
Incapacidad de lograr las expectativas propias o ajenas  
Mínimos patrones de afrontamiento  
Problemas físicos  
Problemas psicológicos o cognitivos

### **Socioeconómico**

Aislamiento de otros  
Distanciamiento de la familia, amigos y compañeros de trabajo  
Ocio insuficiente  
Responsabilidades inabarcables

### **Relación cuidador-persona cuidada**

El estado mental del anciano impide conversar  
La persona cuidada tiene expectativas no realistas respecto al cuidador  
Mala relación en el pasado  
Presencia de maltrato o violencia

### Procesos familiares

Antecedentes de afrontamiento familiar mínimo

Antecedentes de disfunción familiar

## C

### Recursos

Ausencia de privacidad del cuidador

Ayuda y apoyo (formal e informal)

Desconocimiento de los recursos comunitarios o dificultades para acceder a ellos

El cuidador no está preparado para desarrollar esta función

Energía física

Entorno físico inadecuado para proporcionar cuidados (p. ej., alojamiento, temperatura, seguridad)

Equipamiento inadecuado para el cuidado

Falta de apoyo

Fortaleza emocional

Inexperiencia en el cuidado

Medio de transporte inadecuado

Problemas económicos

Recursos comunitarios inadecuados (p. ej., servicios de descanso, recursos de ocio)

Tiempo insuficiente

### Sugerencias de uso

El *sobreesfuerzo en el rol de cuidador* se centra en la carga del cuidador que tiene que asumir la atención de un familiar. Puede afectar a la salud física y psíquica del cuidador y de la familia. Los diagnósticos familiares (*afrontamiento familiar* y *alteración de los procesos familiares*) se centran en el sistema familiar y en el modo en que el funcionamiento familiar se ha alterado por un estresante. El estresante en estos diagnósticos no es necesariamente tener que cuidar a un familiar: diferenciar entre el *sobreesfuerzo en el rol de cuidador* y la *aflicción crónica* que pueden presentar los cuidadores cuando un ser querido sufre una discapacidad crónica grave. Si no están presentes las características definitorias pero sí se observan los factores de riesgo, utilizar *riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador*.

### Otros posibles diagnósticos

Aflicción crónica

Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido

Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante

Afrontamiento individual: ineficaz

Cuidador, riesgo de sobreesfuerzo en el rol de

Procesos familiares, alteración de los

Régimen terapéutico familiar, manejo ineficaz del

### Resultados NOC

**Actuación del cuidador: cuidados directos:** cuidados personales y de salud realizados por el cuidador a un miembro de su familia

**Actuación del cuidador: cuidados indirectos:** planificación y supervisión de los cuidados precisos para el familiar, por parte del cuidador

**Alteración del estilo de vida del cuidador:** gravedad de los cambios en el estilo de vida que sufre un miembro de la familia por cuidar al paciente

**Bienestar del cuidador:** en qué medida valora positivamente su estado de salud y las circunstancias vitales el cuidador primario

**Desempeño del rol:** congruencia de las conductas de rol de un individuo con las expectativas del rol

**Relación entre cuidador y paciente:** interacciones y vínculos positivos entre cuidador y persona cuidada

**Rol parental:** acciones parentales destinadas a proporcionar al niño un entorno físico, emocional y social constructivo y de crianza

**Salud emocional del cuidador:** bienestar emocional de un cuidador familiar mientras atiende a un miembro de la familia

**Salud física del cuidador:** bienestar físico de un cuidador familiar mientras atiende a un miembro de la familia

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Mejoría del *sobreesfuerzo en el rol de cuidador*, demostrada por la suficiencia de los siguientes resultados: salud emocional del cuidador, relación entre cuidador y paciente, actuación del cuidador: cuidados directos e indirectos, salud física del cuidador, bienestar del cuidador, rol parental y desempeño del rol
- Demuestra **salud emocional del cuidador**, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o nada comprometido):
  - Satisfacción vital
  - Sentimiento de control y autoestima
  - Bienestar espiritual percibido
- Demuestra **salud emocional del cuidador**, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: grave, sustancial, moderada, leve, o ausente):
  - Ira, resentimiento, culpa, depresión, frustración, sobrecarga percibida, y ambivalencia con respecto a la situación

### Otros ejemplos

El cuidador será capaz de:

- Expresar que conoce los regímenes y procedimientos terapéuticos, el cuidado habitual y la atención en caso de urgencia
- Expresar que sabe cómo conseguir y manipular el equipamiento y asistencia necesarios
- Expresar que se siente apoyado
- Referir que desea asumir el rol de cuidador
- Asegurar que se proporcionan los cuidados adecuados

- Lograr un equilibrio entre las necesidades familiares y las personales
- Identificar posibles cambios para aliviar parte de la sobrecarga y reducir estresantes
- Identificar y utilizar estrategias personales, apoyos sociales y recursos comunitarios

C

### Intervenciones NIC

**Apoyo al cuidador:** proporcionar la información, la ayuda y el apoyo necesarios para facilitar los cuidados fundamentales de un paciente, realizados por alguien que no es un profesional sanitario

**Consulta:** utilizar el conocimiento de expertos para trabajar con aquellos que buscan ayuda para resolver problemas, de modo que las personas, familias, grupos o instituciones puedan alcanzar los objetivos fijados

**Cuidado para dar un descanso:** suministrar cuidados a corto plazo para aliviar la carga del cuidador

**Enseñanza: individual:** planificación, puesta en marcha y evaluación de un programa educativo diseñado para abordar las necesidades específicas de un paciente

**Gestión de la energía:** regular el uso de la energía para tratar o impedir la fatiga y optimizar el funcionamiento

**Gestión de la nutrición:** ayudar o proporcionar una dieta equilibrada en alimentos y líquidos

**Guía anticipatoria:** preparar a un paciente para una crisis situacional o del desarrollo que se avecina

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar al paciente a adaptarse a los estresantes, cambios o amenazas percibidos que interfieren con la satisfacción de las demandas y los roles de la vida

**Orientación sobre el sistema sanitario:** facilitar a un paciente la localización y el uso de los servicios sanitarios adecuados

**Potenciación de roles:** ayudar a un paciente, su familia y personas cercanas, a mejorar las relaciones, aclarando y explicitando conductas concretas del desempeño del rol

**Presencia:** estar junto al otro, tanto física como psicológicamente, durante los momentos de necesidad

**Promoción de la paternidad:** proporcionar información, apoyo y coordinación de todos los servicios a las familias de alto riesgo

**Promoción del apego:** facilitar el desarrollo de la relación padres/lactante

### Actividades de enfermería

En general, las actividades de enfermería en este diagnóstico se centran en evaluar los factores contribuyentes, dar ánimo y apoyo emocional, ayudar a la familia a hacer una valoración realista de la situación, así como enseñar y derivar cuando sea necesario

### Valoración

- Buscar señales indicativas de descuido y maltrato físico o emocional en la persona cuidada
- Buscar en el cuidador signos de aumento del sobreesfuerzo en el rol (p. ej., depresión, ansiedad, mayor consumo o abuso de alcohol y drogas, frustración, desesperanza, insomnio, desmoralización, cansancio físico o emocional y problemas de salud)
- Evaluar el efecto de las responsabilidades del cuidado sobre la vida personal y familiar
- *(NIC) Apoyo al cuidador:*
  - Determinar el alcance de los conocimientos del cuidador
  - Determinar la aceptación del rol del cuidador
  - Vigilar posibles problemas de interacción familiar relacionados con el cuidado del paciente

C

### Educación del paciente y la familia

- Reconocer y enseñar que el trabajo del cuidador es tanto físico como mental y que incluye (Bowers, 1987):
  - Anticipación de cuidados (tomar decisiones basándose en posibles necesidades futuras del paciente, p. ej., lugar de residencia)
  - Cuidados instrumentales (cuidado directo, manual)
  - Cuidados preventivos (acciones destinadas a prevenir enfermedades, lesiones o complicaciones; p. ej., cambiar el entorno físico, preparar comidas)
  - Cuidados protectores (proteger al paciente de las amenazas a su imagen, identidad, y cambio en la relación con el cuidador)
  - Cuidados de supervisión (planificar y vigilar el cuidado; p. ej., concertar citas, conseguir transporte)
- Facilitar el afrontamiento y la adaptación, enseñando al cuidador y al paciente cómo hacerlo (Chilman, Nunnally y Cox, 1988):
  - Abordar el dolor, la incapacidad y los síntomas de la enfermedad
  - Abordar el ambiente hospitalario y los tratamientos y procedimientos relacionados con la enfermedad
  - Establecer y mantener una relación fluida con el equipo sanitario
- *(NIC) Apoyo al cuidador:*
  - Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés
  - Instruir al cuidador acerca del proceso de duelo

### Actividades auxiliares

- Remitir si es necesario a grupos de asesoramiento y apoyo durante los momentos de estrés o las crisis
- Derivar para conseguir la ayuda necesaria con los cuidados instrumentales, preventivos y de supervisión (p. ej., Asociación de enfermeras domi-

ciliarias, cuidado para dar un descanso, residencias, centros de día, cuidadores secundarios)

- Comunicar a las autoridades si el paciente sufre descuido o maltrato físico o emocional

## C

### Otras

- Ayudar al cuidador a identificar problemas o preocupaciones con respecto al cuidado (p. ej., falta de conocimientos, habilidades y disposición emocional para cuidar; ausencia de apoyo social; cargas económicas; conductas problemáticas; necesidad progresivamente mayor de cuidados físicos)
- Desarrollar un plan de cuidados con el cuidador que identifique mecanismos de afrontamiento, estrategias personales, apoyos sociales y limitaciones reconocidas. Considerar la inclusión de:
  - Ayuda para las tareas domésticas
  - Terapia familiar
  - Grupos de autoayuda y apoyo mutuo para recibir información, ayuda y apoyo emocional
- Explorar con el cuidador la posibilidad de ingresar al paciente en un centro sociosanitario (en ese momento o en el futuro) y los sentimientos asociados al ingreso
- Explorar con el cuidador lo unido que está al paciente (en el presente y antes), las actividades que comparten y la confianza mutua, como indicadores de inversión emocional y compromiso con el rol de cuidador
- Facilitar la adaptación de la familia a la enfermedad de uno de sus miembros ayudándoles a (Chilman, Nunnally y Cox, 1988):
  - Ser flexibles con respecto a los objetivos futuros
  - Elaborar el duelo por la pérdida de la identidad familiar previa a la enfermedad
  - Mantener una sensación de control sobre sus vidas
  - Encaminarse hacia la aceptación de los cambios
  - Cooperar en las crisis agudas
- Validar los sentimientos del cuidador
- *(NIC) Apoyo al cuidador:*
  - Aceptar la expresión de emociones negativas
  - Actuar como cuidador si aparece sobrecarga

### En el domicilio

- En todas las visitas, evaluar la calidad del cuidado prestado y la calidad de la relación cuidador-paciente. Esto incluye valorar las habilidades y capacidades del cuidador para proporcionar cuidados
- Derivar a los servicios sanitarios domiciliarios para lograr ayuda en el domicilio para las actividades de la vida diaria y las tareas domésticas
- Explorar la necesidad de un centro de día de adultos, si es preciso

- Vigilar un posible empeoramiento del paciente que pueda requerir su ingreso
- Valorar la seguridad del paciente en el domicilio

### Bebés y niños

- Valorar los conocimientos paternos sobre la enfermedad del niño y los cuidados que necesita
- Disponer lo necesario para que los padres de niños crónicamente enfermos reciban instrucción acerca del desarrollo y la educación del niño y los problemas de conducta relacionados con el cumplimiento
- Animar a los padres a satisfacer las necesidades de los hermanos sanos (p. ej., pueden enfadarse, avergonzarse o estar celosos de la atención prestada al hermano enfermo)
- Sugerir formas de ayudar a los hermanos a adaptarse (p. ej., incluirlos en las decisiones familiares siempre que sea posible, continuar realizando las rutinas habituales de la familia, pasar tiempo sólo con ellos, y animarles a que hagan actividades con sus amigos)

### Personas mayores

- Buscar signos de depresión en el cuidador
- Mantener la consistencia entre los cuidadores al máximo posible, pero dividir la carga de trabajo entre los familiares para prevenir la sobrecarga del cuidador principal
- Valorar los requisitos de seguridad

D

## DEGLUCIÓN, DETERIORO DE LA

(1986, 1998)

**Definición:** funcionamiento anormal del mecanismo de deglución asociado con déficits en la estructura o en la función oral, faríngea, o esofágica.

### Características definitorias

#### *Trastorno en la fase faríngea*

Anormalidad en la fase faríngea mostrada por un estudio de deglución  
 Atragantarse, toser, o tener arcadas  
 Borboteo/gorjeo en la cualidad de la voz  
 Cambio en las colocaciones de la cabeza  
 Degluciones múltiples  
 Elevación inadecuada de la laringe  
 Fiebres inexplicables

Infecciones pulmonares constantes  
Rechazo de alimentos  
Reflujo nasal  
Retraso en la deglución

**D**

*Trastorno en la fase esofágica*

Acidez y dolores gástricos  
Anormalidad en la fase esofágica mostrada por un estudio de deglución  
Bruxismo  
Deglución repetitiva  
Hematemesis  
Hipertensión de la cabeza (p. ej., arcadas durante o después de las comidas)  
Irritabilidad inexplicable cuando se acerca de la hora de comer  
Evidencia observada de la dificultad para tragar (p. ej., estasis de comida en la cavidad oral, toser o atragantarse)  
Odinoafagia  
Quejas de que “algo se atasca”  
Rechazo o volumen limitado en el consumo de alimentos  
Regurgitación de los contenidos gástricos o eructos húmedos  
Respiración con olor a ácidos  
Toser o estar despierto durante la noche  
Vómitos  
Vómitos en la almohada

*Trastorno en la fase oral*

Alimentos que se caen de la boca  
Alimentos que son expulsados de la boca  
Anormalidad en la fase oral mostrada por un estudio de deglución  
Babear  
Carencia en el masticado  
Carencia en la función de la lengua para formar el bolo  
Cierre de los labios incompleto  
Deglución por partes  
Entrada prematura del bolo  
Formación lenta del bolo  
Incapacidad para despejar la cavidad oral  
Largas comidas en las que se consume poco  
Reflujo nasal  
Reservas de comida en los laterales de la boca  
Sorbos débiles, debido a tragos ineficientes  
Toser, atragantarse, o tener arcadas

**Factores relacionados**

*Déficits congénitos*

Anormalidades en la vía aérea superior  
Comportamientos autoagresivos  
Enfermedades con importante hipotonía

Desordenes respiratorios  
 Enfermedades cardiacas congénitas  
 Fallos en el desarrollo o malnutrición de las proteínas energéticas  
 Obstrucción mecánica (p. ej., edemas, tubo de traqueotomía, tumores)  
 Problemas de comportamientos alimentarios  
 Trastorno neuromuscular (p. ej., disminución o ausencia del reflejo nauseoso, disminución de la fuerza o digresión de los músculos implicados en el proceso del masticado, trastornos continuos, parálisis facial)

D

### Problemas neurológicos

Acalasia  
 Anormalidades en la laringe o en la orofaringe  
 Anormalidades en la vía aérea superior  
 Bebés prematuros  
 Daño traumático en la cabeza  
 Defectos anatómicos adquiridos  
 Defectos en la cavidad nasal o en la nasofaríngea  
 Defectos en la tráquea, la laringe y el esófago  
 Enfermedad por reflujo gastroesofágico  
 Implicación del nervio craneal  
 Parálisis cerebral  
 Retraso en el desarrollo  
 Traumatismos

### Sugerencias de uso

*Deterioro de la deglución* podría estar asociado con distintas enfermedades médicas (p. ej., parálisis cerebral, accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, trastornos que afectan al cerebro, cirugía reconstructiva de la cabeza y el cuello, y reducción de la conciencia provocada por la anestesia o por otras causas). Esto también podría estar relacionado con la *fatiga*.

### Otros posibles diagnósticos

Aspiración, riesgo de  
 Alimentación ineficaz del lactante, patrón de

### Resultados NOC

**Estado de la deglución:** pasaje seguro de líquidos o sólidos desde la boca hasta el estómago

**Estado de deglución: fase faríngea:** pasaje seguro de líquidos o sólidos desde la boca hasta el esófago

**Estado de la deglución: fase esofágica:** pasaje seguro de líquidos o sólidos desde la faringe hasta el estómago

**Estado de la deglución: fase oral:** preparación, contención, y movimientos posteriores de líquidos o sólidos en la boca

**Prevención de la aspiración:** acciones personales para prevenir el paso de partículas líquidas y sólidas en el pulmón

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

D

- Presenta **estado de deglución**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o no comprometido):
  - Mantener la comida en la boca
  - Capacidad para masticar
  - La liberación del bolo a la hipofaringe esta calculada con el reflejo de la deglución
  - Capacidad para despejar la cavidad oral
- Presenta **estado de deglución**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: grave, sustancial, moderado, leve, o ninguno):
  - Atragantarse, toser, o tener arcadas
  - Incomodidad con la deglución
  - Aumento del esfuerzo para tragar

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Identificar los factores emocionales o psicológicos que interfieren en la deglución
- Tolerar la ingesta de alimentos sin atragantarse o sin aspirar
- No tener ningún daño facial ni en los músculos de la garganta al tragar, en los movimientos de la lengua, o en el reflejo nauseoso.

## Intervenciones NIC

**Prevención de aspiración:** previene o minimiza los factores de riesgo en los pacientes con riesgo de aspiración

**Posición:** colocación deliberada del paciente o de una parte del cuerpo para estimular el bienestar fisiológico o psicológico

**Terapia de la deglución:** facilita la deglución y previene las complicaciones de las partes dañadas en la deglución

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Valorar el nivel de confort familiar
- (NIC) *Prevención de aspiración:*
  - Controlar el nivel de conciencia, el reflejo tusígeno, el reflejo nauseoso, y la capacidad para tragar
- (NIC) *Terapia de la deglución:*
  - Controlar los movimientos de la lengua del paciente cuando come
  - Controlar los signos y síntomas de la aspiración
  - Controlar el cierre de los labios mientras come, bebe, o traga
  - Inspeccionar la boca por si almacena comida después de comer
  - Controlar la hidratación del cuerpo (p. ej., el consumo, la producción, la turgencia cutánea, y las membranas mucosas)

### Educación del paciente y la familia

- *(NIC) Terapia de la deglución:*  
 Instruir al paciente para que alcance con la lengua las partículas de comida que están en los labios y en la barbilla  
 Instruir al paciente y al cuidador sobre las medidas de emergencia que deben tomar si se atraganta

D

### Actividades auxiliares

- Consultar con el dietista la comida que puede tragarse fácilmente
- *(NIC) Prevención de aspiración:* pedir medicamentos en forma de elixir
- *(NIC) Terapia de la deglución:*  
 Colaborar con otros miembros del equipo sanitario (p. ej., terapeuta ocupacional, hablar con el patólogo/especialistas y con el dietista) para facilitar la continuidad en el plan de rehabilitación del paciente  
 Colaborar con el logopeda para instruir a la familia del paciente sobre el régimen del ejercicio de deglución

### Otras

- Tranquilizar al paciente durante los episodios de asfixia
- *(NIC) Prevención de aspiración:*  
 Colocar en una posición con la espalda recta a 90 grados o todo lo que se pueda  
 Mantener el tubo traqueal inflado  
 Mantener el sistema de succión disponible  
 Alimentar en pequeñas cantidades  
 Evitar líquidos o usar agentes espesantes  
 Cortar los alimentos en trozos pequeños  
 Romper o aplastar las pastillas antes de administrarlas
- *(NIC) Terapia de la deglución:*  
 Proporcionar cuidado bucal, cuando sea necesario  
 Proporcionar o utilizar aparatos de ayuda, cuando sea necesario  
 Evitar el uso de pajitas para beber  
 Ayudar al paciente a que coloque la cabeza hacia delante, preparada para la deglución (barbilla plegada)  
 Ayudar al paciente a que coloque la comida en el fondo de la boca y en la parte que no esté afectada

### En el domicilio

- Las actividades anteriores pueden utilizarse o adaptarse para ser utilizadas en el domicilio
- *(NIC) Terapia de la deglución:*  
 Enseñar a la familia o al cuidador como colocar, alimentar y controlar al paciente

D

### Bebés y niños

- Ayudar en los defectos estructurales (p. ej., estenosis pilórica) que podrían interferir en la deglución; consultar con un médico si es necesario
- Para bebés, animar a que mastiquen para que traguen más fácilmente

### Personas mayores

- Reconocer que la disfagia no es un cambio normal relacionado con la edad
- Dejar el tiempo adecuado para comer; no apremiar al paciente
- Ayudar en la dentición
- Identificar las medicinas que esta tomando el paciente y que le puedan causar dificultades al tragar

---

## DENTICIÓN, ALTERACIÓN DE LA

(1998)

**Definición:** trastorno en las pautas de desarrollo dental y erupción, o en la integridad estructural de los dientes específicos.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Dolor de muelas

#### Objetivas

Ausencia total o parcial de dientes

Caries en corona o raíz

Decoloración del esmalte dental

Dientes sueltos

Erosión del esmalte

Erupción incompleta para la edad (puede ser de los dientes de leche o definitivos)

Exceso de cálculos

Exceso de placa

Expresión facial asimétrica

Fractura(s) de dientes

Halitosis

Mala oclusión o falta de alineación de los dientes

Pérdida prematura de los dientes de leche

Rotura o abrasión de dientes

### Factores relacionados

Barreras para el autocuidado  
 Bruxismo  
 Déficit nutricional  
 Determinados medicamentos prescritos  
 Falta de acceso o barreras económicas para acceder a cuidados profesionales  
 Falta de conocimientos sobre salud dental  
 Hábitos alimentarios  
 Higiene oral inefectiva  
 Ingesta excesiva de fluoruros  
 Predisposición genética  
 Sensibilidad a frío o calor  
 Uso crónico del tabaco, café, té o vino tinto  
 Uso excesivo de agentes limpiadores abrasivos  
 Vómitos crónicos

D

### Sugerencias de uso

Las intervenciones independientes de enfermería para este diagnóstico son de naturaleza preventiva y se componen en su mayoría de la enseñanza de medidas de higiene oral. Por lo tanto, tal vez el diagnóstico debería utilizarse mejor como diagnóstico de riesgo. Otros diagnósticos pueden resultar más útiles. Por ejemplo, si el riesgo de *alteración de la dentición* se debe a déficit en los cuidados propios, puede utilizarse mejor un trastorno de *déficit del autocuidado: baño e higiene*.

Si el factor de riesgo es la mala nutrición, el diagnóstico de enfermería sería *alteración de la nutrición*. Para un problema real de *alteración de la dentición*, se necesitan cuidados dentales profesionales.

### Otros posibles diagnósticos

Autocuidado: baño e higiene, déficit del  
 Nutrición, alteración de la

### Resultados NOC

**Cuidados esenciales: higiene bucal:** capacidad de cuidar de forma independiente, con o sin dispositivos auxiliares, de la boca y los dientes propios

**Higiene bucal:** estado de boca, dientes, encías y lengua

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- El paciente corrige las *alteraciones en la dentición* según lo demuestran higiene bucal y autocuidado: higiene bucal
- El paciente demostrará **higiene bucal**, mostrada por los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido):

Limpieza de la boca, los dientes, las encías, la lengua y las dentaduras postizas o dispositivos dentales

Humedad de labios, mucosa bucal y lengua

- El paciente demostrará **higiene bucal**, mostrada por los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: grave, sustancial, moderado, ligero o ninguno):

Sangrado

Halitosis

D

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Carecer de suciedad y placa dental en las superficies dentales
- Tener unas encías firmes, bien hidratadas, no sangrantes, de color uniforme
- Verbalizar sensación de limpieza bucal
- Demostrar procedimientos correctos de cepillado y limpieza con hilo dental
- Seguir prácticas alimentarias sólidas, tales como evitar los dulces entre comidas
- Acudir para realizar una revisión dental cada seis meses
- Carecer de caries, dientes sueltos o dolor de muelas
- Los padres llevarán a los niños para su primera visita al dentista a los dos o tres años de edad
- El niño no sufrirá pérdida prematura de los dientes de leche

### Intervenciones NIC

**Mantenimiento de la salud bucal:** mantenimiento y promoción de la higiene bucal y la salud dental para el paciente en riesgo de aparición de lesiones bucales o dentales

**Restauración de la salud bucal:** promover la curación para un paciente que sufre una lesión dental o de la mucosa bucal

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Revisar la boca para comprobar la existencia de dientes sueltos o falta de dientes, el color y estado del esmalte, el número de empastes y caries dentales, y la existencia de sarro en la base dental
- Observar si hay halitosis
- Determinar las prácticas de higiene bucal habituales del paciente
- Evaluar el nivel de conocimiento que tiene el paciente sobre las medidas para impedir los trastornos de la dentición (por ejemplo, “¿Con qué frecuencia visita a su dentista?”)
- Evaluar el acceso y los recursos del paciente en cuidados dentales
- Evaluar la capacidad que tiene el paciente para realizar cuidados bucales (por ejemplo, “¿Tiene algún problema con el cuidado de sus dientes?”)

- Evaluar el conocimiento que tiene el paciente de las prácticas y rutinas de higiene bucal, como el método de cepillado
- Identificar los factores de riesgo de alteración de la dentición, como pacientes gravemente enfermos, confusos o deprimidos

### Actividades auxiliares

D

- Remitir al higienista dental, dentista o clínica, según resulte necesario

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar técnicas de cepillado y limpieza con hilo dental, según sea necesario
- Explicar las causas de los problemas dentales, como la caries
- Enseñar a evitar el uso de tabaco, té, café y vino tinto, para evitar la decoloración
- Enseñar las posibles complicaciones de la perforación de la lengua, como el agrietamiento y astillamiento de los dientes
- Enseñar medidas para evitar las caries:
  - Cepillado después de las comidas y antes de dormir
  - Garantizar una ingesta adecuada de calcio, fósforo y vitaminas A, C y D
  - Evitar los dulces entre comidas y tomarlos con moderación con ellas
  - Tomar alimentos que limpien, como fruta y vegetales crudos
  - Si el agua no está fluorada, tomar un complemento de flúor cada día hasta al menos los 14 años de edad
  - Revisión dental cada seis meses
  - Uso del hilo dental cada día

### Otras

- Ofrecer higiene bucal para pacientes con *déficit de autocuidado*, es decir, cepillado y aclarado
- Ayudar al paciente a establecer un horario de higiene bucal tras las comidas y a la hora de dormir, por ejemplo:
  - Usar la técnica sulcular y un cepillo suave
  - Aclarar con enjuague bucal o una solución de agua templada y sal o bicarbonato

### En el domicilio

- Evaluar las instalaciones y provisiones disponibles para la higiene dental
- Evaluar las influencias medioambientales, como el suministro de agua fluorada
- Evaluar la disponibilidad y capacidad de acceder a cuidados dentales profesionales
- Ayudar al paciente y a su familia a elaborar un plan de higiene bucal, incluyendo el cepillado y el uso de hilo dental

D

### Bebés y niños

- Enseñar a los padres a comenzar la higiene bucal en la infancia
- Enseñar a los padres que nunca deben dejar que un niño se quede dormido con un biberón de leche o con líquidos dulces; deben usar un biberón de agua o un chupete, en caso necesario
- Enseñar a los padres la importancia de los cuidados de los dientes de leche del niño
- Enseñar a los padres que deben ayudar a los niños en el cepillado y uso del cepillo dental, y revisar las bocas después del cepillado
- Recomendar beber agua fluorada siempre que sea posible

### Personas mayores

- Considerar el uso de un cepillo de dientes eléctrico para los pacientes con dificultad para mover las manos
- Evaluar si hay lesiones en la cavidad bucal y los labios
- Recordar al paciente que debe retirar y limpiar la dentadura postiza después de cada comida y antes de dormir

## DESARROLLO, DETERIORO DE LA CAPACIDAD DEL ADULTO PARA MANTENER SU

(1998)

**Definición:** deterioro funcional progresivo de naturaleza física y cognitiva. La capacidad de la persona para vivir con enfermedades multisistémicas, afrontar los problemas derivados y gestionar sus cuidados se ve notablemente disminuida.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Estado de ánimo alterado; expresa sentimientos de tristeza y desánimo

Expresa pérdida de interés en los aspectos placenteros de la vida, como comida, sexo, trabajo, amigos, familia, aficiones o diversión

Verbaliza su deseo de morir

#### Objetivas

Abandono de las responsabilidades financieras

Abandono del entorno doméstico

Anorexia [no come alimentos cuando se le ofrecen; afirma que no tiene apetito, no tiene hambre o “no quiere comer” ]

Apatía [manifestada mediante falta de sentimientos o emociones observables en términos de las actividades de la vida cotidiana y el entorno ]

Declive de la capacidad cognitiva [reducción de los procesos mentales, que se demuestra mediante las dificultades para responder adecuadamente a los estímulos medioambientales y en la demostración de dificultad para el razonamiento, la toma de decisiones, el juicio, la memoria y la concentración, y la reducción de la capacidad de percepción ]

Declive físico [declive en funciones corporales; prueba de fatiga, deshidratación, incontinencia urinaria y fecal]

Déficit de autocuidado [ya no se cuida, ni está a cargo de, su higiene o aspecto físico; dificultad para realizar las tareas de autocuidado más sencillas; abandono del entorno doméstico o negligencia de las responsabilidades financieras]

Frecuentes reagudizaciones de los problemas crónicos de salud, como neumonía o infecciones de las vías urinarias

Ingesta nutricional inadecuada: comer menos que los requisitos del cuerpo, consumo mínimo o nulo de alimentos en la mayoría de las comidas (es decir, consumo inferior al 75% de los requisitos normales en todas o la mayoría de las comidas)

Pérdida de peso (en comparación con el peso inicial) [5% de pérdida de peso no intencionada en un mes, 10% de pérdida de peso no intencionada en seis meses]

Reducción de la participación en las actividades de la vida cotidiana

Reducción de las destrezas sociales y retirada de la vida social [reducción palpable en la conducta pasada habitual en los intentos de formar o participar en relaciones cooperativas e interdependientes, como reducción de la comunicación verbal con personal, familiares y amigos ]

### Factores relacionados

Apatía (no NANDA)

Depresión

Fatiga (no NANDA)

### Sugerencias de uso

(1) La lista de factores relacionados que aparece antes parece incompleta para este diagnóstico. Considerando la naturaleza multisistémica y multifuncional de las características definitorias, hay un gran número de factores que podrían causarlas. (2) Este diagnóstico sólo debería usarse cuando están presentes varias de las características definitorias y cuando todas vienen causadas por los mismos factores relacionados. Muchas de las características definitorias son, de hecho, otros diagnósticos de enfermería (véase otros posibles diagnósticos) y cuando el paciente sólo presenta algunos de esos problemas, la planificación de cuidados puede guiarse mejor por esos diagnósticos más centrados.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento individual ineficaz

Angustia

D

Autocuidado, déficit del (especificar)  
Autoestima, crónica o situacional baja  
Cansancio  
Confusión aguda o crónica  
Desesperanza  
Duelo disfuncional  
Impotencia  
Incontinencia fecal  
Incontinencia urinaria  
Infección, riesgo de  
Interacción social, deterioro de la  
Lesión, riesgo de  
Mantenimiento del hogar, dificultades para el  
Memoria, trastorno de  
Soledad, riesgo de  
Nutrición: por defecto, alteración de la  
Patrones de sexualidad, alteración de los  
Procesos de pensamiento, alteración de los  
Protección, alteración de la  
Rol, alteración en el desempeño del  
Sufrimiento espiritual  
Volumen de líquidos, déficit de

### Resultados NOC

**Apetito:** deseo de comer durante la enfermedad o cuando recibe tratamiento

**Autocuidado: actividades básicas de la vida diaria:** capacidad de realizar las tareas físicas más básicas y las actividades de cuidado personal de forma independiente, con o sin dispositivos de ayuda

**Capacidad cognitiva:** capacidad de ejecutar procesos mentales complejos

**Deseo de vivir:** deseo, determinación y esfuerzo para sobrevivir

**Estado de envejecimiento físico:** cambios físicos normales que se producen con el proceso de envejecimiento natural

**Estado nutricional: ingesta de alimentos sólidos y líquidos:** cantidad de alimentos sólidos y líquidos ingeridos durante un periodo de 24 horas

**Estado nutricional:** punto hasta el cual se dispone de nutrientes para cubrir las necesidades metabólicas

### Objetivos/criterios de evaluación

**IMPORTANTE:** se dan algunos ejemplos, pero los objetivos específicos para este diagnóstico dependerán de las características definitorias presentes. Para otros objetivos, consulte las características definitorias para otros posibles diagnósticos, como los objetivos para *ansiedad* y *confusión*.

### Ejemplos con los términos NOC

- Alivio de la *falta de desarrollo adecuado*, según se demuestra mediante apetito, capacidad cognitiva, estado nutricional, estado nutricional: ingesta de

alimentos y de líquidos, estado de envejecimiento físico, autocuidado (actividades de la vida cotidiana) y deseo de vivir satisfactorios.

- Demuestra el **deseo de vivir**, según lo prueban los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido)

Expresión de la determinación de vivir

Expresión de optimismo

Busca información sobre su enfermedad y tratamiento

Usa estrategias para compensar los problemas asociados con la enfermedad

Usa estrategias para prolongar la vida

D

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Recuperar la energía necesaria para afrontar los problemas resultantes de las enfermedades multisistémicas
- Seguir una dieta adecuada para cubrir los requisitos de su cuerpo
- Recuperar el peso perdido
- No sufrir más declive de su capacidad cognitiva
- Participar en la toma de decisiones
- Restaurar las relaciones con las personas cercanas
- Realizar las actividades de la vida cotidiana, como baño e higiene

### Intervenciones NIC

**Apoyo espiritual:** ayudar al paciente a sentirse en equilibrio y conectado con un poder superior

**Ayuda al mantenimiento del hogar:** ayudar al paciente y a la familia a mantener el hogar como un lugar limpio, seguro y agradable donde vivir

**Ayuda en el autocuidado:** ayudar a otro a realizar las actividades de la vida cotidiana

**Control y seguimiento de la nutrición:** recogida y análisis de datos del paciente para prevenir o minimizar la desnutrición

**Estimulación cognitiva:** fomento de la conciencia y la comprensión del entorno mediante la utilización estímulos planeados

**Gestión de la nutrición:** ayudar o proporcionar una ingesta equilibrada de alimentos y líquidos

**Gestión del entorno:** manipulación del entorno del paciente para obtener beneficio terapéutico, aumentar el atractivo sensorial y el bienestar psicológico

**Gestión del humor:** ofrecer seguridad, estabiliza, recuperación y mantenimiento a un paciente que está experimentando un estado de ánimo deprimido o elevado de modo disfuncional

**Identificación de riesgos:** analizar los posibles factores de riesgo, determinar los riesgos para la salud y priorizar las estrategias de reducción de riesgos para una persona o un grupo

**Infundir esperanza:** facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada

**Monitorización de líquidos:** recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio hídrico

**Terapia nutricional:** administración de alimentos y líquidos que soporten los procesos metabólicos de un paciente desnutrido o con riesgo elevado de malnutrición

D

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Evaluar la expresión de impotencia o desesperanza
- Evaluar el estado mental y la capacidad cognitiva
- Evaluar el estado nutricional
- Identificar los acontecimientos y cambios estresantes que se hayan producido durante el último año

### Actividades auxiliares

- Remitir a profesionales de salud mental para la evaluación de la depresión
- Remitir a un experto en nutrición

### Otras

- Puesto que este diagnóstico es muy amplio, no resulta práctica una lista completa de actividades de enfermería. Consulte las actividades de enfermería para otros posibles diagnósticos. Por ejemplo: si el paciente sufre anorexia y pérdida de peso, remítase a *alteración de la nutrición: por defecto* para ver las actividades de enfermería que mejoran la nutrición de un paciente. Si el paciente sufre de incontinencia, remítase a *incontinencia fecal o incontinencia urinaria* para las actividades de enfermería apropiadas.

### En el domicilio

- Evaluar la disponibilidad de interacciones sociales y la extensión de la participación del paciente
- Evaluar las capacidades de autocuidado
- Remitir para servicios de ayuda doméstica o limpieza, según sea necesario

---

## DESARROLLO, RIESGO DE ALTERACIÓN DEL

(1998)

**Definición:** riesgo de retraso igual o superior al 25% en una o más de las áreas de comportamiento social o autorregulador, o en las destrezas cognitivas, de habla, o motoras fina o gruesa.

## Factores de riesgo

### *Prenatales*

Abuso de drogas  
 Analfabetismo  
 Ausencia, mala calidad o retraso de los cuidados prenatales  
 Edad de la madre <15 o >35 años  
 Embarazo no planificado o no deseado  
 Infecciones  
 Nutrición inadecuada  
 Pobreza  
 Trastornos genéticos o endocrinos

D

### *Individuales*

Abuso de drogas  
 Convulsiones o crisis  
 Daño cerebral (p. ej., hemorragia postnatal, zarandeo del bebé, abuso, accidente)  
 Desastre natural  
 Enfermedad crónica  
 Envenenamiento con plomo  
 Falta de desarrollo adecuado, nutrición inadecuada  
 Niño adoptado o en acogida  
 Prematuridad  
 Quimioterapia  
 Radioterapia  
 Resultado positivo en la detección de drogas  
 Tecnológico-dependiente  
 Trastornos congénitos o genéticos  
 Trastornos de la audición u otitis media frecuente  
 Trastornos de la visión  
 Trastornos del comportamiento

### *Medioambientales*

Pobreza  
 Violencia

### *Cuidador*

Abuso  
 Retraso mental o incapacidad de aprendizaje grave  
 Trastorno mental

## Sugerencias de uso

(1) Este diagnóstico se hace cuando hay uno o más factores de riesgo presentes y el punto principal de la actividad de enfermería es la prevención de retrasos de desarrollo mediante la eliminación de los factores de riesgo. (2) Puesto que el desarrollo suele evaluarse de forma regular en los cuidados de enfermería de los niños, no suele requerirse una afirmación diagnóstica para esa aplicación; dicha evaluación suele incluirse en las nor-

mas de cuidados pediátricos. (3) Esta etiqueta no es apropiada para un niño con deficiencia mental (por ejemplo, *riesgo de retrasos en el desarrollo relacionados con el síndrome de Down*). En su lugar, debe diagnosticarse la tarea funcional específica que no puede realizar el niño (por ejemplo, *déficit del autocuidado: alimentación, incontinencia fecal*). (4) En lugar de usar este diagnóstico, puede ser mejor centrarse en el factor de riesgo y describir el problema; por ejemplo, como *alteración parental o afrontamiento familiar ineficaz*.

D

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar, ineficaz: comprometido  
Afrontamiento familiar, ineficaz: incapacitante  
Afrontamiento individual: ineficaz  
Autocuidado, déficit del (especificar)  
Comunicación verbal, trastorno de la  
Crecimiento, riesgo de alteración del  
Crecimiento y desarrollo, alteración del  
Incontinencia fecal  
Incontinencia urinaria  
Parental, alteración

### Resultados NOC

**Desarrollo infantil:** 12 meses; 2, 3, 4 y 5 años; infancia media (6-11 años); adolescencia (12-17 años): hitos de progreso físico, cognitivo y psicosocial a los [especificar la edad ]

**Habilidades de interacción social:** comportamientos personales que favorecen las relaciones efectivas

**Nivel de hiperactividad:** gravedad de las pautas de falta de atención o impulsividad en un niño de 1 a 17 años de edad

**Organización de lactantes prematuros:** integración extrauterina de la función fisiológica y conductual del lactante nacido tras una gestación de 24 a 37 semanas (a término)

### Objetivos/criterios de evaluación

**IMPORTANTE:** este texto únicamente puede proporcionar ejemplos de hitos de desarrollo. Consulte textos pediátricos o sobre desarrollo infantil para un análisis completo del crecimiento, el desarrollo y los objetivos para un niño específico.

- El niño alcanzará los hitos de desarrollo, es decir, no sufrirá un retraso igual o superior al 25% en una o más de las áreas de comportamiento social o autorreguladoras, o de destrezas cognitivas, de habla o motoras gruesas o finas. Por ejemplo:

Para un niño de seis meses: rodar, sentarse con apoyo, agarrar objetos y llevarlos a la boca

Para uno de tres años: demostrar autonomía, saber utilizar el baño

## Intervenciones NIC

**Chequeo sanitario:** detección de los riesgos o problemas sanitarios mediante los antecedentes clínicos, la exploración médica y otros procedimientos

**Cuidado de niños (hasta un año):** provisión de cuidados centrados en la familia y apropiados al desarrollo del niño menor de un año

**Cuidado del recién nacido:** gestión del neonato durante la transición a la vida extrauterina y el posterior periodo de estabilización

**Cuidados del desarrollo:** estructurar el entorno y ofrecer cuidados en respuesta a los impulsos conductuales y estados del neonato prematuro

**Educación parental: adolescente:** ayudar a los padres a comprender y ayudar a sus hijos adolescentes

**Educación parental: niños:** proporcionar instrucción sobre la alimentación y los cuidados físicos necesarios durante el primer año de vida

**Enseñanza: nutrición de lactante:** instruir sobre nutrición y las prácticas de alimentación durante el primer año de vida

**Enseñanza: seguridad del lactante:** instruir sobre aspectos de seguridad durante el primer año de vida

**Fomento del desarrollo: adolescente:** facilitar el crecimiento físico, cognitivo, social y emocional óptimo de las personas en la transición desde la infancia a la etapa adulta

**Fomento del desarrollo: niños:** facilitar o enseñar a los padres y cuidadores a facilitar el crecimiento en destrezas motoras gruesas y finas, destrezas de lenguaje, cognitivas, sociales y emocionales de niños preescolares y en edad escolar

**Gestión de la conducta: hiperactividad/falta de atención:** provisión de un medio terapéutico que acomode con seguridad el déficit de atención o la hiperactividad del paciente al tiempo que promueve el funcionamiento óptimo

**Gestión del entorno: proceso de acercamiento:** manipulación del entorno del paciente para facilitar el desarrollo de la relación entre progenitor y lactante

**Gestión del entorno: seguridad:** control y manipulación del entorno físico para favorecer la seguridad

**Identificación de riesgos:** realizar el análisis de los posibles factores de riesgo, determinación de los riesgos para la salud y priorización de las estrategias de reducción de riesgos para una persona o grupo

**Modificación de conducta: habilidades sociales:** ayudar al paciente a desarrollar o mejorar las habilidades sociales interpersonales

**Promoción del acercamiento:** facilitar el desarrollo de la relación entre progenitor y lactante

## Actividades de enfermería

**IMPORTANTE:** puesto que este diagnóstico de enfermería es tan amplio e inespecífico, y debido a que hay tantas etiologías posibles, no se pueden listar todas las actividades de enfermería aquí. Consulte las secciones específicas de cada edad en los textos sobre crecimiento y desarrollo.

D

### Valoración

- Realizar una evaluación sanitaria en profundidad (p. ej., anamnesis, temperamento, cultivo, entorno familiar, comprobación de desarrollo) para determinar el nivel funcional
- D** • Determinar el nivel de conocimientos del cuidador, los recursos, el sistema de apoyo y las destrezas de afrontamiento
- Identificar las expectativas parentales para el futuro del niño (p. ej., la capacidad de aprendizaje, los logros de desarrollo)
- Controlar las interacciones entre progenitor e hijo (p. ej., durante la alimentación)
- Evaluar la presencia de factores de riesgo prenatales (p. ej., pobreza, consumo de drogas)
- Evaluar los factores de riesgo postnatales, como enfermedad crónica, convulsiones y crisis, violencia, enfermedad mental del cuidador

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar a los padres los hitos normales del desarrollo
- Mostrar actividades que favorezcan el desarrollo
- Enseñar la importancia de los cuidados prenatales precoces
- Enseñar a la madre la importancia de abstenerse del alcohol y las drogas durante el embarazo
- Enseñar modos de proporcionar estimulación significativa para lactantes y niños
- Instruir sobre comportamientos apropiados a la edad
- Enseñar sobre juguetes y materiales apropiados para la edad
- Modelar las intervenciones para cuidados del desarrollo para lactantes prematuros
- Enseñar la importancia de dejar de fumar y los peligros para los fumadores pasivos

### Actividades auxiliares

- Derivar a la paciente embarazada a un programa para el tratamiento contra el consumo de drogas si resulta necesario

### Otras

- Si no pueden eliminarse los factores de riesgo (como un desastre natural), ayudar a la familia a encontrar recursos y apoyar sus esfuerzos para afrontar la situación
- Ayudar al paciente a alcanzar el siguiente nivel de desarrollo mediante el dominio apropiado de las tareas específicas de dicho nivel (consulte un texto sobre crecimiento y desarrollo)
- Establecer una relación terapéutica y de confianza con los cuidadores
- Ofrecer actividades de juego apropiadas y fomentar las actividades con otros niños

- Comunicarse con el paciente al nivel cognitivo de desarrollo apropiado
- Ofrecer recompensas o retroalimentación positiva por los intentos de autoexpresión
- Usar técnicas de modificación del comportamiento consistentes y estructuradas
- Implicar al paciente en sus cuidados y actividades de la vida diaria en la medida de lo posible
- Animar a los padres a que esperen y exijan a su hijo un comportamiento responsable

D

### En el domicilio

- Las actividades anteriores también se aplican a la asistencia domiciliaria
- Evaluar los factores medioambientales que podrían causar el *alteración del desarrollo*, como pinturas con plomo en los edificios más antiguos

## DESATENCIÓN UNILATERAL

(1986, 2006)

**Definición:** discapacidad en las respuestas sensoriales y motoras, la representación mental, y la atención espacial del organismo y el entorno correspondiente, caracterizada por la falta de atención a un lado y una atención excesiva al opuesto. La falta de atención del lado izquierdo es más grave y persistente que la del lado derecho.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Dificultades para recordar detalles de representaciones internas de escenas familiares que se encuentran en el lado izquierdo

#### Objetivas

Aparece inconsciente de la colocación del miembro desatendido

Desplazamiento de los sonidos hacia el lado no afectado

Desviación marcada de cabeza, ojos, y tronco hacia el lado no afectado (como atraído magnéticamente) ante estímulos y actividades en ese lado

Dificultades para vestir o acicalar el lado desatendido

Distorsión u omisión del dibujo de la mitad de la página del lado desatendido

En la lectura, sustitución de letras para formar palabras alternativas que son parecidas a las originales en extensión

Fallo al tachar líneas en la mitad de la página del lado desatendido

Fallo al comer los alimentos de la porción del plato correspondiente al lado afectado

Fallo al mover los ojos la cabeza, las extremidades o el tronco en el hemiespacio desatendido en lugar de ser consciente de los estímulos en el mismo  
Fallo al localizar a las personas que se acercan por el lado afectado  
Falta de precauciones de seguridad con relación al lado desatendido  
Mantenimiento de las tareas motoras visuales en el lado no afectado  
**D** Transmisión de las sensaciones dolorosas al lado no afectado  
Uso exclusivo de la mitad vertical de la página al escribir

### Factores relacionados

Hemianopsia  
Hemiplejía izquierda por accidente cerebrovascular del hemisferio derecho  
Lesión cerebral por problemas vasculares cerebrales  
Lesión cerebral por enfermedad neurológica  
Lesión cerebral por traumatismos  
Lesión cerebral por tumores

### Otros factores relacionados (no NANDA)

Anestesia de una parte del cuerpo (p. ej., hemianestesia)  
Debilidad de una parte del cuerpo (p. ej., hemiparesis)  
Ignorancia real o fingida de la presencia de parálisis (p. ej., anosognosia)

### Sugerencias de uso

La desatención unilateral puede ocurrir con enfermedades médicas como lesiones cerebrales, aneurismas o tumores, y accidentes cerebrovasculares. Por lo general hay otros diagnósticos de enfermería asociados con la fisiología de la desatención unilateral, p. ej., los de la siguiente sección: otros posibles diagnósticos.

### Otros posibles diagnósticos

Ansiedad  
Autocuidado, déficit del  
Lesión, riesgo de  
Sensorio-perceptivas, alteraciones

### Resultados NOC

**Adaptación a la minusvalía física:** respuesta de adaptación ante un reto funcional importante debido a la minusvalía física

**Autocuidado: actividades básicas de la vida diaria (ADL):** capacidad de realizar las tareas físicas básicas y las actividades de cuidado personal de forma independiente con o sin dispositivos de ayuda

**Cambio de posición corporal:** capacidad de cambiar la propia posición del cuerpo de forma independiente con o sin dispositivos de ayuda

**Movimiento coordinado:** capacidad de los músculos de trabajar juntos voluntariamente en movimientos intencionados

## Objetivos/criterios de evaluación

- Llevar a cabo el **autocuidado: actividades básicas de la vida diaria (ADL)**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido): comer, vestirse, ir al baño, ducharse, acicalarse, higiene, andar, moverse en silla de ruedas, rendimiento de movilidad

D

## Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Cambiar por sí mismo de posición corporal (especificar: de tumbarse a sentarse, de sentarse a tumbarse, de arrodillarse a levantarse, y así sucesivamente)
- Reconocer el grado de déficit
- Alterar el comportamiento y el entorno para acomodarse al déficit
- Demostrar una mejora de la percepción del entorno
- No experimentar caídas u otros accidentes

## Intervenciones NIC

**Ayuda en el autocuidado:** ayudar a realizar actividades de la vida cotidiana

**Gestión de la desatención unilateral:** proteger y reintegrar sin percances la parte afectada del organismo mientras se ayuda al paciente a adaptarse a las habilidades de percepción

**Guía anticipatoria:** preparación previa del paciente para una crisis de desarrollo o situacional

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar al paciente a adaptarse a notar los factores de tensión, cambios o amenazas que interfieren con la confluencia de las demandas y roles de la vida

**Terapia con ejercicio: control muscular:** uso de una actividad específica o rutinas de ejercicio para mejorar o recuperar el control sobre el movimiento del organismo

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Evaluar la naturaleza y extensión del déficit
- (NIC) *Gestión de la desatención unilateral:* control de las respuestas anormales a los tres tipos de estímulos primarios: sensorial, visual y auditivo

### Educación del paciente y la familia

- Explicar y reforzar la naturaleza y extensión del déficit al paciente y su familia
- Facilitar información sobre los recursos comunitarios
- (NIC) *Gestión de la desatención unilateral:* instruir a los cuidadores en las causas, mecanismos y tratamientos de la desatención unilateral

### Actividades auxiliares

- (NIC) *Gestión de la desatención unilateral*: consultar con terapeutas físicos y ocupacionales con respecto a las estrategias y el ritmo para facilitar la reintegración de las partes del cuerpo afectadas y sus funciones

### D Otras

- Facilitar estímulos visuales, olfativos y táctiles
- (NIC) *Gestión de la desatención unilateral*:
  - Facilitar reacciones realistas sobre el déficit de percepción del paciente
  - Tocar el hombro no afectado cuando se inicia una conversación
  - Ubicar la comida y bebida en el campo de visión y pasar el plato cuando sea necesario
  - Cambiar de sitio las cosas del entorno para usar el campo visual derecho o izquierdo, como ubicar efectos personales, el televisor, o materiales de lectura dentro de la vista del lado no afectado
  - Mover gradualmente los efectos personales y actividades hacia el lado afectado a medida que el paciente demuestre una habilidad mayor para compensar la desatención
  - Ayudar al paciente a lavarse y acicalarse el lado afectado primero cuando demuestre una habilidad para compensar la desatención
  - Mantener en pie el rail lateral correspondiente al lado afectado si es necesario
  - Asegurar que las extremidades afectadas son posicionadas segura y correctamente
  - Incluir a la familia en el proceso de rehabilitación para apoyar los esfuerzos del paciente y ayudar con cuidados cuando sea oportuno

### En el domicilio

- La mayoría de las actividades precedentes pueden usarse o adaptarse para la atención domiciliaria
- Si es posible, ubicar la cama del paciente de forma que pueda alzarse del lado no afectado, especialmente cuando se levante por las noches para ir al aseo

---

## DESESPERANZA

(1986)

**Definición:** estado subjetivo en el que la persona ve alternativas u opciones personales limitadas o nulas y es incapaz de movilizar la energía en su propio beneficio.

## Características definitorias

### Subjetivas

Indicadores verbales, como un contenido desesperanzado, repetición de “no puedo”, suspiros

### Objetivas

Alejamiento de la persona que habla  
 Cerrar los ojos  
 Encogimiento de hombros como respuesta a la persona que habla  
 Evitación del contacto visual (no NANDA)  
 Falta de iniciativa  
 Falta de participación en los cuidados  
 Pasividad  
 Reducción de la expresión oral  
 Reducción de la respuesta a los estímulos  
 Reducción del afecto  
 Reducción del apetito  
 Trastornos en la pauta de sueño

D

## Factores relacionados

Abandono  
 Fallo o deterioro del estado físico  
 Falta de apoyos sociales (no NANDA)  
 Pérdida de la creencia en los valores trascendentales o el poder espiritual  
 Restricciones prolongadas de la actividad que crean aislamiento  
 Tensión nerviosa a largo plazo

## Sugerencias de uso

Debe diferenciarse esta etiqueta de *impotencia*. *Desesperanza* implica que una persona cree que no hay solución para su problema (que no hay salida). En la *impotencia*, la persona puede saber de una solución para su problema, pero cree que está más allá de su control intentar alcanzar la solución. Los sentimientos de *impotencia* prolongados pueden resultar en *desesperanza*. Aunque ambos diagnósticos comparten algunas características definitorias, los puntos siguientes son específicos exclusivamente de la *impotencia*: irritabilidad, resentimiento, ira, culpa y temor de alienación de los cuidadores. Para algunos pacientes, la *desesperanza* puede ser un factor de riesgo para el suicidio.

## Otros posibles diagnósticos

Aflicción crónica  
 Afrontamiento individual: ineficaz  
 Ansiedad ante la muerte  
 Desarrollo, deterioro de la capacidad del adulto para mantener su  
 Duelo disfuncional (puede ser una etiología de *desesperanza*)  
 Impotencia

Sufrimiento espiritual, real/riesgo de  
Toma de decisiones, conflicto en la  
Violencia autodirigida, riesgo de

## Resultados NOC

D

**Autocontrol de la depresión:** acciones personales para minimizar la melancolía y mantener el interés en los acontecimientos de la vida

**Calidad de vida:** extensión de la percepción positiva de las circunstancias vitales actuales

**Deseo de vivir:** deseo, determinación y esfuerzo para sobrevivir

**Energía psicomotriz:** impulso y energía personales para mantener las actividades de la vida, la nutrición y la seguridad personal durante la vida diaria

**Equilibrio emocional:** ajuste apropiado del tono emocional preponderante en respuesta a las circunstancias

**Esperanza:** optimismo que resulta personalmente satisfactorio e impulsor de la vida

**Nivel de depresión:** gravedad del estado de ánimo melancólico y de la pérdida de interés en los acontecimientos de la vida

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Se eliminará la *desesperanza*, según se demuestre mediante el autocontrol de la depresión, el nivel de la depresión, la presencia de esperanza, el equilibrio del estado de ánimo, la energía psicomotriz, la expresión de satisfacción con la calidad de vida y la voluntad de vivir consistentes
- La **calidad de vida** se demostrará, según lo prueben los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: en absoluto, ligeramente, moderadamente, mucho o completamente satisfecho): circunstancias sociales, relaciones estrechas, consecución de los objetivos de la vida, autoconcepto
- Se mostrará **esperanza**, según lo prueben los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, o habitualmente):
  - Expresa fe, voluntad de vivir, razones para vivir, significado de la vida, optimismo y fe en sí mismo y en otros
  - Muestra ganas de vivir

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Iniciar comportamientos que pueden reducir los sentimientos de desesperanza  
Véase también *otros ejemplos* para disposición para mejorar la esperanza, en las pág. 319.

## Intervenciones NIC

Remítase también a las intervenciones NIC para disposición para mejorar la esperanza, en la pág. 319.

**Asesoramiento:** usar un proceso interactivo de ayuda centrado en las necesidades, los problemas o los sentimientos del paciente y de sus seres queridos para mejorar o apoyar las relaciones interpersonales, el afrontamiento y la resolución de problemas

**Gestión del humor:** ofrecer seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento de un paciente que está experimentando un estado de ánimo deprimido o elevado de modo disfuncional

**Mejora de la defensa y el afrontamiento:** ayudar a un paciente a adaptarse a las causas de tensión nerviosa, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con la respuesta a las exigencias y funciones vitales

D

### Actividades de enfermería

Remítase también a las intervenciones NIC para disposición para mejorar la esperanza, en la pág. 319.

#### Valoración

- Evaluar y documentar la posibilidad de suicidio
- Monitorizar el efecto y la capacidad de toma de decisiones
- Controlar la nutrición: ingesta y peso corporal

#### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Infundir esperanza:* enseñar a reconocer la realidad revisando la situación y preparando planes para emergencias

#### Actividades auxiliares

- Obtener consulta psiquiátrica

#### Otras

- Fomentar la participación activa en las actividades de grupo para ofrecer oportunidades de apoyo social y resolución de problemas
- Explorar con el paciente los factores que contribuyen a los sentimientos de desesperanza
- Ofrecer refuerzo positivo para los comportamientos que demuestran iniciativa, como contacto ocular, autorrevelación, reducción de la cantidad de tiempo de sueño, autocuidado, aumento del apetito

---

## DESTETE DEL RESPIRADOR (DVWR), RESPUESTA DISFUNCIONAL AL

(1992)

**Definición:** incapacidad para adaptarse a la reducción de los niveles de soporte ventilatorio mecánico, lo cual interrumpe y prolonga el periodo de destete.

### Características definitorias

Se han descrito tres niveles de DVWR en los cuales estas características definitorias se producen como respuesta al destete (Logan y Jenny, 1991)

#### D

#### DVWR leve

##### Subjetivas

Calor  
Dudas sobre el posible mal funcionamiento de la máquina  
Expresión de la sensación de una necesidad mayor de oxígeno  
Fatiga  
Malestar al respirar

##### Objetivas

Agitación  
Calor  
Concentración creciente de la respiración  
Ligero aumento del ritmo respiratorio con respecto al ritmo de referencia

#### DVWR moderado

##### Subjetivas

Aprensión

##### Objetivas

Aumento del ritmo respiratorio  $<5$  respiraciones por minuto  
Cambios de color; palidez, cianosis ligera  
Diaforesis  
Disminución de la entrada de aire en la auscultación  
Hipervigilancia de las actividades  
Incapacidad de cooperar  
Incapacidad de responder a las instrucciones  
Ligero aumento de la presión arterial (BP)  $<20$  mmHg  
Ligero aumento del ritmo cardiaco  $<20$  latidos/minuto (BPM)  
Uso sutil de los músculos accesorios de la respiración

#### DVWR grave

##### Objetivas

Agitación  
Aumento de la BP con respecto a los valores de referencia  $\geq 20$  mmHg  
Aumento del ritmo cardiaco  $\geq 20$  BPM  
Aumento significativo del ritmo respiratorio con respecto a los valores de referencia  
Cianosis  
Diaforesis profusa  
Deterioro de la gasometría arterial (ABG) respecto a los valores de referencia  
Disminución del nivel de consciencia  
Respiración abdominal paradójica  
Respiración con ventilador descoordinada

Respiración superficial y ahogada  
Sonidos respiratorios adventicios, secreciones audibles en la vía aérea  
Uso intenso de los músculos accesorios de la respiración

## Factores relacionados

### Fisiológicos

Dolor o malestar incontrolado  
Insomnio  
Limpieza ineficaz de las vías aéreas  
Nutrición inadecuada

### Situacionales

Entorno adverso (p. ej., ruido, entorno activo, eventos negativos en la habitación, baja proporción enfermero-paciente, ausencia de atención enfermera prolongada, plantilla de enfermería desconocida)  
Historia de dependencia ventilatoria >4 días  
Historia de múltiples intentos de destete sin éxito  
Problemas o demandas episódicas de energía incontroladas  
Ritmo inapropiado en la reducción del soporte ventilatorio  
Soporte social inadecuado

### Psicológicos

Ansiedad: moderada, grave  
Autoconfianza disminuida  
Confianza en el/la enfermero/a insuficiente  
Déficit de conocimientos sobre el proceso de destete  
Desesperanza  
Impotencia  
Motivación disminuida  
Miedo

## Sugerencias de uso

La DVWR pone mucho interés específicamente con las respuestas de los pacientes a la separación del ventilador mecánico. Otros diagnósticos respiratorios pueden tener también lugar durante el destete, por ejemplo, la *limpieza ineficaz de las vías aéreas*, el *patrón respiratorio ineficaz*, y el *deterioro del intercambio gaseoso*. Estas etiquetas diagnósticas no incluyen las razones para los problemas de destete. Si no conoce la etiología de la DVWR, utilice “etiología desconocida”.

## Otros posibles diagnósticos

Vías aéreas, limpieza ineficaz de las  
Patrón respiratorio, ineficaz  
Intercambio gaseoso, deterioro del

## Resultados NOC

**Control de la ansiedad:** gravedad de la aprensión, tensión, o desasosiego creciente de una fuente no identificable

**Estado respiratorio: intercambio gaseoso:** intercambio alveolar de CO<sub>2</sub> o O<sub>2</sub> para mantener concentraciones ABG

**Estado respiratorio: ventilación:** movimiento del aire dentro y fuera de los pulmones

D

**Respuesta al destete de la ventilación mecánica: adulto:** ajuste respiratorio y psicológico a la eliminación progresiva de la ventilación mecánica

**Signos vitales:** se limitan a los rangos normales de temperatura, pulso, respiración y BP

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta los **signos vitales**, manifestados por los siguientes indicadores (específicos de 1 a 5: desviación grave, sustancial, moderada, leve o inexistente de los valores normales): temperatura corporal, frecuencia cardiaca apical y pulso radial, frecuencia respiratoria y BP sistólica y diastólica
- Presenta **estado espiratorio:** intercambio gaseoso manifestado por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido):
  - Facilidad de respiración
  - Halazgos en la radiografía torácica
  - PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, pH arterial y saturación de O<sub>2</sub>
- Presenta **estado respiratorio: ventilación**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: grave, sustancial, moderado, leve o ninguno):
  - Uso de los músculos accesorios
  - Sonidos respiratorios adventicios
  - Retracción del tórax
  - Disnea
  - Ortopnea
  - Falta de respiración

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Conseguir establecer los objetivos de destete
- Estar fisiológicamente estable para el proceso de destete
- Estar psicológica y emocionalmente estable para el proceso de destete

## Intervenciones NIC

**Asistencia en la ventilación:** promoción de un patrón ventilatorio espontáneo óptimo que maximice el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones

**Control y seguimiento respiratorio:** recogida y análisis de los datos del paciente para asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias y un intercambio de gases adecuado

**Destete de la ventilación mecánica:** ayuda al paciente para que respire sin la asistencia de un ventilador mecánico

**Información sensorial preparatoria:** describir en términos concretos y objetivos las sensaciones y hechos típicos asociados con un próximo tratamiento o procedimiento de asistencia sanitaria estresante

**Monitorización de los signos vitales:** recogida y análisis de datos cardiovasculares, respiratorios, y de térmicos del cuerpo para determinar y prevenir complicaciones

**Reducción de la ansiedad:** minimizar la aprensión, el pavor, los presentimientos, o las inquietudes relacionadas con una fuente no identificada o un peligro anticipado

**Ventilación mecánica:** uso de un dispositivo artificial para ayudar al paciente a respirar

D

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Evaluar la preparación del paciente para el destete considerando los siguientes indicadores respiratorios:
  - ABG estable con un  $\text{PaO}_2 > \text{PaCO}_2$  en un 40%-60% de oxígeno
  - Fuerza inspiratoria máxima  $> -20$  cm  $\text{H}_2\text{O}$  de tal forma que la respiración autónoma pueda iniciarse
  - Volumen de corriente autónoma  $> 5$  ml/kg masa corporal ideal
  - Capacidad vital  $> 13$  ml/kg masa corporal ideal
  - Frecuencia respiratoria espontánea estable  $< 30$  respiraciones por minuto
  - Tos efectiva suficiente para aguantar secreciones
  - Extensión de tiempo con el ventilador
- Evaluar la preparación del paciente para el destete considerando los siguientes indicadores respiratorios:
  - Ausencia de estreñimiento, diarrea o íleo
  - Ausencia de fiebre e infección
  - Estado nutricional adecuado manifestado por una albúmina sérica y una transferrina aceptables y una circunferencia muscular media del brazo  $> 15.$ ° percentil
  - Descanso y sueño adecuado
  - Hemoglobina y hematocrito WNL por paciente
  - Mejoras en la fuerza y la resistencia del paciente
  - BP normal para ese paciente
  - Preparación psicológica y emocional
  - Equilibrio satisfactorio de fluidos y electrolitos
  - Velocidad y ritmo cardíaco estables
  - Dolor o nivel de malestar soportable
- Determinar por qué fracasaron los anteriores intentos de destete, si es posible
- Controlar la respuesta del paciente a las medicaciones actuales y establecer una correlación entre las respuestas y los objetivos de destete

• (NIC) *Destete de la ventilación mecánica:*

Controlar el grado de la vía, la capacidad vital,  $V_d/V_t$ , la ventilación-minuto obligatoria (MMV), la fuerza inspiratoria, y la FEV<sub>1</sub> para la preparación para el destete de la ventilación mecánica, basada en el protocolo del organismo

D

Controlar los signos de fatiga respiratoria muscular (p. ej., aumento brusco del nivel de PaCO<sub>2</sub>; ventilación rápida y superficial; y movimientos de la pared abdominal no habituales), hipoxemia, e hipoxia tisular durante el proceso de destete

### Educación del paciente y la familia

• Instruir al paciente y a su familia en el proceso de destete y sus objetivos, que deberían incluir:

Cómo puede sentirse el paciente durante la evolución del proceso

La participación de la familia

La participación requerida del paciente

Lo que el paciente puede esperar de el/la enfermero/a

Razones por las que el destete es necesario

• (NIC) *Destete de la ventilación mecánica:* ayudar al paciente a distinguir la respiración espontánea de la mecánica.

### Actividades auxiliares

• Analizar el proceso de destete y los objetivos del mismo con el médico y el practicante de los cuidados respiratorios, incluyendo el presente del paciente y las condiciones médicas previas

• (NIC) *Destete de la ventilación mecánica:* colaborar con otros miembros del equipo sanitario para optimizar el estado nutricional del paciente, asegurando que el 50% de la fuente de calorías no proteica de la dieta sean grasas mejor que carbohidratos

### Otras

• Fomentar el autocuidado para aumentar el sentido del control y la participación

• Normalizar las ADL para el nivel de tolerancia del paciente

• Establecer métodos efectivos de comunicación entre paciente y otros (p. ej., escritos, ojos en blanco, apretón de manos)

• Iniciar el proceso de destete por:

Comprobar el equipamiento para asegurar que esté conectado al oxígeno y que la instalación esté en orden

Comprobar la presencia de sonidos respiratorios bilaterales

Comprobar que no haya nudos ni demasiada humedad en la entubación

Comprobar los signos vitales y al paciente para buscar indicadores de fatiga o falta de tolerancia cada 5-15 minutos

Documentar el proceso de destete y la tolerancia del paciente

- Explicar el procedimiento al paciente y a su familia
- Medir y registrar el ritmo respiratorio base, el ritmo cardiaco, la BP, el ritmo ECG, los sonidos pulmonares, la capacidad vital, el volumen tidal, la fuerza inspiratoria, y la saturación de oxígeno por el pulsioxímetro.
- Preoxigenar, hiperinsuflar, aspirar, y reoxigenar al paciente antes del destete
- Facilitar un ambiente tranquilo durante el tiempo de destete
- Facilitar entretenimiento como televisión o radio
- Posicionar al paciente recostado para disminuir la presión abdominal en el diafragma y permitir una expansión pulmonar mejor
- Comenzar el momento del destete cuando el paciente haya descansado y esté despierto y alerta
- Permanecer con el paciente durante el tiempo de destete para proporcionar asistencia y seguridad
- Interpretar las bases de las exigencias del destete (p. ej., uso de una presión positiva continua de las vías respiratorias [CPAP], ventilación mecánica asistida periódica sincronizada [SIMV], ventilación con presión de soporte [PSV], y MMV, o pieza en forma de "T")
- Reconectar al paciente al ventilador según las directrices predestete si se manifiestan indicadores de no tolerancia
  - Documentar en el plan de cuidado de enfermería aquellas estrategias que fomenten el éxito del proceso de destete para asegurar uniformidad (p. ej., métodos de comunicación con el paciente, participación familiar, y métodos de entrenamiento)
  - (NIC) *Destete de la ventilación mecánica:*
    - Alternar los periodos de intento de destete con periodos suficientes de descanso y sueño
    - Evitar la vuelta tardía a la ventilación mecánica en pacientes con fatiga muscular respiratoria
    - Establecer un programa para coordinar los intentos de destete con las demás tareas de cuidados del paciente
    - Usar técnicas de relajación, cuando proceda

D

### En el domicilio

- Evaluar si el destete del ventilador mecánico es práctico (p. ej., económicamente, psicológicamente, físicamente)
- Si el destete se realiza en el domicilio, tener un plan de emergencia activo para la ventilación temporal durante el restablecimiento de la ventilación mecánica

### Personas mayores

- Los adultos mayores de 80 años requieren un periodo más largo de tiempo para el destete

---

## DIARREA

(1975, 1988)

D

**Definición:** paso de heces sueltas y sin forma.

### Características definitorias

#### *Subjetivas*

Calambres  
Dolor abdominal  
Urgencia

#### *Objetivas*

Al menos tres deposiciones líquidas sueltas al día  
Ruidos hidroaéreos abdominales excesivos

### Factores relacionados

#### *Psicológicos*

Niveles elevados de tensión nerviosa y angustia

#### *Situacionales*

Abuso de laxantes  
Abuso del alcohol  
Alimentación por sonda  
Contaminantes  
Efectos adversos de los medicamentos  
Riesgos debidos a las radiaciones  
Toxinas  
Viajes

#### *Fisiológicos*

Inflamación  
Irritación  
Malabsorción  
Parásitos  
Procesos infecciosos

### Sugerencias de uso

Deben diferenciarse las heces líquidas que acompañan a la retención fecal de la verdadera *diarrea*. Aquéllas suelen ocurrir de repente en pacientes con estreñimiento crónico. Cuando hay retención fecal, el tacto rectal revelará una masa dura de heces secas en el recto. También debe diferenciarse de la *incontinencia fecal*, que no se manifiesta necesariamente como heces líquidas o sin forma.

### Otros posibles diagnósticos

Estreñimiento  
Incontinencia fecal

## Resultados NOC

**Autocuidado de la ostomía:** acciones personales para mantener la ostomía para la eliminación

**Continencia intestinal:** control del paso de las heces por los intestinos

**Eliminación intestinal:** formación y evacuación de las heces

**Equilibrio electrolítico y ácido-base:** equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimentos intra- y extracelulares del cuerpo

**Equilibrio hídrico:** equilibrio hídrico en los compartimentos intra- y extracelulares del cuerpo

**Gravedad de los síntomas:** gravedad de los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico, emocional y social

**Hidratación:** agua adecuada en los compartimentos intra- y extracelulares del cuerpo

D

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- La *diarrea* se controlará o eliminará, según se demuestre mediante continencia intestinal, eliminación intestinal, equilibrio de electrolitos y ácido-base, equilibrio hídrico, hidratación, autocuidado de la ostomía y gravedad del síntoma
- Demuestra una **eliminación intestinal** efectiva, demostrada por los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: comprometida gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o nada):
  - Pauta de eliminación
  - Control de la defecación
- Demuestra una **eliminación intestinal** efectiva, demostrada por los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: sustancial, moderada, leve, ninguna):
  - Diarrea
  - Sangre y moco en las heces

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Seguir los requisitos alimentarios para aliviar la diarrea
- Practicar una higiene adecuada para evitar la rotura de la piel
- Verbalizar su comprensión de las causas de su diarrea
- Mantener el equilibrio electrolítico en los límites normales
- Mantener el equilibrio ácido-base en los límites normales
- Mantenerse bien hidratado (membranas mucosas húmedas, afebril, con buena turgencia de los globos oculares, y BP, hematocritos y producción de orina en los límites normales)

## Intervenciones NIC

**Cuidado de la ostomía:** mantener la defecación mediante un estoma y cuidar del tejido circundante

**Gestión de electrolitos:** favorecer el equilibrio electrolítico y la prevención de las complicaciones que resultan de unas concentraciones anómalas o no deseables de electrolitos séricos

**Gestión de la diarrea:** gestionar y aliviar la diarrea

**Gestión de la eliminación intestinal:** establecer y mantener una pauta regular de eliminación intestinal

**Gestión de la medicación:** facilitar el uso inocuo y efectivo de fármacos con y sin receta

**Gestión de líquidos y electrolitos:** regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de las concentraciones hídricas y electrolíticas

**Gestión de líquidos:** favorecer el equilibrio hídrico y la prevención de las complicaciones resultantes de unas concentraciones anómalas o no deseables de líquidos

D

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Realizar la prueba de sangre oculta en heces
- Hacer que el paciente identifique su pauta de defecación habitual
- Realizar el seguimiento de los valores de laboratorio (electrolitos, recuento sanguíneo completo) y comunicar las anomalías
- Pesar al paciente a diario
- Evaluar y documentar:
  - La frecuencia, el color, la consistencia y la cantidad (medida) de heces
  - La turgencia de la piel y el estado de la mucosa bucal como indicadores de deshidratación
- (NIC) *Gestión de la diarrea:*
  - Obtener heces para cultivo y sensibilidad. Si la diarrea persiste:
  - Evaluar el perfil de medicamentos para comprobar los efectos secundarios en el aparato gastrointestinal
  - Evaluar la ingesta registrada para comprobar su contenido nutritivo
  - Comprobar la piel en el área perianal para comprobar que no presenta irritación ni ulceración

### Educación del paciente y la familia

- Informar al paciente de la posibilidad de diarrea provocada por los medicamentos
- Enseñarle a evitar la leche, el café, las especias y los alimentos irritantes para el tracto gastrointestinal
- (NIC) *Gestión de la diarrea:*
  - Enseñar al paciente el uso adecuado de la medicación antidiarreica
  - Pedir al paciente y a los miembros de la familia que registren el color, el volumen, la frecuencia y la consistencia de las heces
  - Pedir al paciente que notifique todos los episodios de diarrea al personal
  - Enseñar técnicas de reducción de la tensión nerviosa al paciente, si procede

### Actividades auxiliares

- Consultar con un especialista en dietética para un ajuste de la dieta
- (NIC) *Gestión de la diarrea*: consultar con el médico si continúan los signos y síntomas de la diarrea

### Otras

- Ayudar al paciente a identificar los factores estresantes que puedan contribuir a la diarrea
- Proporcionar sus cuidados sin juzgar, aceptando la situación
- Ofrecer líquidos que haya elegido el paciente (especificar)
- Ofrecer al paciente privacidad y seguridad durante la defecación
- (NIC) *Gestión de la diarrea*:
  - Realizar acciones para descansar los intestinos, como dieta líquida o no por vía oral
  - Fomentar la alimentación frecuente y porciones pequeñas, que irán aumentándose gradualmente

D

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores son apropiadas para su uso en asistencia domiciliaria
- Evaluar los medicamentos del paciente, incluyendo los que no necesitan receta y los de fitoterapia
- Evaluar la higiene y los métodos de limpieza en el hogar, como lavado de manos, preparación de la comida
- Enseñar el manejo y la preparación seguros de los alimentos
- Enseñar las precauciones universales a los cuidadores familiares donde haya diarrea infecciosa
- Enseñar los signos y síntomas de la deshidratación

### Bebés y niños

- Comprobar los signos de deshidratación, como aumento de la sed, sequedad de las membranas mucosas, reducción de la turgencia de la piel, globos oculares hundidos, fontanelas hundidas (en lactantes); los signos de diarrea grave también incluyen pulso rápido, taquiapnea, cianosis, letargia y retraso en el recambio capilar
- Consultar con el pediatra un tipo de alimentación alternativo
- Ofrecer tratamiento para rehidratación oral (p. ej., Pedialyte, Lytren), según se le indique
- Los lactantes con lactancia materna deben continuar con ella; los demás deben evitar la leche y los líquidos ricos en hidratos de carbono
- Vigilar cuidadosamente las pérdidas de líquidos y electrolitos

D

### Personas mayores

- La pérdida de tono muscular del esfínter anal y el perineo puede provocar incontinencia, que debe diferenciarse de la diarrea
- Los ancianos presentan un aumento del riesgo de deshidratación cuando sufren diarrea; deben vigilarse los síntomas
- Vigilar cuidadosamente las pérdidas hídrica y electrolítica
- Evaluar cuidadosamente la retención fecal; eliminarla según se ordene

---

## DIGNIDAD HUMANA, RIESGO DE COMPROMISO DE LA (2006)

**Definición:** en riesgo de pérdida percibida de honor y respeto.

### Factores de riesgo

Etiqueta estigmatizadora  
Exposición del cuerpo  
Incongruencia cultural  
Participación inadecuada en la toma de decisiones  
Percepción de humillación  
Percepción de intrusión por parte de los médicos  
Percepción de invasión de la privacidad  
Percepción de tratamiento deshumanizante  
Pérdida de control de las funciones corporales  
Revelación de información confidencial  
Uso de términos médicos indefinidos

### Sugerencias de uso

Los autores no recomiendan usar este diagnóstico de enfermería, excepto quizá en circunstancias muy poco usuales, hasta que se desarrolle más. Todas las personas enfermas, y ciertamente todos los pacientes ingresados en un centro, corren riesgo de compromiso de la dignidad humana. Por lo tanto, creemos que sería difícil encontrar un paciente al cual *no* sea aplicable este diagnóstico.

Además, los imperativos profesionales y morales dictan que el/la enfermero/a debe tener en cuenta la dignidad humana con toda acción de enfermería que se tome. Por lo tanto, ponemos en cuestión qué intervenciones sugiere este diagnóstico que sean superiores a los cuidados de enfermería “normales”. Además, el diagnóstico parece indicar la necesidad de una actitud o enfoque de enfermería determinado, más que intervenciones de enfermería específicas.

En situaciones en las que los factores de riesgo resulten de las acciones de alguien diferente a las enfermeras, la función de la enfermera, como defensora del paciente, debería dictar su intervención sin necesidad de un diagnóstico de enfermería.

## Otros posibles diagnósticos

Ninguno

**D**

## Resultados NOC

Todavía no se ha ligado ningún resultado NOC a este diagnóstico; no obstante, pueden aplicarse los siguientes. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que la NOC todavía no ha ligado ninguno de estos dos resultados a *ningún* diagnóstico de enfermería (Johnson, et al., 2006).

**Satisfacción del paciente: cuidados:** grado de percepción positiva de la preocupación del personal de enfermería por el paciente

**Satisfacción del paciente: defensa de los derechos:** grado de percepción positiva de la protección de los derechos legales y morales proporcionados por los usuarios de enfermería

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Se mantendrá la dignidad humana, según lo manifiesten la satisfacción del paciente: cuidados y satisfacción del paciente: defensa de los derechos
- **Satisfacción del paciente: defensa de los derechos** se demostrará mediante los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: nada, ligeramente, moderadamente, mucho o completamente satisfecho):
  - Mantenimiento de la privacidad
  - Mantenimiento de la confidencialidad de la información del paciente
  - Inclusión del paciente en las decisiones sobre sus cuidados

### Otros ejemplos

El paciente estará satisfecho con:

- La cortesía y el respeto mostrados por los cuidadores
- La atención del personal a sus prácticas culturales
- El apoyo emocional proporcionado por el personal
- La claridad y adecuación de la comunicación que muestra el personal

## Intervenciones NIC

Todavía no se ha ligado ninguna intervención NIC a este diagnóstico. No obstante, pueden resultar útiles las siguientes. Debe tenerse en cuenta que la defensa de los derechos del paciente sólo se ha ligado, hasta este momento, a un diagnóstico de *impotencia* (Johnson, et al., 2006).

**Protección de los derechos del paciente:** protección de los derechos a los cuidados sanitarios de un paciente, especialmente un paciente menor, discapacitado o incompetente, incapaz de tomar decisiones

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Evaluar la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería
- Observar el respeto por la dignidad humana que muestran otros cuidadores
- Determinar los deseos del paciente en relación a sus cuidados
- Determinar quién es legalmente responsable de otorgar consentimiento para los tratamientos
- Determinar si el paciente ha preparado sus instrucciones por adelantado

D

### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Defensa de los derechos del paciente:*  
Ofrecer al paciente una copia de la *Carta de los derechos del paciente* [o documento similar]

### Actividades auxiliares

- (NIC) *Defensa de los derechos del paciente:*  
Colaborar con el médico y la administración del hospital para honrar los deseos de paciente y familia  
Respetar las órdenes de “no reanimar” (DNR) escritas

### Otras

- Ofrecer privacidad, p. ej., cerrando las cortinas, cubriendo al paciente, etc., durante los procedimientos
- Hacer los preparativos para que haya privacidad en las conversaciones entre el paciente, la familia y los cuidadores
- No forzar ni coaccionar nunca a un paciente, p. ej., usando tácticas de amenaza u otras, para que acepte un tratamiento
- Proteger la confidencialidad de la información sanitaria del paciente
- Respetar los deseos expresados en el testamento vital (u otras órdenes por adelantado) del paciente
- (NIC) *Defensa de los derechos del paciente:*  
Intervenir en situaciones que impliquen unos cuidados inseguros o inadecuados

### Bebés y niños

- Familiarizarse con la legislación estatal y las políticas de la agencia en relación a la edad a la cual se considera que los niños son legalmente capaces de otorgar consentimiento para los tratamientos

### Personas mayores

- Evaluar la capacidad del paciente para proporcionar consentimiento legal para recibir cuidados y tratamiento

## DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA, RIESGO DE

(1992)

**Definición:** riesgo de alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad.

D

### Factores de riesgo

Cirugía ortopédica  
Compresión mecánica (p. ej., torniquete, escayola, aparato ortopédico, vendaje o sujeción)  
Fracturas  
Inmovilización  
Obstrucción vascular  
Quemaduras  
Traumatismo

### Sugerencias de uso

Emplear esta etiqueta para situaciones que los/las enfermeros/as puedan evitar reduciendo o eliminando los factores que las originan (p. ej., *riesgo de disfunción neurovascular periférica relacionada con la compresión de sujeciones*). En el caso de situaciones que requieran tratamiento médico (p. ej., tromboflebitis), utilizar un problema colaborador, como posible complicación de tromboflebitis en la pierna izquierda: *disfunción neurovascular periférica*.

### Otros posibles diagnósticos

Lesión perioperatoria, riesgo de

### Resultados NOC

**Estado neurológico: función sensitiva motora medular:** capacidad de los nervios medulares de transmitir los impulsos sensoriales y motores

**Movimiento coordinado:** capacidad de los músculos para trabajar de forma conjunta y voluntaria para realizar un movimiento

**Perfusión tisular: periférica:** adecuación del flujo sanguíneo a través de los vasos pequeños de las extremidades para mantener la función tisular

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **perfusión tisular: periférica**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: comprometida en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente, no comprometida):
  - Reflujo capilar en dedos de manos y pies
  - Sensibilidad
  - Color de la piel

Integridad cutánea  
Temperatura de la piel de las extremidades

- Muestra **perfusión tisular: periférica**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: intensa, sustancial, moderada, suave o ninguna):
  - Edema periférico
  - Dolor localizado en la extremidad

D

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Reconocer los signos y síntomas de disfunción neurovascular periférica
- Evitar las lesiones causadas por dispositivos de compresión o sujeciones
- Mostrar una ausencia de problemas de fuerza en la extremidad
- Mostrar una curación y adaptación óptimas a la escayola, la tracción o el vendaje
- Mostrar un buen tono muscular y fuerza de movimientos en las extremidades

### Intervenciones NIC

**Cuidado circulatorio: insuficiencia arterial:** mejora de la circulación arterial

**Cuidado circulatorio: insuficiencia venosa:** mejora de la circulación venosa

**Gestión de la sensibilidad periférica:** prevención o minimización de las lesiones o molestias de pacientes con alteración de la sensibilidad

**Posición: paciente neurológico:** logro de una alineación corporal adecuada y óptima para pacientes que experimenten o corran el riesgo de sufrir lesiones de médula espinal o irritación vertebral

**Prevención circulatoria:** protección de una zona localizada con perfusión limitada

**Promoción del ejercicio: entrenamiento de la fuerza:** realización de entrenamiento muscular de resistencia de forma regular para mantener o aumentar la fuerza muscular

**Terapia con ejercicio: control muscular:** uso de protocolos de ejercicio o actividad específicos para mejorar o restablecer el movimiento corporal controlado

**Terapia con ejercicio: movilidad articular:** realización de movimientos corporales activos o pasivos para mantener o recuperar la flexibilidad articular

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Realizar valoraciones neurovasculares cada hora durante las primeras 24 horas tras el escayolamiento, lesión, tracción o colocación de sujeciones. Si se observa una estabilidad, realizar las actividades siguientes cada cuatro horas:
  - Valorar e informar acerca del aumento o progresión del dolor presente en movimientos pasivos y que no se reduce mediante fármacos, ya que puede ser el primer síntoma de síndrome compartimental
  - Valorar la función motora, el movimiento y la fuerza del nervio periférico correspondiente

- (NIC) *Cuidado circulatorio (insuficiencia arterial y venosa)*: realizar una evaluación completa de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos, edemas, reflujo capilar, color y temperatura periféricos)
- (NIC) *Gestión de la sensibilidad periférica*:
  - Controlar la posibilidad de parestesia: entumecimiento, hormigueo, hiperestesia e hipoestesia
  - Controlar la sensibilidad cutánea y térmica
  - Controlar que los dispositivos de sujeción, prótesis, calzado y ropa se adapten bien
  - Comprobar los zapatos, bolsillos y ropa por si hay arrugas u objetos extraños
  - Controlar la tromboflebitis y la flebotrombosis profunda

D

### Educación del paciente y la familia

- Indicar al paciente y a los familiares los cuidados diarios de la escayola y las medidas que han de tomar para evitar complicaciones
- Indicar al paciente y a los familiares cuáles son los síntomas de un daño nervioso periférico y la importancia de una atención médica inmediata
- Enseñar al paciente y a los familiares a realizar ejercicios de amplitud de movimientos pasivos, asistidos o activos
- (NIC) *Gestión de la sensibilidad periférica*:
  - Indicar al paciente que aplique los intervalos establecidos para cambiar de posición en lugar de esperar a encontrarse incómodo
  - Enseñar al paciente y a los familiares a emplear el termómetro para comprobar la temperatura del agua

### Actividades auxiliares

- Colaborar con un fisioterapeuta para desarrollar el llevar a cabo un programa de ejercicios

### Otras

- Evitar ropa y complementos ajustados para prevenir la isquemia
- Aplicar un tratamiento de forma inmediata si se sospecha la existencia de síndrome compartimental: sujetar la extremidad a la altura del corazón; avisar al médico; y prever la retirada de la escayola, los vendajes opresivos y la intervención quirúrgica
- Asegurarse de que la ropa del paciente no le oprime
- Realizar ejercicios de amplitud de movimientos pasivos o asistidos
- (NIC) *Cuidado circulatorio (insuficiencia arterial y venosa)*:
  - Elevar la extremidad 20° o más por encima del nivel del corazón para mejorar el retorno venoso, según proceda
  - Colocar la extremidad en una posición inferior [para mejorar la circulación arterial], según proceda
  - Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de la viscosidad sanguínea

- Cambiar al paciente de posición al menos cada dos horas, según proceda
- (NIC) *Gestión de la sensibilidad periférica*:
    - Evitar o controlar cuidadosamente el uso de calor o frío, como almohadillas eléctricas, botellas de agua caliente o bolsas de hielo
    - Recomendar al paciente el uso de la parte del cuerpo no afectada para identificar la ubicación y la textura de los objetos
    - Colocar la barandilla de la camilla de tal manera que las partes del cuerpo afectadas no toquen la ropa de cama
    - Recomendar al paciente que lleve calzado cómodo, bien ajustado y con poco tacón

D

### En el domicilio

- La mayoría de las intervenciones antes mencionadas se puede adaptar a su uso en el domicilio
- (NIC) *Cuidado circulatorio (arterial)*:
  - Informar al paciente acerca del cuidado adecuado de los pies
  - Informar al paciente sobre los factores que perjudican la circulación (p. ej., tabaco, ropa ajustada, exposición al frío y posiciones con las piernas y los pies cruzados)

### Bebés y niños

- Reconocer que la falta de inquietud, el nerviosismo y el llanto pueden ser indicadores no verbales de sufrimiento físico en bebés, niños y adultos con deterioro de la comunicación oral

---

## DISFUNCIÓN SEXUAL

(1980, 2006)

**Definición:** estado en el que un individuo experimenta un cambio en sus funciones sexuales durante las fases de respuesta sexual ante el deseo, la excitación o el orgasmo, y que se considera no satisfactorio, no gratificante o inadecuado.

### Características definitorias

#### *Subjetivas*

Alteraciones para alcanzar la satisfacción sexual  
Cambio de interés por uno mismo o por los demás  
Expresión del problema  
Incapacidad para alcanzar la satisfacción deseada  
Percepción de limitaciones debidas a la enfermedad o a la terapia

Percepción de una alteración en la excitación sexual  
 Percepción de una deficiencia del deseo sexual

### Objetivas

Alteraciones a la hora de desempeñar un rol sexual percibido  
 Búsqueda de confirmación de su atractivo  
 Limitaciones reales debidas a la enfermedad o a la terapia

D

### Otras características definitorias (no recogidos en NANDA internacional)

Coito doloroso  
 Evitación fóbica del acto sexual  
 Preocupación sobre la incapacidad de hacer frente al deseo sexual de la pareja

### Factores relacionados

Abuso físico  
 Abuso psicosocial (p. ej., relaciones dañinas)  
 Alteración biopsicosocial de la sexualidad  
 Alteración de la función o estructura corporal (p. ej., embarazo, nacimiento reciente de un bebé, fármacos, operación quirúrgica, anomalías, enfermedad, trauma, radiación)  
 Ausencia de la persona cercana  
 Conflicto de valores  
 Falta de privacidad  
 Información errónea o falta de conocimientos  
 Modelos de rol ausentes o ineficaces  
 Vulnerabilidad

### Otros factores relacionados (no recogidos en NANDA internacional)

Cambios hormonales  
 Dolor  
 Expectativas no realistas de uno mismo y de la pareja  
 Sequedad vaginal  
 Trastorno de la imagen corporal  
 Trastornos de la autoestima  
 Tratamiento médico  
 Trauma o explotación sexual

### Sugerencias de uso

Si los datos del paciente no coinciden con las características definitorias, es posible que deba aplicarse una etiqueta más general: *alteración de los patrones de sexualidad*. **NOTA:** La *disfunción sexual* puede ser un síntoma de otros diagnósticos, como *síndrome traumático de violación*. Además, puede ser la etiología de otros diagnósticos, como *ansiedad* o *baja autoestima situacional*.

### Otros posibles diagnósticos

Autoestima crónica o situacional, baja

Imagen corporal, trastorno de la  
Síndrome traumático de violación: reacción silente  
Patrones de sexualidad, alteración de los

### Resultados NOC

**D Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual (ETS):** acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las actitudes relacionadas con enfermedades de transmisión sexual

**Estado de envejecimiento físico:** cambios físicos normales que se producen durante el proceso de envejecimiento natural

**Funcionamiento sexual:** integración de aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la expresión y la actuación sexuales

**Identidad sexual:** reconocimiento y aceptación de la propia identidad sexual

**Recuperación del abuso: sexual:** alcance de la curación de los daños físicos y psicológicos tras una explotación o abuso sexual

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra una **recuperación del abuso: sexual**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: ninguna, limitada, moderada, sustancial, amplia):
  - Evidencia de relaciones normales con personas del mismo sexo
  - Evidencia de relaciones normales con personas del sexo opuesto
  - Demostración de comodidad con la identidad y la orientación sexuales
- Muestra **funcionamiento sexual**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Alcanza la excitación sexual
  - Mantiene la excitación a través del orgasmo
  - Expresa capacidad para establecer relaciones íntimas
  - Expresa una aceptación de la pareja
  - Expresa deseos de mostrar un atractivo sexual

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Mostrar deseos de comentar los cambios en la función sexual
- Solicitar información necesaria sobre los cambios en la función sexual
- Indicar la comprensión de las restricciones impuestas por facultativos médicos
- Modificar los métodos de expresión sexual para adaptarse a los cambios físicos debidos al envejecimiento o a una enfermedad
- Exponer métodos para evitar las ETS

### Intervenciones NIC

**Asesoramiento:** empleo de un proceso de ayuda interactiva que se centra en las necesidades, los problemas o los sentimientos del paciente y las perso-

nas cercanas para mejorar o ayudar al afrontamiento, la solución de problemas y las relaciones interpersonales

**Asesoramiento sexual:** empleo de un proceso de asistencia interactivo que se centra en la necesidad de realizar ajustes en las prácticas sexuales o de mejorar el afrontamiento de un desorden o suceso sexual

**Enseñanza: sexo seguro:** ofrecimiento de instrucciones relativas a la protección sexual durante la actividad sexual

**Identificación de riesgos:** análisis de factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos sanitarios y priorización de las estrategias de reducción de riesgos para un individuo o grupo

**Mejorar el afrontamiento:** ayuda a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida

**Mejorar la autoconciencia:** ayuda a un paciente para explorar y comprender sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamientos

**Modificación de conducta:** fomento de un cambio en la conducta

**Prevención de infecciones:** prevención y detección precoz de infecciones en un paciente de riesgo

**Protección contra abusos:** identificación de relaciones y acciones dependientes de alto riesgo para evitar mayores daños físicos y emocionales

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Controlar los indicadores de resolución de la *disfunción sexual* (p. ej., capacidad para mantener relaciones íntimas)
- (NIC) *Asesoramiento sexual:*
  - Comentar aspectos sobre la sexualidad dejando claro al paciente que mucha gente experimenta problemas sexuales
  - Determinar la cantidad de culpa en el ámbito sexual que está asociada a la percepción que tiene el paciente de los factores causantes de la enfermedad

### Educación del paciente y la familia

- Ofrecer la información necesaria para mejorar el funcionamiento sexual (p. ej., guía anticipatoria, material educativo, ejercicios para reducir el estrés, ejercicios para aumentar las sensaciones, prótesis, implantes, asesoramiento específico)
- (NIC) *Asesoramiento sexual:*
  - Comentar el efecto que tienen la enfermedad, el estado de salud y la medicación en la sexualidad, según proceda [p. ej., efectos secundarios de la medicación; aspectos normales del envejecimiento; ajustes posoperatorios, en especial tras una cirugía en los órganos sexuales o tras una ostomía; tras un infarto de miocardio]
  - Comentar las modificaciones que se deben realizar en la actividad sexual, según proceda

Informar al paciente de que la sexualidad es una parte importante de la vida y que, a menudo, la enfermedad, las medicaciones y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimente el paciente) alteran el funcionamiento sexual

Ofrecer información probada sobre los mitos sexuales y la información errónea que pueda expresar el paciente

Enseñar al paciente sólo aquellas técnicas que sean compatibles con los valores y creencias [del paciente]

D

### Actividades auxiliares

- Recomendar que el paciente se siga asesorando tras el alta médica
- (NIC) *Asesoramiento sexual:*
  - Facilitar consultas o remitir al paciente a otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, según proceda
  - Remitir al paciente a un sexólogo, según proceda

### Otras

- Fomentar la expresión de los problemas sexuales gracias a cuidadores que hayan establecido una relación con el paciente y se sientan cómodos comentando con el paciente sus problemas sexuales; especificar el cuidador correspondiente
- Destinar tiempo para tratar con privacidad las preocupaciones sexuales del paciente
- Avisar al paciente y a la pareja de la posibilidad de una falta de interés, una reducción de la capacidad o una incomodidad durante la actividad sexual
- (NIC) *Asesoramiento sexual:*
  - Animar al paciente a expresar sus temores y a plantear preguntas
  - Ayudar al paciente a expresar su dolor y su ira en relación con las alteraciones de su funcionamiento y aspecto corporal, según proceda
  - Implicar al cónyuge o pareja sexual en el proceso de asesoramiento en la medida de lo posible, según proceda
  - Presentar al paciente a personas con experiencias positivas que hayan superado con éxito un problema similar, según proceda
  - Animar y permitir al paciente experimentar con métodos alternativos de expresión sexual, según proceda

### En el domicilio

- Las actividades anteriores son adecuadas para los cuidados en el domicilio
- Ayudar al cliente y a la pareja a crear un momento y un entorno íntimo en el que poder desarrollar la actividad sexual; ayudarles a mostrarse firmes y comunicar esta necesidad a otros familiares, según proceda

## DISREFLEXIA AUTÓNOMA

(1988)

**Definición:** respuesta simpática desinhibida, potencialmente mortal, del sistema nervioso a un estímulo nocivo después de una lesión de la médula espinal en T7 o más arriba.

D

### Características definitorias

#### Subjetivas

Cefalea (dolor difuso en diferentes partes de la cabeza y no limitado a una zona de distribución nerviosa específica)

Dolor torácico

Parestesia

Sabor metálico en la boca

Visión borrosa

#### Objetivas

Bradycardia (pulso <60 latidos por minutos, lpm)

Congestión conjuntiva

Congestión nasal

Diaforesis por encima de la lesión

Escalofríos

Hipertensión paroxísmica (elevación periódica súbita de la TA, donde la TA sistólica es >140 y la diastólica >90 lpm)

Manchas rojas en la piel (sobre la lesión)

Palidez bajo la lesión

Reflejo pilomotor (formación de piel de gallina al enfriarse la piel)

Síndrome de Horner (contracción de la pupila, ptosis parcial del párpado, enoftalmos y, en ocasiones, pérdida de sudor en lado afectado del rostro)

Taquicardia (pulso >100 lpm)

### Factores relacionados

Conocimientos deficientes de paciente y cuidador

Distensión de la vejiga

Distensión intestinal

Irritación cutánea [o lesión cutánea ]

### Sugerencias de uso

La *disreflexia autónoma* es un posible problema para el paciente con lesión superior de la médula espinal y no puede continuar como diagnóstico de enfermería real. Si las acciones de enfermería independientes no la resuelven, se hace necesario realizar tratamiento médico, por lo que, como norma, *riesgo de disreflexia autónoma* es una etiqueta más útil que *disreflexia autónoma*, porque en la mayoría de las ocasiones el paciente se encuentra en un estado potencial (Carpenito-Moyet, 2006b, pág. 285). Los posibles diagnósticos alternativos representan estímulos dañinos que pueden desencadenar una res-

puesta simpática en el paciente que sufre una lesión de la médula espinal. Pueden utilizarse como problemas reales o como la etiología de *disreflexia autónoma* o *riesgo de disreflexia autónoma*.

### Otros posibles diagnósticos

**D** Estreñimiento [retención fecal]  
Integridad cutánea, deterioro de la  
Retención urinaria

### Resultados NOC

**Estado neurológico: autónomo:** capacidad del sistema nervioso autónomo para coordinar la función visceral y homeostática

**Estado neurológico:** capacidad de los sistemas nerviosos periférico y central para recibir, procesar y responder a los estímulos internos y externos

**Función sensitiva: cutánea:** punto hasta el cual se siente de forma correcta la estimulación de la piel

**Signos vitales:** punto hasta el cual se encuentran dentro del rango normal la temperatura, el pulso, la respiración y la TA

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- El paciente no mostrará *disreflexia autónoma*, según lo manifiestan el estado neurológico; estado neurológico: autónomo; función sensitiva: cutánea, y signos vitales en el rango esperado para la persona
- Los pacientes demostrarán un **estado neurológico** satisfactorio, según lo manifiestan los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido)
  - Conciencia
  - Control motor central
  - Funciones sensorial y motora craneales
  - Pauta respiratoria

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Mantener los signos vitales en el rango esperado: temperatura, pulsos apical y radial, frecuencia respiratoria, TA sistólica y diastólica
- Demostrar capacidad para mantener la rutina de defecación y micción
- Identificar los signos y síntomas tempranos de disreflexia, como cefalea, visión borrosa, parestesia

### Intervenciones NIC

**Gestión de la disreflexia:** prevención y eliminación de los estímulos que causan reflejos hiperactivos y respuestas autónomas inapropiadas en un paciente con una lesión de la médula espinal cervical o de la parte superior del tórax

**Monitorización de los signos vitales:** recogida y análisis de los datos cardiovasculares, respiratorios y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones

**Vigilancia de la piel:** recogida y análisis de los datos del paciente para mantener la integridad de las membranas de piel y las mucosas

D

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Evaluar el conocimiento que el paciente tiene sobre su estado, incluyendo los antecedentes de episodios anteriores, signos y síntomas tempranos y régimen de defecación y micción
- Evaluar el estado de la piel al menos de forma diaria, fijándose en cualquier zona enrojecida por encima del nivel de la lesión de la médula espinal
- Obtener la temperatura, la TA y el pulso iniciales
- *(NIC) Gestión de la disreflexia:*  
Monitorizar los signos y síntomas de disreflexia autónoma: hipertensión paroxísmica, bradicardia, taquicardia, diaforesis por encima del nivel de la lesión, rubor facial, palidez bajo el nivel de la lesión, cefalea, congestión nasal, congestión de los vasos temporales y del cuello, congestión conjuntiva, escalofríos sin fiebre, erección pilomotora y dolor torácico

### Educación del paciente y la familia

- Pedir al paciente que comunique cualquier signo y síntoma temprano del problema que se produzca
- *(NIC) Gestión de la disreflexia:* instruir a paciente y familia sobre las causas, síntomas, tratamiento y prevención de la disreflexia

### Actividades auxiliares

- *(NIC) Gestión de la disreflexia:* administrar fármacos antihipertensores, según se ordene

### Otras

- *(NIC) Gestión de la disreflexia:* identificar y minimizar los estímulos que puedan precipitar la disreflexia, tales como distensión vesical, cálculos renales, infección, retención fecal, tacto rectal, inserción de supositorios, rotura cutánea y ropa o sábanas apretadas
- Si se producen los síntomas, interrumpir la actividad y hacer que alguien avise al médico
- Eliminar rápidamente los estímulos nocivos en el orden siguiente:
  - Vejiga:* comprobar que el catéter es permeable o colocar el catéter al paciente
  - Intestinos:* si están distendidos, aplicar pomada anestésica a la zona rectal y desbloquearlos.
  - Temperatura corporal:* mantener la temperatura corporal normal

- Durante el inicio de la crisis, realizar el plan de gestión según *(NIC) gestión de la disreflexia*:

Administrar fármacos antihipertensores, según se haya ordenado

Permanecer con el paciente y controlar su estado cada tres-cinco minutos si se produce hiperreflexia

Colocar la cabecera de la cama en posición vertical, según proceda, si se produce hiperreflexia

D

---

## DISREFLEXIA AUTÓNOMA, RIESGO DE

(1998, 2000)

**Definición:** en riesgo de respuesta desinhibida potencialmente mortal del sistema nervioso simpático, después de una sección medular, en una persona con una lesión medular al nivel T6 o superior (se ha demostrado en pacientes con lesiones en los niveles T7 y T8).

### Factores de riesgo

Una lesión en el nivel T6 o superior y al menos uno de los estímulos adversos que se indican a continuación:

#### *Problemas cardíacos o pulmonares*

Embolia pulmonar

Trombosis venosa profunda

#### *Problemas gastrointestinales*

Cálculos biliares

Dificultad en el paso de las heces

Distensión intestinal

Enemas

Estimulación (p. ej., digital, por instrumentación, quirúrgica)

Estreñimiento

Hemorroides

Patologías del aparato digestivo

Reflujo esofágico

Retención fecal

Supositorios

Úlceras gástricas

#### *Problemas neurológicos*

Estímulos dolorosos o irritantes por debajo del nivel de la lesión

#### *Problemas reproductores*

Coito

Embarazo

Eyaculación

Menstruación

Parto y expulsión

Quiste ovárico

### **Problemas musculoesqueléticos o tegumentarios**

Ejercicios de amplitud de movimiento  
Espasmo  
Estimulación cutánea, como úlcera de decúbito, uña del pie encarnada, vendajes, quemaduras, exantemas  
Fracturas  
Heridas  
Hueso heterótrofo  
Presión sobre prominencias óseas o sobre los genitales  
Quemaduras solares

D

### **Problemas situacionales**

Colocación  
Procedimientos quirúrgicos  
Reacciones a los fármacos, como descongestionantes, simpaticomiméticos, vasoconstrictores  
Retirada de opiáceos  
Ropa apretada, como cintas, medias, zapatos

### **Estímulos reguladores**

Fluctuaciones de temperatura  
Temperaturas ambientales extremas

### **Problemas urológicos**

Cálculos biliares  
Cateterización  
Cistitis  
Disinergia esfínter-detrusor  
Distensión de la vejiga  
Epididimitis  
Espasmo de la vejiga  
Infección de las vías urinarias  
Instrumentación u operación quirúrgica  
Uretritis

### **Sugerencias de uso**

Véanse las sugerencias de uso para disreflexia autónoma, en las págs. 283-284.

### **Otros posibles diagnósticos**

Estreñimiento [retención fecal]  
Integridad cutánea, trastorno  
Retención urinaria

### **Resultados NOC**

**Estado neurológico: autónomo:** capacidad del sistema nervioso autónomo para coordinar la función visceral y homeostática

**Gravedad de los síntomas:** gravedad de los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico, emocional y social

**Signos vitales:** la medida en la que se encuentran dentro del rango normal la temperatura, el pulso, la respiración y la TA

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

D

- El paciente no sufrirá *disreflexia autónoma*, según lo manifestado por el estado neurológico: autónomo, gravedad de los síntomas y signos vitales en el rango esperado para la persona
- Los pacientes demostrarán un **estado neurológico: autónomo** satisfactorio, según lo manifiesten los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido)
  - Eficacia del bombeo cardiaco
  - Respuesta de vasodilatación y vasoconstricción
  - Pauta de respuesta de sudoración
  - Movilidad intestinal
  - Reactividad de las pupilas
  - Perfusión de los tejidos periféricos
- Los pacientes demostrarán un **estado neurológico: autónomo** satisfactorio, según lo manifiesten los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: grave, sustancial, moderado, leve o ninguno):
  - Broncoespasmos
  - Espasmos de la vejiga
  - Pupilas dilatadas o contraídas
  - Disreflexia

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Mantener los signos vitales en el rango esperado: temperatura, pulsos apical y radial, frecuencia respiratoria, TA sistólica y diastólica
- Demostrar capacidad para mantener la rutina de defecación y micción
- Identificar los signos y síntomas tempranos de disreflexia, como cefalea, visión borrosa o parestesia

### Intervenciones NIC

**Control y seguimiento neurológico:** recogida y análisis de los datos del paciente para impedir o minimizar las complicaciones neurológicas

**Gestión de la disreflexia:** prevención y eliminación de los estímulos que causan reflejos hiperactivos y respuestas autónomas inapropiadas en un paciente con una lesión de la médula espinal cervical o de la parte superior del tórax

**Monitorización de los signos vitales:** recogida y análisis de los datos cardiovasculares, respiratorios y sobre temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones

## Actividades de enfermería

### Valoración

Véase valoración para la disreflexia autónoma, pág. 285.

### Educación del paciente y la familia

Véase educación del paciente y la familia para la disreflexia autónoma, pág. 285.

D

### Otras

- Eliminar con rapidez cualquier estímulo negativo en el orden que se indica a continuación, para prevenir la disreflexia autónoma:
  - Vejiga:* comprobar que el catéter es permeable o colocar el catéter al paciente
  - Intestinos:* si están distendidos, aplicar pomada anestésica a la zona central y desbloquearlos; considerar un enema o un tubo para el flato
  - Temperatura corporal:* mantener una temperatura corporal normal

---

## DOLOR AGUDO

(1996)

**Definición:** experiencia sensorial y emocional desagradable producida por un daño tisular real o potencial o descrita según dicho daño (Asociación internacional para el Estudio del Dolor); comienzo repentino o gradual con una intensidad de suave a elevada con un fin anticipado o predecible y una duración de menos de seis meses.

### Características definatorias

#### Subjetivas

Informe oral o codificado [del dolor]

#### Objetivas

Actitud en guardia o gestos de protección

Atención centrada en uno mismo

Atención limitada (p. ej., percepción temporal alterada, disminución de los procesos cognitivos, reducción de la interacción con las personas y el entorno)

Cambio en el tono muscular (puede variar entre languidez y rigidez)

Cambios en el apetito

Comportamiento de distracción (p. ej., movimiento, búsqueda de otras personas o actividades, actividades repetitivas)

Comportamiento expresivo (p. ej., inquietud, quejas, lloros, estado de alerta, irritabilidad, suspiros)

Máscara facial [de dolor]

Observación de evidencias de dolor

Posicionamiento para evitar el dolor

Problemas para dormir (ausencia de brillo ocular, aspecto cansado, movimientos fijos o dispersos, mueca)

Respuestas autónomas (p. ej., sudoración; cambios en la presión sanguínea, respiración o pulso; dilatación de las pupilas)

D

### Otras características definitorias (no recogidos en NANDA internacional)

Atención limitada

Comunicación de descriptores de dolor (p. ej., molestias, náuseas, sudores nocturnos, calambres musculares, picor cutáneo, entumecimiento, hormigueo de las extremidades)

Muecas

Palidez

Retraimiento

### Factores relacionados

Agentes nocivos (p. ej., biológicos, químicos, físicos, psicológicos)

### Sugerencias de uso

El *dolor agudo* puede diagnosticarse por lo que afirma el propio paciente, ya que, algunas veces, éste es el único signo de *dolor agudo*. Ninguna de las demás características definitorias por sí sola sería suficiente para diagnosticar *dolor agudo*. Los factores relacionados indican que un paciente puede sufrir de *dolor agudo* tanto física como psicológicamente. Convendría añadir la opinión de un calificador a este diagnóstico para indicar la gravedad, ubicación y naturaleza del dolor. A continuación, se muestran dos ejemplos de diagnósticos adecuados: *dolor agudo y punzante en el pecho relacionado con fractura de costillas*, y *dolor frontal medio de cabeza relacionado con congestión sinusal*.

Es importante distinguir entre *dolor agudo* y *dolor crónico*, ya que los objetivos de las actividades de enfermería son diferentes para cada uno. El *dolor agudo* (p. ej., dolor tras incisión quirúrgica) suele ser un problema conjunto que se soluciona principalmente administrando analgésicos opioides. Hay varias intervenciones de enfermería independientes para *dolor agudo*, como enseñar al paciente a inmovilizar la incisión al moverse, pero estas intervenciones no ofrecen por sí mismas un alivio adecuado del dolor. El/la enfermero/a tiene un papel más activo al enseñar a los pacientes a gestionar su problema en caso de *dolor crónico*. Cuando el dolor es agudo o está causado por un elemento que no puede tratarse mediante una intervención de enfermería (p. ej., incisión quirúrgica), puede ser una etiología y no un problema, por ejemplo, *liberación de espacio ineficaz en las vías respiratorias debido a una leve tos ocasionada por un dolor agudo tras una incisión pectoral*.

La comparación que se muestra en la tabla 7 puede servir de ayuda para distinguir entre *dolor agudo* y *dolor crónico*.

Tabla 7

Características definitorias	Dolor	Dolor crónico
Duración inferior a 6 meses	X	
Duración superior a 6 meses		X
Respuestas autónomas, como palidez, aumento de los signos vitales y sudoración	X	
Cambios de la personalidad		X
Pérdida de peso		X

El dolor también puede ser la etiología (es decir, factor relacionado) de otros diagnósticos de enfermería, como *impotencia relacionada con la incapacidad de hacer frente al dolor agudo* y *déficit del autocuidado: vestido/acicalamiento, relativo al dolor articular al realizar movimientos*.

### Otros posibles diagnósticos

Dolor crónico

### Resultados NOC

**Control del dolor:** acciones personales para controlar el dolor

**Nivel de comodidad:** alcance de la percepción positiva del confort físico y psicológico

**Nivel del dolor:** gravedad del dolor observado o referido

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **control del dolor**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Reconoce la aparición de dolor
  - Aplica medidas preventivas
  - Refiere dolor controlado
- Muestra **nivel del dolor**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: intenso, sustancial, moderado, leve o ninguno):
  - Expresiones faciales de dolor
  - Inquietud o tensión muscular
  - Duración de los episodios de dolor
  - Quejas y lloros
  - Inquietud

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Demostrar técnicas de relajación individualizadas eficaces para alcanzar la comodidad
- Mantener el nivel del dolor al \_\_\_\_\_ o menos (en una escala de 0 a 10)

- Referir un bienestar físico y psicológico
- Reconocer los factores que originan el dolor y aplicar medidas para modificarlos
- Referir dolor al profesional sanitario
- Emplear medidas de alivio analgésicas y no analgésicas de forma adecuada
- No experimentar problemas en el ritmo respiratorio, ritmo cardiaco o presión sanguínea
- Demostrar un buen apetito
- Afirmar que duerme bien
- Indicar que es capaz de mantener su actividad y sus relaciones interpersonales

D

### Intervenciones NIC

**Administración de analgésicos:** uso de agentes farmacológicos para reducir o eliminar el dolor

**Gestión de la medicación:** fomento de un uso seguro y eficaz de los medicamentos prescritos y sin receta

**Gestión de la sedación:** administración de sedantes, control de la respuesta del paciente y ofrecimiento de la asistencia fisiológica necesaria durante un procedimiento diagnóstico o terapéutico

**Gestión del dolor:** alivio del dolor o reducción del dolor hasta un nivel que el paciente pueda soportar

**Instruir en la analgesia controlada por el paciente:** facilitación del control del paciente sobre la administración y regulación de analgésicos

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Emplear un autoinforme como primera opción para obtener información de evaluación
- Preguntar al paciente cuál es su nivel de dolor o incomodidad en una escala del 0 al 10 (0 = ausencia de dolor o molestia, 10 = el mayor dolor)
- Utilizar un gráfico de flujo del dolor para supervisar el alivio del dolor debido a los analgésicos y los posibles efectos secundarios
- Valorar el impacto de la religión, la cultura, las creencias y las circunstancias en el dolor y las respuestas del paciente
- Al valorar el dolor del paciente, emplear términos adaptados a la edad y nivel de desarrollo del paciente
- (NIC) *Gestión del dolor:*
  - Realizar una valoración completa del dolor en la que se incluya la ubicación, características, aparición y duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor, así como los elementos que lo favorecen
  - Observar los elementos no verbales de incomodidad, especialmente en las personas que no sean capaces de comunicarse de manera eficaz

### Educación del paciente y la familia

- Al dar el alta, incluir en las instrucciones la medicación específica que se ha de tomar, la frecuencia de administración, los posibles efectos secundarios, las posibles interacciones de los medicamentos, las precauciones específicas que se deben tener al tomar la medicación (p. ej., limitaciones de la actividad física, restricciones de la dieta) y el nombre de la persona a la que notificar en caso de que el dolor no se alivie
- Indicar al paciente que informe al/la enfermero/a si no consigue aliviar el dolor
- Informar al paciente de los procedimientos que pueden aumentar el dolor y sugerir acciones para hacerles frente
- Corregir las ideas erróneas que tenga el paciente sobre los analgésicos opioides (p. ej., riesgos de adicción y sobredosis)
- *(NIC) Gestión del dolor:* ofrecer información sobre el dolor, como las causas del dolor, la duración que tendrá y las molestias derivadas de los procedimientos que se realizarán
- *(NIC) Gestión del dolor:*  
Indicar el uso de técnicas no farmacológicas (p. ej., bioinformación, estimulación eléctrica transcutánea [TENS], hipnosis, relajación, control mental, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividades, acupresura, aplicación de calor o frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que el dolor se produzca o aumente, y de forma paralela a otras medidas de alivio del dolor

D

### Actividades auxiliares

- Gestionar el dolor posoperatorio inmediato con el opioide establecido (p. ej., cada cuatro horas durante 36 horas) o la analgesia controlada por el paciente
- *(NIC) Gestión del dolor:*  
Emplear medidas de control antes de que el dolor se agrave  
Informar al médico si las medidas no surten efecto o si la queja actual supone un cambio significativo de la anterior experiencia de dolor del paciente

### Otras

- Ajustar la frecuencia de la dosis según se indique tras la valoración del dolor y de los efectos secundarios
- Ayudar al paciente a identificar las medidas de comodidad que funcionaron anteriormente, como la distracción, la relajación o la aplicación de frío o calor
- Cubrir las necesidades de comodidad y realizar otras actividades que ayuden a la relajación, incluidas las medidas siguientes:  
Ofrecer un cambio de posición, un masaje de espalda y relajación  
Cambiar la ropa de cama, según proceda

Ofrecer cuidados de un modo pausado y positivo

Implicar al paciente en decisiones relativas a las actividades de cuidados

- Ayudar al paciente a centrarse en las actividades en lugar de en el dolor y la incomodidad, ofreciéndole diversión a través de televisión, radio, cintas y visitas
- D** • Emplear un enfoque positivo para optimizar la respuesta del paciente a los analgésicos (p. ej., “esto le ayudará a aliviar el dolor”)
- Explorar las sensaciones de miedo a la adicción; para tranquilizar al paciente, preguntar: “Si ya no sintiera este dolor, ¿seguiría queriendo tomar este fármaco?”
- *(NIC) Gestión del dolor:*
  - Involucrar a la familia en el alivio del dolor, si es posible
  - Controlar los factores ambientales que pueden influir en la respuesta del paciente a las incomodidades (p. ej., temperatura ambiente, iluminación y ruidos)
  - Ofrecer analgésicos previos al tratamiento o estrategias no farmacológicas antes de los procedimientos dolorosos

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores pueden adaptarse a los cuidados en el domicilio
- Enseñar al cliente y a los familiares a emplear la tecnología necesaria para administrar las medicaciones (p. ej., bombas de venoclisis, unidades de estimulación eléctrica transcutánea [TENS])

### Bebés y niños

- Ser consciente de que los niños son tan sensibles al dolor como los adultos. Emplear anestésicos tópicos (p. ej., crema EMLA) antes de realizar una venopunción; en el caso de recién nacidos, utilizar sucrosa oral
- Para valorar el dolor en niños pequeños, emplear la escala de la expresión facial del dolor u otra escala de imágenes

### Personas mayores

- Tener en cuenta que las personas mayores muestran un aumento de la sensibilidad ante los efectos analgésicos de los opioides, con un efecto pico más elevado y una mayor duración del alivio del dolor
- Estar alerta ante posibles interacciones entre diferentes fármacos y entre fármacos y enfermedades en el caso de personas mayores, ya que suelen presentar múltiples afecciones y toman muchos medicamentos
- Reconocer que el dolor no es una parte normal del proceso de envejecimiento
- Prever la reducción de la dosis habitual de opioides a las personas mayores, ya que se muestran más sensibles a éstos

- Evitar el uso de petidina (Demerol) y propoxifeno (Darvon) u otros fármacos que se metabolizan principalmente en el riñón
- Evitar el uso de fármacos con una larga vida media debido al aumento de la probabilidad de toxicidad a causa de la acumulación de fármacos
- Al hablar del dolor, asegurarse de que el paciente puede oírle y ver cualquier escala de dolor por escrito
- Al ofrecer información sobre medicamentos, repetir la información tanto como sea necesario; dejar información por escrito al paciente
- Valorar las interacciones de los fármacos, incluidos los medicamentos sin receta

D

## DOLOR CRÓNICO

(1986, 1996)

**Definición:** experiencia sensorial y emocional desagradable producida por un daño tisular real o potencial o descrita según dicho daño (Asociación internacional para el Estudio del Dolor); comienzo repentino o gradual con una intensidad de suave a elevada, constante o recurrente, con un fin anticipado o predecible y una duración de más de seis meses.

### Características definatorias

Informe verbal o codificado u observación de evidencias de lo siguiente:

#### *Subjetivas*

Depresión  
Fatiga  
Miedo a sufrir otra lesión

#### *Objetivas*

Alteración de la capacidad de continuar con la actividad previa  
Anorexia  
Atención centrada en uno mismo  
Atrofia del grupo muscular implicado  
Cambios de peso  
Cambios en el patrón del sueño  
Comportamiento alerta  
Inquietud  
Irritabilidad  
Máscara facial  
Observación de comportamiento de protección  
Reducción de la interacción con otras personas  
Respuestas de origen receptivo (p. ej., fiebre, frío, cambios de posición corporal, hipersensibilidad)

### Factores relacionados

Discapacidad física o psicosocial crónica (p. ej., cáncer metastásico, lesión neurológica, artritis)

### D Sugerencias de uso

Véase el apartado sugerencias de uso de dolor agudo, en las págs. 290-291.

### Otros posibles diagnósticos

Dolor agudo

### Resultados NOC

**Control de la depresión:** acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los sucesos diarios

**Control del dolor:** acciones personales para controlar el dolor

**Dolor: efectos nocivos:** gravedad de los efectos nocivos observados o referidos del dolor crónico en el funcionamiento diario

**Dolor: respuesta psicológica adversa:** gravedad de las respuestas adversas cognitivas y emocionales observadas o referidas ante el dolor físico

**Nivel de comodidad:** alcance de la percepción positiva del confort físico y psicológico

**Nivel de depresión:** gravedad del estado de tristeza y de pérdida de interés por los sucesos diarios

**Nivel del dolor:** gravedad del dolor observado o referido

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **dolor: efectos nocivos**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: intenso, sustancial, moderado, leve o ninguno):
  - Incapacidad para desarrollar las actividades habituales o deterioro de las relaciones interpersonales
  - Disminución de la concentración
  - Incapacidad para realizar el autocuidado
  - Alteración del sueño
  - Pérdida de apetito
- Muestra **nivel del dolor**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: intenso, sustancial, moderado, leve o ninguno):
  - Expresiones faciales de dolor
  - Inquietud o movimientos
  - Tensión muscular
  - Pérdida de apetito
  - Duración de los episodios de dolor

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Expresar conocimientos sobre medidas alternativas para aliviar el dolor

- Indicar que el nivel del dolor se mantiene al \_\_\_\_\_ o menos (en una escala de 0 a 10)
- Mantener el rendimiento en el trabajo o la escuela
- Referir que disfruta de actividades de ocio
- Referir un bienestar físico y psicológico
- Reconocer los factores que aumentan el dolor y adoptar medidas preventivas
- Emplear medidas de alivio analgésicas y no analgésicas de forma adecuada

D

### Intervenciones NIC

**Administración de analgésicos:** uso de agentes farmacológicos para reducir o eliminar el dolor

**Facilitar la autorresponsabilidad:** ayudar al paciente a asumir una mayor responsabilidad con respecto a su propio comportamiento

**Gestión de la medicación:** fomento de un uso seguro y eficaz de los medicamentos prescritos y sin receta

**Gestión del dolor:** alivio del dolor o reducción del dolor hasta un nivel más leve que el paciente pueda soportar

**Gestión del humor:** ofrecimiento de seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento de un paciente que experimenta un humor depresivo o elevado disfuncional

**Instruir en la analgesia controlada por el paciente:** facilitación del control del paciente sobre la administración y regulación de analgésicos

**Mejorar el afrontamiento:** ayuda a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida

**Modificación de conducta:** fomento de un cambio en la conducta

**Pactar con el enfermo:** negociación de un acuerdo con una persona para reforzar un cambio de comportamiento determinado

**Reestructuración cognitiva:** animar a un paciente a cambiar los patrones de pensamiento distorsionados y verse a sí mismo y al mundo que le rodea de un modo más realista

### Actividades de enfermería

Véase el apartado actividades de enfermería de dolor agudo, en las págs. 292-295.

### Valoración

- Valorar y documentar los efectos de un uso prolongado de los medicamentos
- (NIC) *Gestión del dolor:*
  - Controlar la satisfacción del paciente con respecto a la gestión del dolor a intervalos determinados
  - Determinar el impacto del dolor en la calidad de vida (p. ej., sueño, apetito, actividad, cognición, humor, relaciones, rendimiento en el trabajo y responsabilidades)

### Educación del paciente y la familia

- Indicar al paciente que es posible que el alivio total del dolor no sea posible

### D Actividades auxiliares

- Iniciar una conversación sobre la planificación de los cuidados multidisciplinares del paciente
- *(NIC) Gestión del dolor:*  
Considerar la posibilidad de remitir al paciente, a los familiares y a personas cercanas a grupos de apoyo y otros recursos, según proceda

### Otras

- Ofrecer al paciente medidas de alivio del dolor para complementar la medicación contra el dolor (p. ej., bioinformación, técnicas de relajación, masajes de espalda)
- Ayudar al paciente a identificar un nivel de dolor razonable y aceptable
- *(NIC) Gestión del dolor:*  
Fomentar un descanso y un sueño adecuados para facilitar el alivio del dolor  
Medicar al paciente antes de una actividad para aumentar su participación, pero evaluar el peligro de la sedación

#### En el domicilio

- Véase el apartado “En el domicilio” del diagnóstico dolor agudo, en la pág. 294.

#### Personas mayores

- Véase el apartado “Personas mayores” de dolor agudo, en las págs. 294-295.

---

## DUELO ANTICIPADO

(1980, 1996, 2006)

**Definición:** proceso complejo normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las cuales las personas, familias y comunidades incorporan una pérdida real, anticipada o percibida en su vida diaria.

## Características definitorias

### Subjetivas

Crecimiento personal  
 Culpa  
 Desesperanza  
 Dolor  
 Experimentar alivio  
 Ira  
 Separación  
 Sufrimiento  
 Tensión psicológica

D

### Objetivas

Alteraciones en el nivel de actividad  
 Alteraciones en la función inmunitaria  
 Alteraciones en la función neuroendocrina  
 Alteraciones en las pautas de sueño  
 Alteraciones en las pautas de sueños al dormir  
 Búsqueda de un significado de la pérdida  
 Conducta de pánico  
 Desorganización  
 Mantenimiento de la conexión con la persona fallecida

### Otras características definitorias (no recogidas en la NANDA)

Alteración de la libido  
 Alteración de las pautas de comunicación  
 Alteración en las pautas de alimentación  
 Culpa  
 Dificultad para adoptar funciones nuevas o diferentes  
 Expresión de la aflicción por la posible pérdida  
 Negación de la importancia de la pérdida  
 Negación de la posible pérdida  
 Regateo

### Factores relacionados

Anticipación de la pérdida de la pareja  
 Anticipación de la pérdida del objeto significativo, como una posesión, el trabajo, el estado, el hogar, las partes y los procesos corporales  
 Muerte de la pareja  
 Pérdida del objeto significativo, como una posesión, el trabajo, el estado, el hogar, las partes y los procesos corporales

### Sugerencias de uso

El *duelo* puede ser una respuesta normal, no necesariamente inadaptada. Si no requiere intervención, no debe incluirse en el plan de cuidados del paciente. *Duelo por anticipación* se produce antes de la pérdida. Comparte

algunas características definitorias con *duelo complicado*; sin embargo, las manifestaciones siguientes de trastorno funcional y la falta de seguimiento de las expectativas normales para el proceso de duelo descartarían un diagnóstico de *duelo* y de *duelo por anticipación*:

- D Sentimientos de culpa exagerados y prolongados
- Interferencia con el funcionamiento vital
- Ira u hostilidad prolongados
- Pensamientos suicidas

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento individual: ineficaz  
Duelo, complicado  
Duelo, complicado, riesgo de  
Aflicción crónica

### Resultados NOC

**Adaptación a la discapacidad física:** respuesta adaptativa a un reto funcional significativo debido a una discapacidad física

**Afrontamiento familiar:** acciones familiares para gestionar los factores causantes de estrés que ponen a prueba los recursos de la familia

**Afrontamiento:** acciones personales para gestionar los factores causantes de tensión nerviosa que ponen a prueba los recursos individuales

**Ajuste psicosocial:** cambio de vida: respuesta psicosocial de adaptación de una persona a un cambio de vida significativo

**Ambiente de la familia:** medio favorable, según las relaciones y objetivos de los miembros de la familia

**Resolución de la aflicción:** ajuste a una pérdida real o próxima

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- El paciente resuelve con éxito el *duelo* según se prueba mediante la adaptación a la discapacidad física, el afrontamiento, el afrontamiento familiar, el ambiente de la familia, la resolución de la aflicción y el ajuste psicosocial con éxito: cambio de vida
- El paciente demuestra **afrontamiento**, según lo prueban los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Identifica pautas de afrontamiento efectivas
  - Usa estrategias de afrontamiento efectivas
  - Busca información relativa a la enfermedad y su tratamiento
  - Usa el apoyo social de que dispone
  - Busca la ayuda de un profesional sanitario, según proceda
  - Refiere una reducción en los síntomas físicos de la tensión nerviosa y en los sentimientos negativos
- El paciente demuestra **resolución de la aflicción**, según lo prueban los indi-

cadoreos siguientes (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):

- Resuelve los sentimientos sobre la pérdida
- Verbaliza la realidad de la pérdida
- Participa en la planificación del funeral
- Comparte la pérdida con su pareja
- Progresar en las etapas de la aflicción
- Mantiene su cuidado e higiene
- Refiere una reducción de la preocupación con la pérdida
- Refiere una ingesta nutricional adecuada
- Refiere un deseo sexual normal

D

### Otros ejemplos

El paciente y la familia serán capaces de:

- Demostrar la habilidad para tomar decisiones mutuas en relación con la pérdida prevista
- Expresar sus pensamientos, sentimientos y creencias espirituales sobre la pérdida
- Verbalizar sus temores y preocupaciones por la posible pérdida
- Participar en el trabajo sobre la aflicción
- No sufrir trastornos somáticos
- Expresar sentimientos de productividad, utilidad, poder y optimismo

### Intervenciones NIC

**Apoyo emocional:** proporcionar seguridad, aceptación y ánimo durante los momentos de tensión nerviosa

**Apoyo familiar:** fomento de los valores, intereses y objetivos familiares

**Facilitar la expresión del duelo:** ayuda con la resolución de una pérdida significativa

**Facilitar la expresión del duelo: muerte perinatal:** ayuda con la resolución de una pérdida perinatal

**Guía anticipatoria:** preparación del paciente para una crisis de desarrollo o situacional prevista

**Mejora de la defensa y el afrontamiento:** ayudar a un paciente a adaptarse a las causas de tensión nerviosa, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con la respuesta a las exigencias y funciones vitales

**Mejora de la imagen corporal:** mejorar las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes de un paciente en relación con su cuerpo

**Promoción de la integridad familiar:** promoción de la cohesión y unidad de la familia

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Evaluar las experiencias pasadas de paciente y familia en relación con la pérdida; sistemas de apoyo existentes y trabajo de duelo actual

- Determinar la causa y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de muerte fetal o neonatal
- (NIC) *Facilitar la expresión del duelo*: identificar la pérdida

### Educación del paciente y la familia

#### D

- Enseñar las características de la aflicción normal y la anómala
- Comentar las diferencias en las pautas individuales del duelo, por ejemplo, masculino y femenino
- (NIC) *Facilitar la expresión del duelo*: enseñar las fases del proceso de duelo, según proceda
- (NIC) *Guía anticipatoria*:
  - Proporcionar información sobre las expectativas realistas en relación con la conducta del paciente
  - Sugerir libros y publicaciones que pueda leer el paciente, según proceda

### Actividades auxiliares

- Remitir a los recursos apropiados, como grupos de apoyo, ayuda legal o financiera, servicios sociales, capellán, asesor de duelo, asesor genético
- (NIC) *Facilitar la expresión del duelo*: identificar las fuentes de apoyo comunitario

### Otras

- Ayudar al paciente y a la familia a verbalizar sus temores y preocupaciones sobre las pérdidas posibles y su impacto sobre la unidad familiar
- Ayudar al paciente y a su familia a compartir los temores, planes, preocupaciones y esperanzas mutuos entre sí
- (NIC) *Facilitar la expresión del duelo*:
  - Ayudar al paciente a identificar la naturaleza de la relación con el objeto o la persona que se ha perdido
  - Invitar a la expresión de los sentimientos sobre la pérdida
  - Fomentar la identificación de los mayores temores relativos a la pérdida
  - Incluir a las parejas en las conversaciones y las decisiones, según proceda
  - Usar palabras claras, como “muerte” o “murió”, en lugar de eufemismos
  - Animar al paciente a poner en práctica las costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida
- (NIC) *Guía anticipatoria*:
  - Proporcionar al paciente un número de teléfono al que llamar pidiendo ayuda, si procede
  - Programar llamadas telefónicas de seguimiento para evaluar el éxito o la necesidad de refuerzo
  - Practicar las técnicas necesarias para afrontar la llegada de un hito de desarrollo o una crisis situacional con el paciente, según proceda

### En el domicilio

- Animar a los cuidadores de la familia a expresar las preocupaciones y sentimientos sobre el paciente
- Organizar cuidados de alivio para los cuidadores de la familia
- Animar a la familia a implicar al paciente en el máximo de rutinas y actividades familiares como sea posible

### Bebés y niños

- Proporcionar oportunidades para que el niño hable sobre sus preocupaciones y sentimientos
- Basar su comunicación en la etapa de desarrollo del niño
- Ayudar al niño a aclarar las ideas equivocadas sobre la muerte, morir o la pérdida
- Explicar claramente que el niño no provocó la muerte próxima
- Ayudar a los padres a comprender que el niño necesita pasar su periodo de duelo y que no deben intentar distraerlo o alejarlo
- Explorar el uso de terapia musical
- Ayudar a la familia a decidir si un niño puede asistir al funeral, asegurándose de que haya un adulto de confianza cerca para cuidar de él durante éste
- Para la pérdida perinatal, animar a los padres a sostener al lactante durante su muerte y después de la muerte del bebé, según proceda
- *(NIC) Facilitar la expresión del duelo:*  
Animar a la expresión de los sentimientos en modos que sean cómodos para el niño, como escribir, dibujar o jugar

### Personas mayores

- Considerar la remisión a un asesor para casos de fallecimiento para ayudar a los pacientes moribundos y a sus familias
- Ayudar con las directrices por adelantado para garantizar que se conocen las preferencias del paciente en cuanto a los cuidados

## DUELO COMPLICADO, RIESGO DE

(2004, 2006)

**Definición:** riesgo de un trastorno que ocurre después de la muerte de una persona significativa, en que la experiencia de tensión nerviosa que acompaña al fallecimiento no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un trastorno funcional.

## Factores de riesgo

Falta de apoyo social  
Inestabilidad emocional  
Muerte de la pareja  
[Muerte súbita de la pareja]

D

## Sugerencias de uso

Ninguna

## Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento individual: ineficaz  
Aislamiento social  
Conductas de riesgo para la salud, tendencia a adoptar  
Religiosidad, riesgo de deterioro de la  
Soledad, riesgo de  
Sufrimiento espiritual, riesgo de

## Resultados NOC

**Afrontamiento familiar:** acciones familiares para gestionar los factores causantes de tensión nerviosa que desgastan los recursos familiares

**Afrontamiento:** acciones personales para gestionar los factores causantes de tensión nerviosa que ponen a prueba los recursos individuales

**Resolución de la aflicción:** ajuste a una pérdida real o próxima

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- El paciente y la familia resolverán de forma satisfactoria el *duelo complicado*, según se demostrará mediante el afrontamiento, afrontamiento familiar, resolución de duelo
- Véanse los objetivos y criterios de evaluación para el duelo en las págs. 300-301 para los indicadores para **afrontamiento** y **resolución de duelo anticipado**, y para otros ejemplos.

## Intervenciones NIC

**Facilitar la expresión del duelo:** ayudar en la resolución de una pérdida significativa

**Facilitar la expresión del duelo: muerte perinatal:** ayuda con la resolución de una pérdida perinatal

**Mejora de la defensa y el afrontamiento:** ayudar a un paciente a adaptarse a las causas de tensión nerviosa, cambios o amenazas percibidos que interfieren con la respuesta a las exigencias y funciones vitales

**Terapia familiar:** ayudar a los miembros de la familia a cambiar ésta hacia un modo de vida más productivo

## Actividades de enfermería

Véanse las actividades de enfermería para el duelo anticipado, en las págs. 301-303, y para el duelo disfuncional en las págs. 307-309.

## DUELO DISFUNCIONAL

(1980, 1986, 2004, 2006)

**Definición:** trastorno que ocurre después de la muerte de una persona significativa, en la que la experiencia de tensión nerviosa que acompaña al fallecimiento no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un trastorno funcional.

D

### Características definitorias

#### *Subjetivas*

Cavilación  
 Depresión  
 Fatiga  
 Nostalgia  
 Nostalgia por la persona fallecida  
 Preocupación con pensamientos sobre la persona fallecida  
 Reducción del sentimiento de bienestar  
 Tensión emocional persistente  
 Verbalización de angustia  
 Verbalización de falta de aceptación de la muerte  
 Verbalización de memorias dolorosas persistentes  
 Verbalización de sensación de aturdimiento  
 Verbalización de sentimientos de aflicción sobre la persona fallecida  
 Verbalización de sentimientos de asombro  
 Verbalización de sentimientos de choque emocional  
 Verbalización de sentimientos de desconfianza  
 Verbalización de sentimientos de incredulidad  
 Verbalización de sentimientos de ira  
 Verbalización de sentimientos de separación de los demás  
 Verbalización de sentimientos de vacío  
 Verbalización de culpa

#### *Objetivas*

Angustia por la separación  
 Angustia traumática  
 Búsqueda de la persona fallecida  
 Evitación del duelo  
 Experimentación de los síntomas somáticos del fallecido  
 Niveles de intimidad bajos  
 Reducción del funcionamiento en las funciones de la vida  
 Sentimiento de culpabilidad

### Factores relacionados

Falta de apoyo social  
 Inestabilidad emocional  
 Muerte de la pareja  
 Muerte súbita de la pareja

### Sugerencias de uso

La mayoría de las características definitorias pueden también estar presentes en el proceso de duelo normal. El duelo sólo es disfuncional si es prolongado (quizá durante más de un año tras la pérdida, aunque no puede especificarse ningún periodo de tiempo absoluto) o si los síntomas son inusualmente numerosos o graves. La *pena crónica* describe los sentimientos del paciente, mientras que el duelo describe los comportamientos utilizados para tratar de afrontar la pérdida. Véanse las sugerencias de uso para *duelo*, en las págs. 299-300.

D

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento individual ineficaz  
Duelo anticipado  
Comportamiento sobre salud, tendencia al riesgo  
Aflicción crónica  
Procesos de pensamiento, alteración de los

### Resultados NOC

**Afrontamiento familiar:** acciones familiares para gestionar los factores causantes de estrés que ponen a prueba los recursos de la familia

**Afrontamiento:** acciones personales para gestionar los factores causantes de tensión nerviosa que ponen a prueba los recursos individuales

**Ajuste psicosocial: cambio de vida:** respuesta psicosocial de adaptación de una persona a un cambio de vida significativo

**Realización de funciones:** congruencia del comportamiento de una persona con las expectativas de su función

**Resiliencia familiar:** capacidad del sistema familiar para adaptarse con éxito y funcionar competentemente después de acontecimientos adversos o crisis significativas

**Resolución de la aflicción:** ajuste a una pérdida real o próxima

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- El paciente y la familia resolverán de forma satisfactoria el *duelo disfuncional*, según se demostrará mediante el afrontamiento, afrontamiento familiar, resiliencia familiar, resolución de duelo, ajuste psicosocial: cambio de vida y realización de funciones con éxito
- Véanse los objetivos y criterios de evaluación para el duelo en las págs. 300-301 para los indicadores para **afrontamiento** y **resolución de duelo**, y para otros ejemplos
- Demuestra la **realización de funciones**, según se prueba mediante los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: en absoluto, ligeramente, moderadamente, sustancialmente o totalmente adecuados):
  - Habilidad para cumplir las expectativas de su función
  - Realización de las conductas de las funciones familiares

Realización de las conductas de las funciones comunitarias  
Comunicación de comodidad con las expectativas de su función

### Otros ejemplos

El paciente/familia será/n capaz/ces de:

- Comunicar una ingesta adecuada de alimentos y líquidos
- Comunicar apoyo social adecuado
- Verbalizar su duelo
- Verbalizar el significado de la pérdida
- Demostrar habilidad para tomar decisiones mutuas relativas a la pérdida anticipada
- Expresar pensamientos, sentimientos y creencias espirituales sobre la pérdida
- Verbalizar sus temores y preocupaciones por la posible pérdida
- Participar en el trabajo sobre la aflicción
- No sufrir trastornos somáticos
- Expresar sentimientos de productividad, utilidad, poder y optimismo



### Intervenciones NIC

**Apoyo familiar:** fomento de los valores, intereses y objetivos familiares

**Facilitar la expresión del duelo:** ayuda con la resolución de una pérdida significativa

**Facilitar la expresión del duelo: muerte perinatal:** ayuda con la resolución de una pérdida perinatal

**Mejora de la autoconciencia:** ayudar a un paciente a explorar y comprender sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamientos

**Mejora de la defensa y el afrontamiento:** ayudar a un paciente a adaptarse a las causas de tensión nerviosa, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con la respuesta a las exigencias y funciones vitales

**Mejora de las funciones:** ayudar a un paciente, pareja o familia a mejorar las relaciones, aclarando y complementando comportamientos específicos de su función

**Promoción de la integridad familiar:** promoción de la cohesión y unidad de la familia

**Promoción de la resiliencia:** ayudar a las personas, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de los factores protectores que deben usarse para afrontar los factores causantes de tensión nerviosa de la sociedad y el entorno

### Actividades de enfermería

Véanse actividades de enfermería para el duelo, en las págs. 301-303.

### Valoración

- Evaluar y documentar la presencia y la fuente del duelo del paciente
- (NIC) *Promoción de la integridad familiar:*

- Determinar las relaciones familiares típicas
- Realizar el seguimiento de las relaciones familiares
- Identificar los mecanismos de afrontamiento típicos de la familia
- Identificar los conflictos de prioridades entre los miembros de la familia

## D Educación del paciente y la familia

- Proporcionar al paciente y a su familia información sobre los recursos hospitalarios y comunitarios existentes, como grupos de autoayuda

### Actividades auxiliares

- Iniciar una charla sobre los cuidados del paciente para revisar las necesidades de paciente y su familia relacionadas con su etapa del proceso de duelo y para establecer un plan de cuidados
- Buscar apoyo entre los iguales y otras personas para ofrecer cuidados al paciente según se necesite
- (NIC) *Facilitar la expresión de duelo: muerte perinatal*: notificarla al laboratorio o a la funeraria, según corresponda, para que dispongan del cuerpo

### Otras

- Reconocer las reacciones de duelo del paciente y la familia mientras continúan las actividades de cuidado necesarias
- Comentar con el paciente y su familia el impacto de la pérdida sobre la unidad familiar y su funcionamiento
- Evitar la confrontación de la negación y, al mismo tiempo, no reforzar la misma
- Equilibrar cualquier falsa percepción con la realidad
- Fomentar la independencia en la realización del autocuidado, ayudando al paciente sólo cuando lo necesite
- Establecer un calendario para el contacto con el paciente
- Establecer una relación de confianza con el paciente y la familia
- Ayudar al paciente y a su familia a participar de forma activa en el proceso de toma de decisiones
- Ofrecer un entorno seguro y privado para facilitar el proceso de duelo del paciente y de su familia
- Reconocer y reforzar la fortaleza de cada miembro de la familia

### Bebés y niños

- Véanse las intervenciones para el duelo en la pág. 301
- (NIC) *Facilitar la expresión de duelo: muerte perinatal*:
  - Ayudar a mantener vivo al bebé hasta que lleguen los padres
  - Bautizar al bebé, si procede
  - Comentar los planes realizados, como el entierro, el funeral y ponerle nombre al bebé

Describir los recuerdos que se obtendrán, como huellas de pies y manos, fotografías, gorros, ropa, mantas, pañales y manguitos de tensión arterial, si procede

Preparar al bebé para que lo vean, bañándolo y vistiéndolo, incluyendo a los padres en las actividades, según proceda

Animar a los miembros de la familia a ver y sostener al bebé durante el tiempo que deseen

Centrarse en las características normales del bebé y comentar con sensibilidad sus anomalías

Transferir al bebé al depósito de cadáveres o preparar el cuerpo para que su familia lo transporte a la funeraria

E

### Personas mayores

- Usar tratamiento de reminiscencia o remitir a un grupo dedicado a ello
- Evaluar el sistema de apoyo del paciente, recordar a su familia su necesidad de apoyo

## ELIMINACIÓN URINARIA, ALTERACIÓN DE LA

(1973, 2006)

**Definición:** disfunción de la eliminación de la orina.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Disuria

Urgencia

#### Objetivas

Dificultad de micción

Frecuencia

Incontinencia

Nicturnia

Retención

### Factores relacionados

Múltiples causalidades, incluidas la obstrucción anatómica, discapacidad sensorial o motora, infección del tracto urinario

### Sugerencias de uso

Usar una calificación más específica cuando sea posible. Para resultados específicos de un paciente, criterios de evaluación e intervenciones de enfermería, recurrir a la sección siguiente "Otros posibles diagnósticos".

### Otros posibles diagnósticos

Incontinencia urinaria de esfuerzo  
Incontinencia urinaria de urgencia  
Incontinencia urinaria de urgencia, riesgo de  
Incontinencia urinaria funcional  
Incontinencia urinaria por rebosamiento  
E Incontinencia urinaria refleja  
Incontinencia urinaria total  
Retención urinaria

### Resultados NOC

**Continencia urinaria:** control de la eliminación de la orina de la vejiga

**Eliminación urinaria:** acumulación y micción de la orina

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **continencia urinaria**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, habitualmente):
  - Infección del tracto urinario (<100.000 WBC)
  - Pérdidas de orina
- Presenta **continencia urinaria**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, habitualmente):
  - Es independiente para ir al baño
  - Mantiene unos patrones predecibles de micción

### Otros ejemplos

- Continencia urinaria
- Prueba del conocimiento adecuado de las medicaciones que afectan la función urinaria
- Eliminación urinaria sin peligros:
  - Olor, cantidad y color de la orina en los intervalos esperados
  - Ausencia de hematuria
  - Micción con dolor, dificultad o urgencia
  - BUN, concentración sérica de creatinina, y gravedad específica WNL
  - Proteínas de la orina, glucosa, cetonas, pH y electrolitos WNL

### Intervenciones NIC

**Adiestramiento del hábito urinario:** mejorar la función de la vejiga en aquellos con impulso de incontinencia incrementando la capacidad de contención de la vejiga y la capacidad del paciente de contener la orina

**Gestión de la eliminación urinaria:** mantenimiento de un patrón de eliminación de orina óptimo

## Actividades de enfermería

También se hace referencia a las actividades de enfermería para los otros posibles diagnósticos precedentes

### Valoración

- *(NIC) Gestión de la eliminación urinaria:*  
Control de la eliminación de orina, incluida frecuencia, consistencia, olor, volumen y color apropiado  
Obtención de una muestra de orina, cuando sea oportuno

E

### Educación del paciente y la familia

- *(NIC) Gestión de la eliminación urinaria:*  
Enseñar al paciente los signos y síntomas de la infección del tracto urinario  
Instruir al paciente y a la familia a registrar el volumen de orina cuando sea oportuno  
Instruir al paciente a responder inmediatamente a la necesidad de orinar cuando sea oportuno  
Enseñar al paciente a beber 250 ml de agua con las comidas, entre comidas y al anochecer

### Actividades auxiliares

- *(NIC) Gestión de la eliminación urinaria:* remitir al médico cuando haya indicios de síntomas de infección del tracto urinario

#### En el domicilio

- Las actividades precedentes pueden usarse o adaptarse para el cuidado en el domicilio

#### Personas mayores

- Ser consciente de que las personas muy mayores normalmente no presentan los síntomas clásicos de la infección del tracto urinario, y que tal enfermedad avanza rápidamente en sepsis; realizar análisis de orina para cualquier cambio repentino en el deshecho de orina
- Aconsejar a los pacientes beber un zumo de arándanos a diario
- Ser consciente de que las personas mayores pueden necesitar más tiempo para ir de la cama al aseo

---

## ELIMINACIÓN URINARIA, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA

(2002)

E

**Definición:** patrón de las funciones urinarias que es suficiente para las necesidades de deshecho y puede reforzarse.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Expresa el deseo de mejorar la eliminación de orina

#### Objetivas

Adopta la posición adecuada al orinar

El volumen de orina está dentro de los límites normales

La gravedad específica está dentro de los límites normales

La ingesta de líquidos es adecuada para las necesidades diarias

La orina es de color pajizo

La orina es inodora

### Sugerencias de uso

Ninguna

### Otros posibles diagnósticos

Ninguno

### Resultados NOC

**Eliminación urinaria:** acumulación y deshecho de la orina

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Probar la eliminación urinaria, tal como señalan los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, habitualmente):
  - Reconocimiento del impulso [5]
  - Vacío por completo de la vejiga [5]
  - Patrón de eliminación [5]
  - Ingesta de líquidos apropiada [5]

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Describir el plan para mejorar la función urinaria
- Tener un residuo post-micción >100-200 ml
- Estar libre de infección del tracto urinario

- Tener un equilibrio en 24 horas de entrada y salida de líquidos
- Presentar una cantidad y unas características normales de orina
- Demostrar un conocimiento adecuado de medicinas que afectan la función urinaria
- Experimentar una eliminación de orina normal:
  - Olor, volumen y color de la orina en un rango esperado
  - Ausencia de hematuria
  - Micción con dolor, vacilación o urgencia
  - BUN, concentración sérica de creatinina, y gravedad específica dentro de los límites normales
  - Proteínas de la orina, glucosa, cetonas, pH y electrolitos dentro de los límites normales

**E**

## Intervenciones NIC

**Gestión de la eliminación urinaria:** mantenimiento de un patrón de eliminación urinario óptimo

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Identificar y documentar el patrón de evacuación del paciente
- Investigar sobre el uso de medicamentos con y sin prescripción que tengan propiedades anticolinérgicas o alfa agonistas
- *(NIC) Gestión de la eliminación urinaria:*
  - Controlar la eliminación urinaria, incluidas frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, cuando sea oportuno

### Educación del paciente y la familia

- Facilitar información sobre el funcionamiento urinario normal
- Facilitar información sobre las necesidades de líquidos, la evacuación regular, etc.
- *(NIC) Gestión de la eliminación urinaria:*
  - Enseñar al paciente los signos y síntomas de la infección del tracto urinario
  - Instruir al paciente para responder inmediatamente al impulso de evacuar, cuando sea conveniente
  - Enseñar al paciente a beber 250 ml de líquido con la comida, entre comidas y al anochecer

### Otras

- Ayudar a planificar una mejora de la función urinaria
- Animar a ingerir líquidos: \_\_\_\_\_ ml por día; \_\_\_\_\_ ml por la tarde; \_\_\_\_\_ ml por la noche

---

## ENTORNO, SÍNDROME DE INTERPRETACIÓN ALTERADA DEL

(1994)

E

**Definición:** falta de orientación consistente en cuanto a personas, tiempo, lugar o circunstancias durante más de entre tres a seis meses, haciendo necesario un entorno protector.

### Características definatorias

#### Subjetivas

Desorientación continuada [en entornos conocidos y desconocidos]

#### Objetivas

Estados confusionales crónicos

Incapacidad para concentrarse

Incapacidad para razonar

Incapacidad para seguir instrucciones o indicaciones sencillas

Lentitud al responder a las preguntas

Pérdida de ocupación o funcionamiento social [debida a pérdida de memoria]

### Factores relacionados

Alcoholismo (no de NANDA)

Corea de Huntington

Demencia (p. ej., enfermedad de Alzheimer, demencia por múltiples infartos, enfermedad de Pick, demencia relacionada con sida)

Depresión

Enfermedad de Parkinson (no de NANDA)

### Sugerencias de uso

Puesto que este diagnóstico se solapa con los sugeridos en otros posibles diagnósticos, se necesita un análisis cuidadoso de las características definatorias del paciente. Este diagnóstico es especialmente difícil de diferenciar de la *confusión crónica*. Los autores prefieren usar *confusión crónica*.

### Otros posibles diagnósticos

Confusión aguda

Confusión crónica

Lesión, riesgo de

Memoria, trastorno de

Perfusión tisular cerebral, alteración de la

Procesos de pensamiento, alteración de los

### Resultados NOC

**Ambiente físico del hogar:** organización física para reducir al mínimo los factores medioambientales que pudieran provocar lesiones o daños físicos en el hogar

- Concentración:** capacidad para centrarse sobre un estímulo específico
- Conducta de seguridad: prevención de las caídas:** acciones personales o del cuidador familiar para reducir al mínimo los factores de riesgo que pudieran precipitar las caídas en el entorno personal
- Estado neurológico: conciencia:** despertar, orientación y atención al entorno
- Memoria:** capacidad de recuperar e informar cognitivamente acerca de la información almacenada con anterioridad
- Orientación cognitiva:** capacidad de identificar personas, lugares y tiempos de forma exacta

E

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Mantiene o mejora la orientación cognitiva, la concentración, la conducta de prevención de las caídas, la memoria, el estado neurológico: conciencia y el ambiente físico del hogar
- Demuestra **estado neurológico: conciencia**, según lo manifiestan los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido)
  - Abre los ojos a los estímulos externos
  - Comunicación apropiada a la situación
  - Obedece órdenes
  - Respuestas motoras a estímulos negativos
  - Presta atención a los estímulos del entorno

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Identificar correctamente los objetos comunes
- Hablar de forma coherente
- Identificar a su pareja, los lugares y el día
- Mantenerse sin lesiones ni daños
- Participar con el máximo nivel de independencia en las actividades de la vida diaria
- Mostrarse satisfecho y menos frustrado por los factores de tensión del entorno

### Intervenciones NIC

**Adiestramiento de la memoria:** facilitar la memoria

**Control y seguimiento neurológico:** recoger y analizar los datos del paciente para impedir o minimizar las complicaciones neurológicas

**Estimulación cognitiva:** fomentar la conciencia y la comprensión del entorno mediante la utilización de estímulos planificados

**Gestión de la demencia:** proporcionar un entorno modificado para el paciente que está sufriendo un estado confusional crónico

**Gestión de la demencia: baño:** reducir el comportamiento agresivo durante la limpieza del cuerpo

**Gestión del entorno: seguridad:** controlar y manipular el entorno físico para favorecer la seguridad

**Mejora de la perfusión cerebral:** promover la perfusión adecuada y limitar las complicaciones de un paciente que sufre o presenta riesgo de perfusión cerebral inadecuada

**Orientación de la realidad:** promover la conciencia del paciente sobre la identidad personal, el momento y el entorno

E

**Prevención de caídas:** poner en práctica precauciones especiales con el paciente con riesgo de lesiones por caídas

**Reducción de la ansiedad:** minimizar la aprensión, el temor, los malos presentimientos o la inquietud relacionados con una fuente de peligro anticipado sin identificar

**Vigilancia: seguridad:** recoger y analizar información decidida y continuada sobre el paciente y el entorno, para su uso en la promoción y mantenimiento de su seguridad

### Actividades de enfermería

Debe consultarse también la sección sobre actividades de enfermería para la confusión crónica, págs. 198-201. En las etapas tempranas de la demencia, cuando los síntomas principales sean los del *trastorno de memoria*, consultar las actividades de enfermería para el trastorno de memoria, págs. 484-485.

### Valoración

- Determinar las habilidades de autocuidado del paciente
- Identificar las necesidades de seguridad del paciente basándose en el funcionamiento físico y cognitivo y en los antecedentes conductuales
- (NIC) *Gestión de la demencia:*
  - Identificar las pautas habituales de comportamiento para actividades como sueño, uso de medicación, eliminación, ingesta de alimentos y autocuidado
  - Realizar el seguimiento del funcionamiento cognitivo usando una herramienta de evaluación normalizada

### Educación del paciente y la familia

- Explicar el efecto de la enfermedad del paciente sobre su estado de ánimo, como depresión o síndrome premenstrual
- Según se necesite, explicar a los miembros de la familia que una ducha o un baño no son los únicos modos de mantenerse limpio y que forzar al paciente a bañarse cuando se resiste puede resultar dañino y provocar comportamientos agresivos

### Actividades auxiliares

- Remitir a los servicios sociales para su remisión a programas de cuidados de día

**Otras**

- Modificar el entorno físico para garantizar la seguridad del paciente
- Emplear un enfoque flexible en relación al baño (p. ej., baño en bañera o con esponja; ser cuidadoso, no acelerar el procedimiento, mantener caliente al paciente)
- Usar la distracción para gestionar la conducta
- Acompañar al paciente ambulatorio a actividades alejadas de la unidad
- Animar a la familia a traer objetos del hogar
- Promover la consistencia en la asignación de cuidadores
- Orientar al paciente en cuanto a personas, lugares y tiempos
- Limitar los visitantes si el paciente se agita o desorienta
- Usar un enfoque calmado y pausado
- (NIC) *Gestión de la demencia:*

**E**

Proporcionar un entorno con pocos estímulos, como música suave y relajante, diseños suaves y sencillos en la decoración, expectativas de rendimiento que no superen la habilidad cognitiva y de procesamiento, y cenas en pequeños grupos

Proporcionar pistas, como acontecimientos actuales, estaciones del año, ubicación y nombres, para ayudar a la orientación

Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción y hablar con lentitud

Dar una instrucción sencilla cada vez

**En el domicilio**

- Enseñar a la familia y al cuidador acciones para reducir al mínimo los factores de riesgo que pudieran precipitar las caídas en el hogar, como eliminar los felpudos o colocar luces auxiliares nocturnas

**ESPERANZA, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA****(2006)**

**Definición:** patrón de expectativas y deseos suficiente para la movilización de la propia energía, y que puede fortalecerse.

**Características definatorias**

Expresa el deseo de mejorar la creencia en las posibilidades

Expresa el deseo de mejorar la congruencia de las expectativas con los deseos

Expresa el deseo de mejorar la esperanza

Expresa el deseo de mejorar la habilidad de fijar objetivos alcanzables

Expresa el deseo de mejorar la interconexión con los demás

Expresa el deseo de mejorar la resolución de problemas para alcanzar los objetivos

Expresa el deseo de mejorar el sentido de la espiritualidad y dar sentido a la vida

### Factores relacionados

**E** Al ser un diagnóstico de bienestar no es necesaria una etiología (factores relacionados)

### Sugerencias de uso

Este diagnóstico puede usarse para pacientes tanto sanos como enfermos. Debe diferenciarse entre esta etiqueta y *disposición para mejorar la capacidad*. La *disposición para mejorar la esperanza* implica que la persona cree que hay soluciones a su problema y que desea mejorar su capacidad de resolución de problemas y asegurarse de que sus objetivos y expectativas sean realistas. La *disposición para mejorar la capacidad* se centra más en la habilidad para escoger e involucrarse en la realización de cambios.

El *potencial de mejora del bienestar espiritual* y la *disposición para mejorar la religiosidad* no son tan amplios como este diagnóstico, que viene parcialmente definido por un deseo de mejorar aspectos de la espiritualidad.

### Otros posibles diagnósticos

Bienestar espiritual, potencial de mejora del

Capacidad, disposición para mejorar la

Religiosidad, disposición para mejorar la

### Resultados NOC

Todavía no se ha relacionado ningún resultado NOC a este diagnóstico; no obstante, pueden aplicarse los siguientes

**Calidad de vida:** extensión de la percepción positiva de las circunstancias vitales actuales

**Equilibrio emocional:** ajuste apropiado del tono emocional preponderante en respuesta a las circunstancias

**Esperanza:** optimismo que resulta personalmente satisfactorio e impulsor de vida

**Toma de decisiones:** capacidad para juzgar y escoger entre dos o más alternativas

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- El paciente tendrá más esperanza, según lo prueben su mejora en la toma de decisiones, esperanza, equilibrio del estado de ánimo y calidad de vida
- La mejora en la **toma de decisiones** se manifestará mediante los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido): sopesa y escoge entre las diferentes alternativas

- Se mostrará **esperanza**, según lo prueben los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, habitualmente):
  - Expresa fe, voluntad de vivir, razones para vivir, significado de la vida, optimismo y fe en sí mismo y en los otros
  - Muestra ganas de vivir

### Otros ejemplos

E

El paciente será capaz de:

- Identificar los puntos fuertes personales
- Registrar una duración y patrón de sueño adecuados para una recuperación mental y física
- Demostrar un estado de ánimo y afecto apropiados
- Mantener o mejorar una higiene y unos cuidados personales adecuados
- Demostrar un aumento del interés en las relaciones sociales y personales
- Mostrar interés o satisfacción por alcanzar los objetivos de la vida

### Intervenciones NIC

Todavía no se ha ligado ninguna intervención NIC a este diagnóstico; no obstante, pueden resultar útiles las siguientes:

**Apoyo en la toma de decisiones:** ofrecer información y apoyo a un paciente que está tomando una decisión relativa a los cuidados sanitarios

**Ayudar al autocambio:** reforzar el cambio autodirigido iniciado por el paciente para alcanzar objetivos de importancia para la persona

**Clarificación de valores:** ayudar a otra persona a aclarar sus propios valores para facilitar la toma de decisiones eficaz

**Facilitación del crecimiento espiritual:** facilitar el crecimiento en la capacidad del paciente para identificarse, conectar y acudir a la fuente de significado, objetivo, comodidad, fortaleza y esperanza en su vida

**Instilación de esperanza:** facilitación del desarrollo de una visión positiva en una situación determinada

**Promoción de la resiliencia:** ayudar a las personas, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de los factores protectores que deben utilizarse para afrontar los puntos de tensión de la sociedad y el entorno

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Evaluar la capacidad de toma de decisiones
- Evaluar la nutrición: ingesta y peso corporal
- Evaluar las necesidades espirituales
- Determinar la adecuación de las relaciones y otros apoyos sociales

#### Educación del paciente y la familia

- Ofrecer al paciente información sobre recursos comunitarios, tales como agencias comunitarias, agencias sociales, clases de mejora personal, clases de reducción de la tensión nerviosa, asesoramiento personalizado

- (NIC) *Infundir esperanza*: enseñar a reconocer la realidad revisando la situación y preparando planes para emergencias

#### Actividades auxiliares

- Remitir para asesoramiento espiritual, si esto resulta aceptable para el paciente
- (NIC) *Infundir esperanza*: ofrecer al paciente y a su familia la oportunidad de participar en grupos de apoyo

E

#### Otras

- Fomentar la participación activa en las actividades de grupo para ofrecer oportunidades de apoyo social y resolución de problemas
- Programar tiempo con el paciente para ofrecer oportunidades de explorar medidas de afrontamiento
- Ofrecer opiniones positivas, cuando proceda
- Explorar con el paciente sus fuentes espirituales
- Recomendar pasar algún tiempo fuera cada día; para pacientes ingresados, colocar la cama cerca de la ventana
- (NIC) *Instilar esperanza*:
  - Ayudar al paciente y a su familia a identificar áreas de esperanza en su vida
  - Demostrar esperanza reconociendo el valor intrínseco del paciente y considerando su enfermedad sólo como una faceta de la persona
  - Ayudar al paciente a expandir su ser espiritual
  - Emplear una revisión o recuerdos vitales guiados, según proceda
  - Evitar enmascarar la verdad
  - Implicar al paciente de forma activa en su propio cuidado
  - Fomentar las relaciones terapéuticas con las personas significativas

#### En el domicilio

- Todas las intervenciones anteriores son apropiadas para el uso en asistencia domiciliaria
- Evaluar y facilitar la comunicación familiar
- Si el paciente debe permanecer en cama, colocarla en una zona central para llevar a cabo las actividades familiares
- Sugerir actividades al aire libre, como la jardinería
- Fomentar la participación en la iglesia y otras actividades comunitarias

#### Bebés y niños

- Enseñar a los padres las expectativas para sus hijos que resulten apropiadas a su edad
- Fomentar la participación en las actividades escolares

### Personas mayores

- Identificar las pérdidas que puedan interferir con la mejora de la esperanza
- Ayudar a los pacientes a reconocer y afrontar las respuestas emocionales ante las pérdidas identificadas
- Sugerir actividades como la danza, la música o el arte
- Recomendar alguna forma de ejercicio diario, basándose en las capacidades e intereses del paciente
- Usar la terapia con animales domésticos, si es posible

E

## ESTADO DE INMUNIZACIÓN, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL

(2006)

**Definición:** pauta de conformidad con las normas locales, nacionales o internacionales de vacunación para prevenir las enfermedades infecciosas, que resulta suficiente para proteger a una persona, familia o comunidad, y que puede reforzarse.

### Características definitorias

Expresa deseo de mejorar su comportamiento para prevenir las enfermedades infecciosas

Expresa deseo de mejorar su conocimiento de las normas de vacunación

Expresa deseo de mejorar su estado de vacunación

Expresa deseo de mejorar la identificación de posibles problemas asociados con las vacunas

Expresa deseo de mejorar la identificación de los proveedores de vacunas

Expresa deseo de mejorar su registro de vacunas

### Factores relacionados

Éste es un diagnóstico de bienestar, por lo que no es necesaria una etiología

### Sugerencias de uso

Ninguna

### Otros posibles diagnósticos

Ninguno

### Resultados NOC

Todavía no se ha relacionado este diagnóstico con ningún resultado NOC. No obstante, pueden ser aplicables los siguientes:

**Conducta de fomento de la salud:** acciones personales para mantener o aumentar el bienestar

**Conducta de inmunización:** acciones personales para obtener vacunación para prevenir una enfermedad contagiosa

**Conocimiento: fomento de la salud:** grado de comprensión mostrado sobre la información necesaria para obtener y mantener una salud óptima

## E

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra la **conducta de inmunización** según se pruebe mediante los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Describe los riesgos asociados con una vacuna específica
  - Obtiene las vacunas recomendadas para la edad, por enfermedad crónica o por riesgo ocupacional a través de la *American Academy of Pediatrics* o del *United States Public Health Service*
  - Identifica los recursos comunitarios para la vacunación
  - Describe medidas de alivio de los efectos secundarios de las vacunas

### Intervenciones NIC

Todavía no se ha relacionado este diagnóstico con ninguna intervención NIC. No obstante, pueden resultar útiles las que se indican a continuación:

**Fijar objetivos conjuntos:** colaborar con el paciente para identificar y priorizar los objetivos de cuidados y, a continuación, elaborar un plan para alcanzar dichos objetivos

**Gestión de la inmunización/vacunación:** monitorización del estado de vacunación, facilitar el acceso a las vacunas y proporcionar las vacunas para prevenir las enfermedades contagiosas

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Obtener los antecedentes médicos, incluyendo los de alergia
- Evaluar el estado de vacunación en cada visita al médico
- Evaluar el conocimiento que tiene el paciente sobre los calendarios de vacunación recomendados
- Evaluar las contraindicaciones de las vacunas específicas

#### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Gestión de la inmunización/vacunación:*
  - Informar a las personas sobre las vacunas protectoras contra la enfermedad, pero que no exigen en estos momentos la legislación, como vacuna contra la gripe, la neumonía o la hepatitis B
  - Ofrecer información a las personas y sus familias sobre las vacunas de que disponen en caso de incidencia o exposición especial, como cólera, gripe, peste, rabia, fiebre de las montañas rocosas, viruela, fiebre tifoidea, tifus, fiebre amarilla y tuberculosis

Informar a los viajeros sobre las vacunas apropiadas para los viajes a países extranjeros  
Ofrecer y actualizar el diario de registro de la fecha y el tipo de vacunas administradas

### Actividades auxiliares

- Seguir las directrices apropiadas para las vacunas (p. ej., la *American Academy of Pediatrics*, el *U.S. Public Health Service*, o la *American Academy of Family Physicians*)

E

### Otras

- Notificar al paciente cuando no esté al día en sus vacunas
- Obtener el consentimiento informado antes de administrar una vacuna
- Observar al paciente durante el periodo específico después de la administración de una vacuna

### En el domicilio

- Éste es un diagnóstico de bienestar, por lo que todas las intervenciones se aplican a la asistencia domiciliaria

### Bebés y niños

- (NIC) *Gestión de la inmunización/vacunación:*
  - Informar a los padres sobre las vacunas necesarias para los niños, sus vías de administración, razones y beneficios de su uso, reacciones adversas y calendario de efectos secundarios, como hepatitis B, difteria, tétanos, tos ferina, *Haemophilus influenzae*, polio, sarampión, paperas, rubeola y varicela
  - Informar a las familias sobre qué vacunas se requieren, de acuerdo con la legislación, para el ingreso en preescolar, guardería, enseñanza secundaria y superior, y la universidad
  - Auditar los registros de vacunas escolares para comprobar que están completos, cada año
  - Identificar proveedores que participan en algún programa para ofrecer vacunas gratuitas a los niños
  - Informar a los padres sobre las medidas que resultan de ayuda para hacer que los niños se sientan cómodos después de la administración de los medicamentos

### Personas mayores

- Urgir a los ancianos a seguir el calendario recomendado para obtener las vacunas contra la gripe y la neumonía
- Ayudar a organizar el transporte a las clínicas de vacunación

---

## ESTREÑIMIENTO

(1975, 1998)

**Definición:** disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de evacuación dificultosa o incompleta, o bien evacuación de heces excesivamente duras y secas.

E

### Características definitorias

#### *Subjetivas*

Abdomen doloroso a la palpación, con o sin defensa muscular  
Anorexia  
Aumento de la presión abdominal  
Cefalea  
Dolor abdominal  
Dolor con la defecación  
Fatiga generalizada  
Náuseas  
Molestias digestivas  
Sensación de plenitud o presión rectal

#### *Objetivas*

Abdomen distendido  
Cambio del patrón de evacuación  
Esfuerzo intenso para defecar  
Heces duras, secas  
Heces líquidas que rezuman  
Incapaz de defecar  
Masa abdominal palpable  
Masa rectal palpable  
Menor frecuencia  
Menor volumen de heces  
Percusión abdominal: sonido timpánico disminuido  
Presencia de heces blandas y pastosas en el recto  
Presentaciones atípicas en las personas mayores (p. ej., alteraciones del estado mental, incontinencia urinaria, caídas inexplicables, aumento de la temperatura corporal)  
Ruidos intestinales hipoactivos o hiperactivos  
Sangre roja brillante en las heces  
Variación de los ruidos intestinales (borborigmos)  
Ventoseo y eructos excesivos  
Vómitos

### Factores relacionados

#### *Funcionales*

Actividad física insuficiente  
Cambios recientes en el entorno

Debilidad de los músculos abdominales  
 Hábitos de defecación irregulares  
 Negar e ignorar habitualmente la necesidad de defecar  
 Uso inadecuado del inodoro (p.ej., horarios, posición para defecar, privacidad)

#### *Psicológicos*

Confusión mental  
 Depresión  
 Estrés emocional

**E**

#### *Farmacológicos*

Antiácidos con aluminio  
 Anticolinérgicos  
 Antidepresivos  
 Antiepilépticos  
 Antiinflamatorios no esteroideos  
 Bloqueantes de los canales de calcio  
 Carbonato cálcico  
 Diuréticos  
 Fenotiazidas  
 Hipolipemiantes  
 Opiáceos  
 Sales de bismuto  
 Sales de hierro  
 Sobredosis de laxantes  
 Sedantes  
 Simpaticomiméticos

#### *Mecánicos*

Abscesos o úlceras rectales  
 Alteraciones neurológicas  
 Desequilibrio electrolítico  
 Estenosis rectal o anal  
 Fisura anal o rectal  
 Gestación  
 Hemorroides  
 Hipertrofia prostática  
 Megacolon (enfermedad de Hirschsprung)  
 Obesidad  
 Obstrucción postquirúrgica  
 Prolapso rectal  
 Rectocele  
 Tumores

#### *Fisiológicos*

Dentición o higiene oral inadecuada  
 Deshidratación  
 Ingesta de fibra insuficiente  
 Ingesta de líquidos insuficiente

Malos hábitos de alimentación  
Menor movilidad del aparato gastrointestinal  
Variación de las comidas habituales o de los hábitos de alimentación

### Sugerencias de uso

Usar *estreñimiento* cuando estén presentes las características definitorias.

**E** Algunos pacientes creen erróneamente que están estreñidos, y se automedican con laxantes, enemas o supositorios para asegurar una defecación al día. Para esos pacientes, utilizar *estreñimiento subjetivo*. Cuando están presentes los factores de riesgo, pero no hay síntomas, utilizar *riesgo de estreñimiento*.

### Otros posibles diagnósticos

Estreñimiento, riesgo de  
Estreñimiento, subjetivo

### Resultados NOC

**Control del síntoma:** acciones personales destinadas a minimizar cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional

**Eliminación intestinal:** formación y evacuación de heces

**Hidratación:** cantidad apropiada de agua en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Mejoría del *estreñimiento*, puesta de manifiesto por **eliminación intestinal** (especificar de 1 a 5: gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o no comprometido)
  - Hábito intestinal [en el rango normal]
  - Heces blandas y formadas
  - Evacuación sin ayuda
- Mejoría del *estreñimiento*, puesta de manifiesto por **eliminación intestinal** (especificar de 1 a 5: grave, sustancial, moderado, leve, ausente)
  - Sangre en las heces
  - Dolor al defecar

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Demostrar que conoce el régimen de evacuación intestinal necesario para contrarrestar los efectos secundarios de los medicamentos
- Referir que puede evacuar con menos dolor y esfuerzo
- Demostrar una hidratación apropiada (p. ej., turgencia de la piel, ingesta de líquidos aproximadamente igual a las excretas)

### Intervenciones NIC

**Gestión de la eliminación intestinal:** establecimiento y mantenimiento de un hábito regular de evacuación fecal

**Gestión del estreñimiento/impactación:** prevención y mejoría del estreñimiento/impactación

**Gestión de líquidos:** promover el equilibrio líquido y prevenir las complicaciones resultantes de una cantidad anómala o indeseada de líquidos

**Gestión de líquidos y electrolitos:** regulación y prevención de las complicaciones derivadas de las alteraciones hidroelectrolíticas

E

### Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería en este diagnóstico se centran en evaluar y tratar las causas del *estreñimiento*. A menudo esto supone promover hábitos regulares de evacuación, hidratación, ejercicio o movilidad, y una dieta rica en fibra

### Valoración

- Recoger los datos basales sobre el régimen intestinal, actividad, medicamentos y hábito del paciente
- Valorar y registrar:
  - Color y consistencia de la primera deposición posoperatoria
  - Frecuencia, color y consistencia de las heces
  - Ventosidades
  - Presencia de impactación
  - Presencia o ausencia de ruidos intestinales y distensión abdominal en los cuatro cuadrantes abdominales
- (NIC) *Gestión del estreñimiento/impactación:*
  - Buscar signos y síntomas de rotura intestinal o peritonitis
  - Identificar aquellos factores (p. ej., medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden provocar o contribuir al estreñimiento

### Educación del paciente y la familia

- Informar al paciente de la posibilidad de que el estreñimiento esté causado por medicamentos
- Instruir al paciente en el uso de ayudas para la evacuación que facilitarán un hábito intestinal óptimo una vez en casa
- Enseñar al paciente la influencia de la dieta (p. ej., líquidos y fibra) en la evacuación
- Informar al paciente acerca de las consecuencias del uso crónico de laxantes
- Destacar la importancia de evitar el esfuerzo extremo para defecar con el fin de evitar cambios de las constantes vitales, mareo y hemorragias
- (NIC) *Gestión del estreñimiento/impactación:*
  - Explicar al paciente la etiología del problema y los fundamentos de las acciones de enfermería

### Actividades auxiliares

- Consultar a un dietista para aumentar la fibra y los líquidos en la dieta

- Solicitar una orden médica para recibir ayudas en la evacuación, como salvado dietético, ablandadores de heces, enemas y laxantes
- (NIC) *Gestión del estreñimiento/impactación:*
  - Consultar con un médico si los ruidos intestinales están aumentados o reducidos
  - aconsejar al paciente que consulte a su médico si persiste el estreñimiento o la impactación

## E

### Otras

- Recomendar al paciente que solicite analgésicos antes de defecar para facilitar la evacuación sin dolor
- Animar al paciente a realizar una actividad óptima para estimular la evacuación intestinal
- Asegurar la privacidad y seguridad del paciente durante la defecación
- Proporcionar cuidados aceptando al paciente, sin juzgarle
- Dar al paciente los líquidos que prefiera, especificar

### En el domicilio

- Enseñar al paciente y a la familia a llevar un diario de alimentos
- Enseñar al paciente y a sus cuidadores que no deben extraer las heces impactadas, sino comunicarlo a los cuidadores profesionales
- Evaluar la accesibilidad y privacidad del cuarto de baño en el domicilio

### Bebés y niños

- En niños, el estreñimiento se define como la evacuación de heces duras, dificultades para evacuar, heces manchadas de sangre y molestias abdominales
- Para los bebés, añadir fruta a la dieta (no compota ni zumo de manzana), o bien jarabe de maíz a la leche artificial
- Para los niños, mezclar salvado con otros cereales si no les gusta el sabor. Ofrecer zumo de ciruela, mezclarlo con otros zumos o agua si no les gusta
- Enseñar a los padres, cuando empiecen a educar a los niños en el control de esfínteres, a vigilar si retienen voluntariamente las heces, causa frecuente de estreñimiento en los niños
- Si persiste el estreñimiento, derivar a Atención Primaria

### Personas mayores

- El estreñimiento es más frecuente en las personas mayores que en aquellas de menor edad. Con el envejecimiento, la pared rectal pierde elasticidad y el intestino segrega menos moco. Las personas mayores también pueden tener menor actividad e ingerir menos líquidos y fibra. Además,

el abuso de laxantes y los efectos secundarios de los medicamentos pueden contribuir al estreñimiento

- Al primer síntoma de estreñimiento, instaurar un programa de manejo de la eliminación intestinal

E

## ESTREÑIMIENTO, RIESGO DE

(1998)

**Definición:** riesgo de disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de evacuación dificultosa o incompleta, o bien evacuación de heces excesivamente duras y secas.

### Factores de riesgo

#### *Funcionales*

Actividad física insuficiente  
Cambios recientes en el entorno  
Debilidad de los músculos abdominales  
Hábitos de defecación irregulares  
Negar e ignorar habitualmente la necesidad de defecar  
Uso inadecuado del inodoro (p. ej., horarios, posición para defecar, privacidad)

#### *Psicológicos*

Confusión mental  
Depresión  
Estrés emocional

#### *Fisiológicos*

Dentición o higiene oral inadecuada  
Deshidratación  
Ingesta de fibra insuficiente  
Ingesta de líquidos insuficiente  
Malos hábitos de alimentación  
Menor movilidad del aparato gastrointestinal  
Variación de las comidas habituales o de los hábitos de alimentación

#### *Farmacológicos*

Antiácidos con aluminio  
Anticolinérgicos  
Antidepresivos  
Antiepilépticos  
Antiinflamatorios no esteroideos  
Bloqueantes de los canales de calcio  
Carbonato cálcico  
Diuréticos

Fenotiazidas  
Hipolipemiantes  
Opiáceos  
Sales de bismuto  
Sales de hierro  
Sedantes

E

Simpaticomiméticos  
Sobredosis de laxantes

### Mecánicos

Abscesos o úlceras rectales  
Alteraciones neurológicas  
Desequilibrio electrolítico  
Estenosis rectal o anal  
Fisura anal o rectal  
Gestación  
Hemorroides  
Hipertrofia prostática  
Megacolon (enfermedad de Hirschsprung)  
Obesidad  
Obstrucción postquirúrgica  
Prolapso rectal  
Rectocele  
Tumores

### Sugerencias de uso

Véanse las sugerencias de uso del diagnóstico de estreñimiento, pág. 326.

### Otros posibles diagnósticos

Estreñimiento  
Estreñimiento subjetivo

### Resultados NOC

**Autocuidado: uso del retrete:** capacidad para utilizar el retrete independientemente, con o sin dispositivos de ayuda

**Eliminación intestinal:** formación y evacuación de las heces

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Mejoría del *riesgo de estreñimiento*, puesta de manifiesto por el estado de eliminación intestinal y autocuidado: uso del retrete
- Demuestra **eliminación intestinal**, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o no comprometido)
  - Hábito intestinal [en el rango normal]
  - Heces blandas y formadas
  - Evacuación sin ayuda

- Demuestra **eliminación intestinal** (especificar de 1 a 5: grave, sustancial, moderado, leve, ausente)
  - Sangre en las heces
  - Dolor al defecar

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Demostrar que conoce el régimen necesario para contrarrestar los efectos secundarios de los medicamentos
- Describir los requisitos dietéticos (p. ej., líquidos y fibra) necesarios para mantener el hábito intestinal habitual
- Evacuar heces con la consistencia y frecuencia habituales para el paciente
- Referir que puede defecar sin dolor ni esfuerzo intenso

E

### Intervenciones NIC

**Gestión del estreñimiento/impactación:** prevención y mejoría del estreñimiento/impactación

**Ayuda en el autocuidado: aseo:** ayudar a otro con la evacuación

### Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería en este diagnóstico se centran en reconocer la presencia de factores de riesgo del *estreñimiento*, vigilar los síntomas, promover una eliminación normal, y actividades para minimizar o eliminar los factores de riesgo

### Valoración

- Recoger los datos basales sobre el hábito intestinal, actividad y medicamentos
- Evaluar y registrar en el posoperatorio:
  - Color y consistencia de la primera deposición
  - Ventoseo
  - Presencia o ausencia de ruidos abdominales y distensión abdominal

### Educación del paciente y la familia

- Informar al paciente acerca de la posibilidad de que el estreñimiento esté causado por medicamentos
- Enseñar al paciente la influencia de la dieta (p. ej., líquidos y fibra) en la evacuación
- Informar al paciente acerca de las consecuencias del uso crónico de laxantes

### Actividades auxiliares

- Derivar a un dietista, si es preciso, para aumentar la fibra y los líquidos en la dieta

### Otras

- Animar al paciente a realizar una actividad óptima para estimular la evacuación intestinal
- Asegurar la privacidad y seguridad del paciente durante la defecación
- Dar al paciente los líquidos que prefiera, especificar cuáles son esos líquidos

## E

---

## ESTREÑIMIENTO SUBJETIVO

(1998)

**Definición:** autodiagnóstico de estreñimiento y abuso de laxantes, enemas y supositorios para asegurar una defecación al día.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Expectativa de defecar todos los días a la misma hora

Expectativa de una defecación diaria

#### Objetivas

Abuso de laxantes, enemas y supositorios [para conseguir una defecación al día]

### Factores relacionados

Apreciación incorrecta [de la función intestinal normal]

Creencias culturales y familiares en torno a la salud

Pensamientos distorsionados

### Sugerencias de uso

Véanse las sugerencias de uso del diagnóstico de estreñimiento, pág. 326.

### Otros posibles diagnósticos

Estreñimiento

Riesgo de estreñimiento

### Resultados NOC

**Conocimiento: conductas de salud:** alcance de los conocimientos acerca de la promoción y protección de la salud

**Creencias sobre la salud:** convicciones personales que afectan a las conductas de salud

**Eliminación intestinal:** formación y evacuación de heces

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Mejoría del *estreñimiento subjetivo*, señalada por eliminación intestinal, creencias sobre la salud y conocimiento: conductas de salud

- Demuestra **eliminación intestinal**, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o no comprometido):
  - Patrón de eliminación
  - Facilidad en la evacuación
  - Defecación sin ayudas

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Expresar que entiende la necesidad de disminuir el uso de laxantes, enemas y supositorios
- Describir el régimen dietético que regulará la función intestinal de forma más natural
- Expresar que entiende que no siempre es necesario defecar todos los días

### Intervenciones NIC

**Clarificación de valores:** ayudar a otro a clarificar los valores propios con el fin de facilitar una toma de decisiones eficaz

**Educación sanitaria:** elaborar y suministrar información y enseñanzas para facilitar la adopción voluntaria de conductas de salud en individuos, familias, grupos y comunidades

**Enseñanza: individual:** planificación, puesta en marcha y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades concretas de un paciente

**Gestión de la eliminación intestinal:** establecimiento y mantenimiento de un hábito regular de evacuación fecal

### Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería en este diagnóstico se centran en la comunicación y las enseñanzas para cambiar la percepción del paciente acerca de la eliminación normal y el estreñimiento, así como en adoptar medidas para favorecer la eliminación normal

### Valoración

- Evaluar las expectativas del paciente respecto a la función intestinal normal
- Valorar posibles factores contribuyentes (p. ej., creencias culturales)
- Observar, registrar y comunicar peticiones de laxantes, enemas y supositorios
- (NIC) *Gestión de la eliminación intestinal:*
  - Registrar las deposiciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen, y color, si es preciso
  - Anotar problemas intestinales previos, hábito intestinal y uso de laxantes

### Educación del paciente y la familia

- Instruir al paciente y a la familia acerca de la dieta, ingesta de líquidos, actividad, ejercicio, y las consecuencias del abuso de laxantes, enemas y supositorios

E

- Enseñar al paciente y a la familia que puede ser normal defecar cada dos o tres días, en vez de todos los días
- Enseñar las características de la eliminación normal y compararlas con los síntomas del estreñimiento

#### Actividades auxiliares

##### E

- Poner en marcha una charla sobre cuidados multidisciplinarios, con la participación del paciente y la familia, para promover conductas positivas (p. ej., cambio de dieta)

#### Otras

- Ayudar al paciente a identificar en qué consiste un uso apropiado de laxantes, enemas y supositorios
- Comentar positivamente los cambios de conducta del paciente

#### En el domicilio

- Las actividades anteriores también se aplican para el cuidado domiciliario

#### Personas mayores

- Las actividades anteriores son adecuadas para las personas mayores, teniendo en cuenta los cambios normales del envejecimiento

---

## ESTRÉS POR SOBRECARGA

(2006)

**Definición:** cantidades excesivas y tipos de exigencias que requieren acción.

#### Características definitorias

Demuestra el aumento de los sentimientos de impaciencia

Demuestra el aumento de los sentimientos de ira

Expresa dificultades en el funcionamiento

Expresa problemas en la toma de decisiones

Expresa un aumento de los sentimientos de impaciencia

Expresa un aumento de los sentimientos de ira

Expresa un sentimiento de agobio

Expresa un sentimiento de tensión

Refiere las situaciones de estrés como excesivas (p. ej., índices del nivel de estrés igual o superior a 7 en una escala de 10 puntos)

Se queja de un impacto negativo por el estrés (p. ej., síntomas físicos, angustia psicológica, sensaciones de “estar enfermo” o de “irse a poner enfermo”)

### Factores relacionados

Estresantes múltiples coexistentes (p. ej., exigencias de amenazas medio-ambientales; exigencias de amenazas físicas; exigencias de amenazas sociales)

Estresantes repetidos, intensos (p. ej., violencia familiar, enfermedades crónicas, enfermedades terminales)

Fuentes inadecuadas (p. ej., financiera, social, nivel de educación/conocimiento)

E

### Sugerencias de uso

Ninguna

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento individual: ineficaz

Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de

Régimen terapéutico: personal, manejo ineficaz del

### Resultados NOC

El NOC no tiene aún resultados vinculados para este diagnóstico; sin embargo, los siguientes podrían ser útiles:

**Autocuidado:** acciones personales para gestionar los agentes estresantes que ponen a prueba los recursos personales

**Desempeño del rol:** congruencia de un papel de conducta personal con otro con expectativas

**Factores estresantes del cuidador:** gravedad de la presión biopsicosocial en los cuidados familiares proporcionados, preocupándose por otros durante un largo periodo de tiempo

**Gravedad de los síntomas:** gravedad negativa que se observa en los cambios físicos, emocionales, y en la función social

**Niveles de estrés:** graves manifestaciones de tensión tanto físicas como mentales que resultan de factores que alteran el equilibrio existencial

**Potencial de resistencia del cuidador:** factores que fomentan el aplazamiento de los cuidadores familiares durante un largo periodo de tiempo

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Presentar **gravedad de los síntomas**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: grave, sustancial, moderado, leve o ninguno)
  - Humor dañado
  - Alegría de vivir dañada
  - Representación de su papel dañado
  - Incapacidad para dormir
  - Pérdida del apetito

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Verbalizar su ansiedad en un nivel manejable
- Tener los signos vitales dentro de una escala normal
- No sufrir tensiones musculares o dolores de cabeza
- No entablar respuestas inadecuadas de forma independiente (p. ej., consumo de alcohol, automedicación, fumar)
- Desempeñar las funciones cotidianas de forma adecuada
- Describir métodos para reducir los agentes estresantes
- Planificar estrategias de adaptación para arreglárselas con los agentes estresantes que no se pueden modificar

E

### Intervenciones NIC

El NIC no tiene aún intervenciones vinculadas con este diagnóstico; sin embargo, las siguientes podrían ser útiles:

**Ayuda al mantenimiento del hogar:** provisión de la información necesaria, apoyo y ayuda para facilitar los cuidados primarios del paciente dados por alguien que no sea un profesional de los cuidados sanitarios

**Ayuda en el autocuidado:** ayudar al paciente para adaptarlo a los agentes estresantes observados, a los cambios, o a las amenazas que interfieran en las exigencias de encuentros personales y de desempeño de su papel

**Potenciación de roles:** ayudar al paciente, a otro importante, y/o a un familiar para mejorar las relaciones aclarando y complementando los papeles de conducta específicos

**Reducción de la ansiedad:** reducir la aprehensión, el temor, la premonición o la dificultad relacionados con una fuente no identificada de un peligro anticipado

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Identificar las percepciones del paciente y de los agentes estresantes actuales
- Valorar las respuestas físicas y emocionales para los agentes estresantes que están presentes (p. ej., pautas de sueño, nutrición, humor)
- Pedir al paciente que describa cómo se las ha arreglado anteriormente de forma exitosa con los agentes estresantes
- Identificar el fracaso o las estrategias de autosuficiencia inadecuadas del paciente
- Valorar los niveles de ansiedad
- Identificar los papeles comunes del paciente con su familia, trabajo, y con la sociedad
- Identificar los sistemas de apoyo del paciente
- (NIC) *Ayuda en el autocuidado:*
  - Evaluar la habilidad en la toma de decisiones del paciente
  - Evaluar el impacto de la situación de la vida del paciente en el desempeño de papeles y en las relaciones

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar técnicas para la gestión del estrés tales como la relajación progresiva, la visualización, la bioalimentación, escuchar música y escribir un diario

### Actividades auxiliares

- Referirse a líderes espirituales, consejeros, trabajadores sociales, psicólogos, y otros profesionales, si es necesario

F

### Otras

- Ayudar al paciente a reconocer sus enfoques negativos y a reestructurar sus pensamientos de forma más positiva y realista
- Animarlo a que hable consigo mismo de manera positiva: al escuchar un comentario negativo sobre uno mismo, pedir al paciente que reforme la frase de manera positiva
- Proveer intervenciones en caso de crisis, si es necesario
- Ayudar al paciente para identificar expresamente los agentes estresantes; después, explorar las formas en las que podría eliminarlos o reducirlos
- Ayudar al paciente a reconocer cuáles de sus estrategias de autosuficiencia son fructuosas y cuáles son inadecuadas
- Animar al paciente a utilizar estrategias de autosuficiencia que le hayan resultado fructuosas en el pasado

### En el domicilio

- Las actividades precedentes son apropiadas para su utilización en el domicilio

## FATIGA

(1988, 1998)

**Definición:** sensación abrumadora y sostenida de agotamiento y reducción de la capacidad para realizar trabajo físico y mental al nivel habitual.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Aumento de las quejas por problemas físicos

Cansancio

Concentración comprometida

Falta de interés por el entorno

Introspección  
Libido comprometida  
Percepción de necesitar energía adicional para realizar las tareas rutinarias  
Sentimientos de culpa por no responder a las responsabilidades  
Somnolencia  
Verbalización de falta de energía abrumadora y persistente

#### *Objetivas*

**F** Aumento de la necesidad de descanso  
Falta de energía o incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física  
Incapacidad para mantener las rutinas habituales  
Incapacidad para recuperar la energía, incluso después de haber dormido  
Letargia o apatía  
Reducción del rendimiento

### **Factores relacionados**

#### *Psicológicos*

Ansiedad  
Depresión  
Estilo de vida aburrido  
Tensión nerviosa

#### *Medioambientales*

Humedad  
Iluminación  
Ruido  
Temperatura

#### *Situacionales*

Acontecimientos vitales negativos  
Ocupación

#### *Fisiológicos*

Anemia  
Aumento del esfuerzo físico  
Desnutrición  
Embarazo  
Estados de enfermedad  
Falta de sueño  
Mal estado físico

### **Otros factores relacionados (no recogidos en la NANDA internacional)**

Alteración de la química corporal; por ejemplo, por medicamentos, retirada de fármacos, quimioterapia  
Exceso de las exigencias sociales y funcionales  
Exigencias psicológicas o emocionales abrumadoras

## Sugerencias de uso

No debe usarse esta etiqueta para describir el cansancio temporal resultante de la falta de sueño. *Fatiga* describe un estado crónico que no se ve aliviado por el descanso. Los anteriores niveles y capacidades de energía del paciente no pueden recuperarse de forma inmediata, por lo que el centro de las actividades de enfermería es ayudar al paciente a encontrar formas de adaptarse. Debe discriminarse cuidadosamente entre *fatiga* e *intolerancia a la actividad*. La falta de energía en la *fatiga* es abrumadora y puede existir incluso cuando el paciente no ha realizado actividad alguna. La *fatiga* puede ser la etiología de otros diagnósticos de enfermería, como *déficit de autocuidados* y *dificultades para el mantenimiento del hogar*. Por otra parte, otras etiquetas, como *disminución del gasto cardiaco*, pueden ser la etiología para la *fatiga*.

F

## Otros posibles diagnósticos

Actividad, intolerancia a la  
Autocuidado, déficit del  
Gasto cardiaco, disminución del  
Insomnio

## Resultados NOC

**Conservación de energía:** acciones personales para gestionar la energía con el fin de iniciar y mantener la actividad

**Energía psicomotora:** impulso y energía personales para mantener las actividades de la vida, nutrición y seguridad personales durante la vida diaria

**Estado nutricional: energía:** punto hasta el cual los nutrientes y el oxígeno proporcionan energía celular

**Resistencia:** capacidad para realizar actividades de forma continuada

**Tolerancia a la actividad:** respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía con las actividades cotidianas

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- El paciente se adaptará a la *fatiga*, según se prueba mediante la tolerancia a la actividad, resistencia, conservación de la energía, estado nutricional: energía y energía psicomotora.
- El paciente demostrará **conservación de la energía**, según lo prueban los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Mantiene una nutrición adecuada
  - Equilibra la actividad y el descanso
  - Usa las técnicas de conservación de energía
  - Adapta el estilo de vida al nivel de energía
  - Comunica resistencia adecuada para la actividad

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Mantener la interacción social habitual
- Identificar los factores psicológicos y físicos que pueden causar *fatiga*
- Mantener la capacidad de concentración
- Prestar atención y responder de forma adecuada a las pistas visuales, auditivas, verbales, táctiles y olfativas
- Comunicar que recupera su energía después del descanso

F

### Intervenciones NIC

**Gestión de la energía:** regulación del uso de la energía para tratar o prevenir la fatiga y optimizar la función

**Gestión de la nutrición:** ayudar o proporcionar una ingesta alimenticia equilibrada de alimentos y líquidos

**Gestión del entorno:** manipulación del entorno del paciente para obtener beneficio terapéutico, atractivo sensorial y bienestar psicológico

**Gestión del estado de ánimo:** ofrecer seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento de un paciente que está experimentando un estado de ánimo deprimido o elevado de modo disfuncional

**Terapia de actividad:** prescripción de, y ayuda con, actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el rango, la frecuencia o la duración de la actividad de una persona o grupo

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Determinar los efectos de la *fatiga* sobre la calidad de vida
- (NIC) *Gestión de la energía:*
  - Controlar al paciente para ver si existen pruebas de exceso de fatiga física y emocional
  - Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (como taquicardia, otras arritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria)
  - Controlar y registrar la pauta de sueño del paciente y el número de horas de sueño
  - Controlar la ubicación y la naturaleza de la incomodidad o el dolor durante el movimiento y la actividad
  - Determinar la percepción del paciente y de la pareja o familia de las causas de *fatiga*
  - Controlar la ingesta nutricional para garantizar unos recursos energéticos adecuados
  - Controlar la administración y el efecto de estimulantes y depresores

#### Educación del paciente y la familia

- Enseñar al paciente la relación de la fatiga con el proceso y el estado de la enfermedad

- (NIC) *Gestión de la energía:*  
Instruir al paciente y a su pareja o familia para que reconozca los signos y síntomas de la *fatiga* que requieren una reducción en la actividad  
Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo que permitan prevenir la *fatiga*

#### Actividades auxiliares

- Hacer que otras personas sean conscientes de los efectos de la *fatiga*
- Remitir a terapia familiar si la *fatiga* ha interferido con el funcionamiento de la familia
- Remitir para asistencia psiquiátrica si la *fatiga* interfiere de forma significativa con las relaciones del paciente
- (NIC) *Gestión de la energía:* consultar con el especialista en alimentación para encontrar modos de aumentar la ingesta de alimentos ricos en energía

F

#### Otras

- Animar al paciente y a la familia a expresar los sentimientos relacionados con los cambios vitales causados por la *fatiga*
- Ayudar al paciente a identificar medidas que aumenten la concentración; puede considerarse la posibilidad de iniciar las tareas después de algunos periodos de descanso y priorizar las tareas necesarias
- Fomentar la interacción social limitada en los momentos de mayor energía
- Animar al paciente a:
  - Comunicar las actividades que aumentan la *fatiga*
  - Comunicar el inicio del dolor que puede producir *fatiga* (gravedad, ubicación, factores precipitantes)
- Planear actividades con el paciente y la familia que reduzcan la *fatiga* al mínimo. El plan puede incluir:
  - Ayuda con las actividades de la vida cotidiana, según sea necesario.
  - Especificar
  - Reducir las actividades con prioridad baja
- (NIC) *Gestión de la energía:*
  - Reducir la incomodidad física que pudiera interferir con la función cognitiva y el autocontrol o la autorregulación de la actividad
  - Ayudar al paciente y a su pareja o familia a establecer objetivos de actividad realistas
  - Ofrecer actividades de ocio que resulten calmantes, como la lectura o la conversación, para favorecer la relajación
  - Fomentar el descanso en la cama y la limitación de las actividades, p. ej., aumentando el número de periodos de descanso
  - Evitar las actividades de cuidados durante los periodos de descanso programados
  - Limitar los estímulos medioambientales, como la luz y el ruido, para facilitar la relajación
  - Limitar el número de visitas y sus interrupciones, según proceda

F

### En el domicilio

- Comentar con el paciente y la familia maneras de modificar el entorno doméstico para mantener las actividades usuales y minimizar la *fatiga*
- Evaluar el entorno doméstico para ver qué factores pueden aumentar la fatiga, como las escaleras, la distancia al baño o las actividades de limpieza
- Si el *dolor crónico* es la etiología de la *fatiga*, consultar el programa de gestión del dolor de la comunidad
- Colaborar con el paciente y su familia para fijar prioridades de las actividades, basadas en expectativas realistas sobre sus capacidades
- Animar a la familia a mantener la participación del paciente en las rutinas familiares, como a las horas de la comida, en la medida de lo posible
- Ayudar al paciente a ser asertivo al fijar límites a las exigencias de los demás
- Remitir para obtener asistencia sanitaria domiciliaria y servicios de limpieza del hogar

### Bebés y niños

- Evaluar la fatiga en lactantes mediante entrevistas a los padres y registrando los cambios en las pautas de sueño, actividad y juego y comida; los niños pequeños no pueden expresar la fatiga de forma verbal.

### Personas mayores

- Evaluar comorbilidades, como la artritis, que pueden contribuir a la fatiga
- Evaluar la depresión como causa de fatiga; remitir al profesional de cuidado mental si se necesita
- Vigilar los efectos secundarios de la medicación que puede causar fatiga, como betabloqueantes o analgésicos

---

## FUNCIÓN HEPÁTICA, RIESGO DE DETERIORO DE LA

(2006)

**Definición:** riesgo de padecer una disfunción hepática.

### Factores de riesgo

Abuso de sustancias tóxicas (p. ej., alcohol, cocaína)

Infección por el VIH

Infección vírica (p. ej., hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C, Epstein-Barr)

Medicamentos hepatotóxicos (p. ej., paracetamol, vastatina)

## Sugerencias de uso

Ninguna

## Otros posibles diagnósticos

Lesión, riesgo de

Régimen terapéutico: personal, manejo ineficaz del

## Resultados NOC

**F**

Aún no se han vinculado resultados NOC a este diagnóstico de enfermería. Los ejemplos siguientes pueden resultar útiles para establecer un plan de control del deterioro de la función hepática.

**Eliminación intestinal:** formación y eliminación de heces

**Equilibrio de electrolitos y ácidos-base:** equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los espacios intracelulares y extracelulares del organismo

**Equilibrio hídrico:** cantidad equilibrada de agua en los espacios intracelulares y extracelulares del organismo

**Función renal:** filtración de la sangre y eliminación de residuos metabólicos a través de la formación de orina

**Estado neurológico:** capacidad del sistema nervioso central y periférico para recibir, procesar y responder a estímulos internos y externos

**Estado nutricional:** punto hasta el que los nutrientes están disponibles para cubrir las necesidades metabólicas

**Estado nutricional: determinaciones bioquímicas:** componentes de fluidos corporales e índices químicos del estado nutricional

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- La función hepática no está deteriorada, como lo demuestran equilibrio hídrico, función renal, estado neurológico, estado nutricional y estado nutricional: determinaciones bioquímicas
- Muestra **equilibrio hídrico**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1–5: grave, sustancial, moderado, suave o ninguno):
  - Ascitis
  - Ingurgitación cervical
  - Edema periférico
  - Globos oculares hundidos
  - Confusión

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Referir ausencia de dolor en el cuadrante superior derecho
- Realizar micciones normales (p. ej., marrones, sin sangre o mucosa)
- Presentar signos vitales estables

### Intervenciones NIC

Aún no se han vinculado intervenciones NIC a este diagnóstico. Las intervenciones siguientes pueden resultar útiles.

**Enseñanza: proceso de enfermedad:** asistencia al paciente para comprender la información relativa al proceso de una determinada enfermedad

**Monitorización de los signos vitales:** recopilación y análisis de datos cardiovasculares, respiratorios y de temperatura corporal para determinar y evitar complicaciones

**G Vigilancia:** adquisición, interpretación y síntesis continua e intencionada de datos del paciente para la toma de decisiones clínicas

### Actividades de enfermería

Dado que se trata de un diagnóstico potencial, el objetivo principal de las actividades de enfermería consiste en: (1) modificar, en la medida de lo posible, los factores de riesgo existentes; y (2) evaluar los signos y síntomas de deterioro de la función hepática

#### Valoración

- Monitorizar el balance hídrico
- Monitorizar los signos vitales, el dolor (especialmente en el cuadrante superior derecho) y el estado mental
- Controlar la aparición de ascitis, edema periférico e ingurgitación yugular
- Controlar los electrolitos
- Controlar la aparición de sangre en las heces
- Controlar la piel y las escleróticas para detectar la aparición de ictericia

#### Educación del paciente y la familia

- Ofrecer información acerca de los procesos de enfermedad que generan un riesgo de deterioro de la función hepática

#### Actividades auxiliares

- Administrar medicamentos y tratamientos contra los procesos de enfermedad subyacentes para reducir el riesgo de deterioro de la función hepática

---

## GASTO CARDIACO, DISMINUCIÓN DEL

(1975, 1996, 2000)

**Definición:** la sangre bombeada por el corazón es insuficiente para satisfacer las demandas metabólicas del organismo.

## Características definitorias

### *Alteración del ritmo y la frecuencia cardiaca*

Arritmias (taquicardia, bradicardia)  
Cambios en el ECG  
Palpitaciones

### *Alteración de la precarga*

Aumento de peso  
Distensión de las venas yugulares  
Edema  
Fatiga  
Presión de enclavamiento de la arteria pulmonar aumentada o disminuida  
Presión venosa central (PVC) aumentada o disminuida  
Soplos

### *Alteración de la postcarga*

Cambios en la coloración de la piel  
Disnea  
Oliguria  
Piel fría y húmeda  
Reducción de los pulsos periféricos  
Resistencia vascular pulmonar aumentada o disminuida  
Resistencia vascular sistémica aumentada o disminuida  
Retraso del relleno capilar  
Variaciones en los valores de presión arterial medidos

### *Alteración de la contractilidad*

Ansiedad  
Crepitantes  
Desasosiego  
Disminución de la fracción de eyección, del índice de volumen sistólico y del índice de trabajo sistólico del ventrículo izquierdo  
Disminución del gasto cardiaco  
Disminución del índice cardiaco  
Ortopnea o disnea paroxística nocturna  
Tercer o cuarto ruido  
Tos

## Factores relacionados

Alteración de la frecuencia o el ritmo cardiacos

### *Alteración del volumen sistólico*

Alteración de la contractilidad  
Alteración de la postcarga  
Alteración de la precarga

## Factores relacionados no recogidos en la NANDA internacional

Anomalías cardiacas (especificar)  
Aumento de la carga de trabajo del ventrículo

Conducción eléctrica disfuncional  
Hipovolemia  
Isquemia ventricular  
Lesiones ventriculares  
Restricción ventricular  
Toxicidad por fármacos y drogas

### Sugerencias de uso

G

Este diagnóstico no indica acciones independientes de enfermería. Se incluye porque está en la taxonomía NANDA y muchas enfermeras lo utilizan. Sin embargo, la enfermera no puede ni diagnosticar con certeza este problema ni tratarlo definitivamente. Para aquellos pacientes con una reducción del gasto cardiaco fisiológico, podría ser más útil utilizar un diagnóstico que represente la reacción a esta fisiopatología (p. ej., *intolerancia a la actividad relacionada con disminución del gasto cardiaco*). Si el paciente tiene un riesgo de sufrir complicaciones, es preferible reseñarlas como problemas secundarios (p. ej., posible complicación del infarto de miocardio: shock cardiogénico).

### Otros posibles diagnósticos

Actividad, intolerancia a la  
Autocuidado, déficit del

### Resultados NOC

**Eficacia del bombeo cardiaco:** suficiencia del volumen sanguíneo expulsado por el ventrículo izquierdo para mantener la presión de perfusión sistémica

**Estado de la circulación:** flujo sanguíneo unidireccional y sin obstáculos, con una presión adecuada, a través de los grandes vasos de los circuitos sistémico y pulmonar

**Estado de los signos vitales:** en qué medida la temperatura, el pulso, la respiración y la presión arterial están dentro de los valores normales

**Gravedad de la pérdida de sangre:** gravedad del sangrado/hemorragia interna o externa

**Perfusión tisular: cardiaca:** suficiencia del flujo sanguíneo de los vasos coronarios para mantener la función cardiaca

**Perfusión tisular: cerebral:** suficiencia del flujo sanguíneo de los vasos cerebrales para mantener la función cerebral

**Perfusión tisular: órganos abdominales:** suficiencia del flujo sanguíneo de los vasos de las vísceras abdominales para mantener la función visceral

**Perfusión tisular: periférica:** suficiencia del flujo sanguíneo de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la función tisular

**Perfusión tisular: pulmonar:** suficiencia del flujo sanguíneo de los vasos pulmonares para perfundir la unidad alvéolo/capilar

## Objetivos/criterios de evaluación

**IMPORTANTE:** Los objetivos de *disminución del gasto cardiaco* no son dependientes de enfermería. Es decir, las enfermeras no actúan solas para conseguirlos; los esfuerzos de otros profesionales también son necesarios.

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra un gasto cardiaco satisfactorio, puesto de manifiesto por eficacia del bombeo cardiaco; estado de la circulación; perfusión tisular (órganos abdominales, cardiaca, cerebral, periférica y pulmonar) y constantes vitales
- Demuestra **estado de la circulación**, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido):
  - Presión arterial sistólica, diastólica y media
  - Frecuencia del pulso en la carótida izquierda y derecha
  - Frecuencia de los pulsos [periféricos] derechos e izquierdos [p. ej., braquial, radial, femoral, pedio]
  - Presión venosa central y presión de enclavamiento de la arteria pulmonar
  - PaO<sub>2</sub> y PaCO<sub>2</sub>
  - Estado cognitivo
- Demuestra **estado de la circulación**, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: grave, sustancial, moderado, leve o ausente)
  - Hipotensión ortostática
  - Ruidos respiratorios anómalos
  - Distensión de las venas del cuello
  - Edema periférico
  - Ascitis
  - Soplos en los grandes vasos
  - Angina de pecho

G

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Mantener el índice cardiaco y la fracción de eyección dentro de los límites normales
- Tener un volumen de orina, densidad urinaria, urea y creatinina plasmáticas dentro de los límites normales
- Tener una coloración normal de la piel
- Demostrar mayor tolerancia a la actividad física (p. ej., sin disnea, dolor torácico ni síncope)
- Describir la dieta y los medicamentos necesarios, actividad y limitaciones precisas (p. ej., para su cardiopatía)
- Identificar los signos y síntomas que indican que la enfermedad está empeorando, para comunicarlos al personal sanitario

## Intervenciones NIC

**Control de hemorragias:** reducción o supresión de las pérdidas de sangre rápidas y excesivas

**Control y seguimiento neurológico:** recogida y análisis de datos del paciente para prevenir o minimizar posibles complicaciones neurológicas

**Cuidado cardíaco (durante el episodio agudo):** limitación de las complicaciones en un paciente que ha sufrido recientemente un episodio de desequilibrio entre el aporte y las necesidades de oxígeno del miocardio, que ha provocado una alteración de la función cardíaca

**G Cuidado cardíaco:** limitación de las complicaciones resultantes del desequilibrio entre el aporte y las necesidades de oxígeno del miocardio, con síntomas de alteración de la función cardíaca

**Cuidado circulatorio: dispositivo mecánico de ayuda:** mantenimiento temporal de la circulación mediante el uso de dispositivos mecánicos o bombas

**Cuidado circulatorio: insuficiencia arterial:** promoción de la circulación arterial

**Cuidado circulatorio: insuficiencia venosa:** promoción de la circulación venosa

**Cuidado del embolismo: periférico:** limitación de las complicaciones en un paciente que ha sufrido una oclusión en la circulación periférica o tiene riesgo de padecerla

**Gestión del shock: cardíaco:** promoción de una perfusión tisular adecuada en un paciente cuya función de bombeo cardíaco está gravemente comprometida

**Gestión del shock: volumen:** promoción de una perfusión tisular adecuada en un paciente cuyo volumen intravascular está gravemente comprometido

**Mejora de la perfusión cerebral:** promoción de una perfusión adecuada y limitación de las complicaciones en un paciente con perfusión cerebral inadecuada o riesgo de sufrirla

**Monitorización de los signos vitales:** recogida y análisis de los datos cardiovasculares, respiratorios y la temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones

**Reducción de la hemorragia:** limitación de la pérdida de volumen sanguíneo durante un episodio de sangrado

**Regulación hemodinámica:** optimización de la frecuencia, precarga, postcarga y contractilidad cardíacas

**Terapia intravenosa (i.v.):** administración y vigilancia de los fluidos y medicamentos administrados por vía i.v.

## Actividades de enfermería

En general, las actividades de enfermería en este diagnóstico se centran en vigilar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco, valorar las causas subyacentes (p. ej., hipovolemia, arritmias), realizar los protocolos o las órdenes de tratamiento médicas para el tratamiento de la disminución del gasto cardíaco, y llevar a cabo medidas de soporte como posicionamiento o hidratación

### Valoración

- Evaluar y registrar la presión arterial, presencia de cianosis, el estado respiratorio y el estado mental
- Vigilar la aparición de signos indicadores de sobrecarga de fluidos (p. ej., edema ortostático, aumento de peso)
- Evaluar la tolerancia del paciente a la actividad observando cuándo empieza la disnea, el dolor, palpitaciones o mareo
- Valorar la respuesta del paciente al oxígeno
- Valorar si existe deterioro cognitivo
- (NIC) *Regulación hemodinámica:*
  - Controlar el funcionamiento del marcapasos, si es adecuado
  - Vigilar los pulsos periféricos, el relleno capilar, y la temperatura y el color de las extremidades
  - Controlar el balance hídrico, el volumen de orina y el peso del paciente, si es preciso
  - Monitorizar la resistencia vascular sistémica y la pulmonar, si es preciso
  - Auscultación pulmonar: buscar estertores y otros ruidos anómalos
  - Medir y registrar la frecuencia y el ritmo cardiacos y los pulsos

G

### Educación del paciente y la familia

- Explicar por qué se administra oxígeno mediante gafas nasales o mascarilla
- Dar instrucciones acerca del mantenimiento de una ingesta y excreción adecuadas
- Enseñar a comunicar y describir las palpitaciones y el dolor: comienzo, duración, factores precipitantes, localización, características e intensidad
- Enseñar al paciente y a la familia el plan de cuidados en el domicilio, incluyendo las limitaciones de la actividad, restricciones dietéticas y el uso de los equipos terapéuticos
- Informar acerca de las técnicas de reducción del estrés, como el *biofeedback*, la relajación muscular progresiva, la meditación y el ejercicio
- Enseñar que es necesario pesarse a diario

### Actividades auxiliares

- Consultar al médico los parámetros para administrar o no los medicamentos de la presión arterial
- Administrar y ajustar la dosis de antiarrítmicos, inotrópicos, nitroglicerina y vasodilatadores para mantener la contractilidad, precarga y postcarga, según las órdenes de tratamiento médico o los protocolos
- Administrar anticoagulantes para prevenir la formación de trombos periféricos, según las órdenes de tratamiento o los protocolos
- Favorecer la reducción de la postcarga (p. ej., mediante una bomba de globo intraaórtica), según las órdenes médicas o los protocolos
- Derivar a una enfermera experta para realizar el seguimiento, si es necesario
- Considerar la derivación a un encargado del caso, trabajo social o servicios sanitarios comunitarios o domiciliarios

- Derivar a trabajo social para valorar si el paciente puede pagar los medicamentos prescritos
- Derivar a rehabilitación cardíaca, si es apropiado

### Otras

- Colocar al paciente en posición horizontal o Trendelenburg cuando la presión arterial sea inferior a la normal para ese paciente
- En caso de hipotensión súbita, grave o prolongada, establecer un acceso i.v. para administrar líquidos i.v. o medicamentos que eleven la presión arterial
- Correlacionar los efectos de valores del laboratorio, oxígeno, medicamentos, actividad, ansiedad y dolor sobre la arritmia
- No tomar temperaturas rectales
- Hacer cambios posturales cada dos horas o mantener otras actividades adecuadas o precisas para disminuir el estasis de la circulación periférica
- (NIC) *Regulación hemodinámica:*
  - Minimizar o suprimir los estresantes ambientales
  - Insertar una sonda urinaria, si es preciso

G

### En el domicilio

- Ayudar a obtener servicios domiciliarios para las actividades de la vida diaria, preparación de comidas, tareas domésticas, transporte a la consulta médica y demás
- Valorar posibles obstáculos al cumplimiento terapéutico (p. ej., efectos secundarios de los medicamentos)
- Ayudar al paciente y a su familia a planear qué hacer en casos de urgencia, como apagones (si utiliza dispositivos de asistencia respiratoria) o la necesidad de reanimación cardiopulmonar
- Asegurarse de que el paciente tiene peso en casa para pesarse diariamente

### Personas mayores

- Tener en cuenta que las personas mayores a menudo presentan dolor en la mandíbula (o incluso nada de dolor) con un infarto de miocardio
- Tener en cuenta que las personas mayores pueden tener alterada la función renal y la hepática; asegurarse de valorar los efectos secundarios de los medicamentos cardíacos
- Buscar signos y síntomas de arritmias (p. ej., mareos, debilidad, síncope, palpitaciones)
- Valorar posibles signos de depresión y aislamiento social; derivar a los servicios de salud mental si es preciso
- Valorar la comprensión de las instrucciones y el cumplimiento terapéutico de los medicamentos y otros tratamientos (p. ej., actividad, dieta)

- Las personas mayores pueden requerir frecuentes repeticiones y refuerzos de las enseñanzas
- Los ancianos frágiles pueden necesitar un manejo del caso para continuar viviendo independientes

## GLUCOSA INESTABLE, RIESGO DE

G

(2006)

**Definición:** riesgo de desviación del intervalo normal de la concentración plasmática de glucosa/azúcar.

### Factores de riesgo

Aumento de peso  
 Ausencia de aceptación del diagnóstico  
 Desconocimiento del plan de manejo o de tratamiento de la diabetes  
 Dieta  
 Embarazo  
 Estrés  
 Grado de actividad física  
 Grado de desarrollo  
 Incumplimiento del plan de manejo o de tratamiento de la diabetes  
 Inexistencia de un plan de manejo o de tratamiento de la diabetes  
 Manejo de la medicación  
 Pérdida de peso  
 Periodos de crecimiento rápido  
 Salud física  
 Salud mental  
 Vigilancia inadecuada de la glucosa plasmática

### Sugerencias de uso

Se recomienda utilizar este diagnóstico en aquellas situaciones en las que las acciones de enfermería pueden por sí mismas ejercer un efecto notable en la prevención. Cuando las acciones de enfermería consistan básicamente en vigilar la glucosa plasmática y colaborar, podría ser mejor utilizar el problema secundario de “posible complicación de (insertar el estado fisiológico): hipogluceemia/hipergluceemia”. Si las concentraciones de glucosa son realmente anormales, utilizar *hipergluceemia* o *hipogluceemia*

### Otros posibles diagnósticos

Hipergluceemia  
 Hipogluceemia

## Resultados NOC

**IMPORTANTE:** todavía no se han asociado resultados NOC a este nuevo diagnóstico. Los que siguen parecen lógicos.

**Concentración plasmática de glucosa:** concentración plasmática y urinaria de glucosa mantenida dentro de los límites normales

**Autocontrol de la diabetes:** acciones personales destinadas a controlar la diabetes *mellitus* y prevenir la progresión de la enfermedad

**Conocimiento: control de la diabetes:** alcance del conocimiento transmitido por el paciente acerca de la diabetes *mellitus* y la prevención de complicaciones

G

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- **Concentración plasmática de glucosa** estable, demostrada por la glucosa plasmática, hemoglobina glucosilada, glucosa urinaria y cetonas urinarias (especificar de 1 a 5: desviación respecto a los valores normales grave, sustancial, moderada, leve o ausente)
- Factores de riesgo controlados, puestos de manifiesto porque demuestra consistentemente autocontrol de la diabetes, conocimiento: control de la diabetes sustancial y sin desviación en la concentración plasmática de glucosa

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Demostrar el procedimiento correcto para medir la glucosa plasmática
- Seguir el régimen prescrito para controlar la glucosa plasmática
- Cumplir las recomendaciones concernientes a la dieta y el ejercicio
- Demostrar los procedimientos correctos de administrarse la medicación
- Describir los síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia

**IMPORTANTE:** los objetivos de este diagnóstico deberían centrarse en prevenir la inestabilidad de la glucosa plasmática, en vez de en el manejo a largo plazo de la diabetes. Por lo tanto, aquí no se describen los objetivos concernientes al cuidado de los pies, exámenes oftalmológicos y demás.

## Intervenciones NIC

**IMPORTANTE:** todavía no se han asociado intervenciones NIC a este nuevo diagnóstico. Las que siguen parecen lógicas.

**Enseñanza: dieta prescrita:** preparar a un paciente para seguir correctamente la dieta prescrita

**Enseñanza: individual:** planificación, puesta en marcha y evaluación de un programa educativo diseñado para abordar las necesidades específicas de un paciente

**Enseñanza: medicación prescrita:** preparar a un paciente para tomar correctamente las medicaciones prescritas y vigilar sus efectos

**Enseñanza: procedimiento:** preparar a un paciente para realizar una técnica determinada

**Enseñanza: proceso de enfermedad:** ayudar al paciente a entender la información relacionada con un proceso de enfermedad concreto

**Gestión de la hiperglucemia:** prevenir y tratar las elevaciones de la concentración plasmática de glucosa

**Gestión de la hipoglucemia:** prevenir y tratar las concentraciones plasmáticas de glucosa inferiores a los valores normales

**Vigilancia:** recogida, interpretación y síntesis de datos del paciente, continuos y determinados, para tomar decisiones clínicas

### Actividades de enfermería

G

Las actividades de enfermería en este diagnóstico se centran en la vigilancia de los signos y síntomas de hipoglucemia o hiperglucemia, la reducción de los factores de riesgo y la enseñanza de la autorregulación de las concentraciones de glucosa. No implican manejo a largo plazo de la diabetes, de modo que las enseñanzas acerca del cuidado de los pies (por ejemplo) no se incluyen en este apartado. Para el manejo de la elevación y disminución de las concentraciones de glucosa, véanse los diagnósticos de *hipoglucemia e hiperglucemia*.

### Valoración

- Evaluar los factores que aumentan el riesgo de descompensaciones de la glucosa
- Vigilar la concentración de glucosa plasmática (por debajo de 60 mg/dl indica hipoglucemia, por encima de 300 mg/dl, hiperglucemia) según las órdenes de tratamiento o los protocolos
- Controlar las cetonas en orina
- Vigilar ingesta y excreción
- Vigilar la aparición de síntomas y signos de hipoglucemia (p. ej., glucosa plasmática <60 mg/dl, palidez, taquicardia, diaforesis, inquietud, visión borrosa, irritabilidad, escalofríos, sudor frío, confusión)
- Vigilar la aparición de síntomas y signos de hiperglucemia (p. ej., glucosa plasmática >300 mg/dl, aliento cetósico, cetonas plasmáticas positivas, cefalea, visión borrosa, náuseas, vómitos, poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, letargia, hipotensión, respiración de Kussmaul)
- Determinar las causas de hipoglucemia e hiperglucemia, si se presentan

### Educación del paciente y la familia

- Dar información acerca de la diabetes
- Informar sobre la utilidad de la dieta y el ejercicio para lograr que la glucosa esté equilibrada
- Dar información acerca de los medicamentos utilizados para controlar la diabetes
- Informar sobre el manejo de la diabetes durante el curso de otras enfermedades
- Informar acerca del autocontrol de las concentraciones de glucosa y las cetonas, si es preciso

### Actividades auxiliares

- Colaborar con el paciente y el equipo de diabetes para modificar el tratamiento farmacológico, si es preciso
- Avisar al médico cuando aparezcan signos y síntomas de hipoglucemia o hiperglucemia y no se puedan controlar con las actividades de enfermería

### Otras

- (NIC) *Gestión de la hipoglucemia*
  - Administrar hidratos de carbono simples, si está indicado
  - Administrar hidratos de carbono complejos y proteínas, si están indicados
  - Mantener vía i.v., si es preciso

H

---

## HIPERTERMIA

(1986)

**Definición:** elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal.

### Características definatorias

#### Objetivas

Aumento en la temperatura corporal superior al rango normal  
[Aumento de la frecuencia respiratoria]  
Crisis o convulsiones  
[Piel] cálida al tacto  
Piel enrojecida  
Taquipnea  
Taquicardia

### Factores relacionados

Actividad vigorosa  
Aumento del gasto metabólico  
Deshidratación  
Enfermedad o traumatismo  
Exposición [prolongada] a un entorno cálido  
Incapacidad o reducción de la capacidad para sudar  
Medicamentos o anestesia  
Ropa inadecuada

### Sugerencias de uso

Las actividades de enfermería, como la retirada de la ropa o un baño con esponja fría, son efectivas para la *hipertermia* leve. No obstante, la *hipertermia*

grave es un problema posiblemente mortal que requiere intervención médica y de enfermería. También debe considerarse que una temperatura elevada puede no ser un problema, sino sencillamente un síntoma de una enfermedad o infección, en cuyo caso se trata con medicamentos como paracetamol o ácido acetilsalicílico. La mayoría de hipertermias no requiere tratamiento de enfermería independiente.

### Otros posibles diagnósticos

Hipertermia, riesgo de (no NANDA)  
 Termorregulación ineficaz  
 Temperatura corporal, riesgo de alteración de la



### Resultados NOC

**Estado de los signos vitales:** el punto hasta el cual se encuentran dentro del rango normal la temperatura, el pulso, la respiración y la TA

**Termorregulación:** equilibrio entre la producción, ganancia y pérdida de calor

**Termorregulación: neonato:** equilibrio entre la producción, ganancia y pérdida de calor durante los primeros 28 días de vida

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- El paciente demuestra **termorregulación**, según lo prueban los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: grave, sustancial, moderado, ligero o ninguno)
  - Aumento de la temperatura cutánea
  - Hipertermia
  - Deshidratación
  - Somnolencia
- El paciente demuestra **termorregulación**, según lo prueban los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: gravemente, de forma sustancial, de forma moderada, ligeramente o en absoluto en peligro)
  - Sudor cuando tiene calor
  - Pulso radial
  - Frecuencia respiratoria

#### Otros ejemplos

El paciente y la familia serán capaces de:

- Demostrar un método correcto de toma de temperatura
- Describir medidas para prevenir o reducir al mínimo el aumento en la temperatura corporal
- Comunicar los signos y síntomas tempranos de *hipertermia*

Los lactantes serán capaces de:

- No sufrir disnea, inquietud o letargo
- Usar una postura de disipación del calor

## Intervenciones NIC

**Cuidado del recién nacido:** gestión del neonato durante la transición a la vida extrauterina y el posterior periodo de estabilización

**Monitorización de los signos vitales:** recogida y análisis de los datos cardiovasculares, respiratorios y sobre temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones

**Prevención de la hipertermia maligna:** prevención o reducción de la respuesta hipermetabólica a los agentes farmacológicos usados durante la cirugía.

**Regulación de la temperatura:** alcance o mantenimiento de la temperatura corporal en un rango normal

**Tratamiento de la fiebre:** gestión de un paciente con hiperpirexia provocada por factores no medioambientales

H

## Actividades de enfermería

Véanse también las actividades de enfermería para la temperatura corporal: riesgo de alteración de la, en las págs. 709-711.

### Valoración

- Monitorizar la actividad convulsiva
- Controlar la hidratación, p. ej., la turgencia cutánea, humedad de las membranas mucosas
- Controlar la tensión arterial, el pulso y la respiración
- Evaluar la adecuación de la ropa a la temperatura del entorno
- *Para pacientes quirúrgicos:*
  - Obtener los antecedentes personales y familiares de hipertermia maligna, muertes por anestesia o fiebre posoperatoria
  - Controlar los signos de la hipertermia maligna, como fiebre, taquipnea, arritmias, cambios en la TA, piel moteada, rigidez, sudor abundante
- *(NIC) Regulación de la temperatura:*
  - Controlar la temperatura al menos cada dos horas, según resulte apropiado
  - Comenzar a usar un dispositivo de monitorización continua de la temperatura central, según proceda
  - Controlar el color y la temperatura de la piel

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar al paciente y a la familia las medidas de prevención y reconocimiento fácil de la hipertermia, como golpe de calor y agotamiento por calor
- *(NIC) Regulación de la temperatura:* enseñar las indicaciones de agotamiento por calor y el tratamiento de emergencia que corresponda, si procede

### Actividades auxiliares

- *(NIC) Regulación de la temperatura:*
  - Administrar medicamentos antipiréticos, según corresponda

Usar mantas enfriadoras y baños templados para ajustar la temperatura corporal, según proceda

### Otras

- Retirar el exceso de ropa y cubrir al paciente sólo con una sábana
- Aplicar paños de baño fríos, o una bolsa de hielo recubierta por un paño, a las axilas, ingles, frente y curva del cuello
- Fomentar la ingesta de fluidos orales, al menos 2.000 ml al día, además de más líquidos durante las actividades agotadoras o las actividades moderadas a altas temperaturas
- Usar un ventilador en la habitación del paciente
- Usar una manta enfriadora
- Para la hipertermia maligna:
  - Realizar los cuidados de emergencia siguiendo el protocolo
  - Mantener el equipo de emergencia en las áreas operadoras de acuerdo con el protocolo

H

### En el domicilio

- Gran número de las intervenciones anteriores pueden resultar adecuadas para su uso en la asistencia domiciliaria
- Enseñar al paciente y a su familia cómo usar un termómetro oral o timpánico (que no contenga mercurio)
- Evaluar la temperatura en el hogar; ayudar a obtener ventiladores o acondicionadores de aire, en caso necesario

### Bebés y niños

- Enseñar a los padres que no deben administrar ácido acetilsalicílico para la fiebre a los niños menores de 18 años
- Enseñar a los padres que no resulta necesario tratar todas las fiebres en los niños. Como norma general, las fiebres en niños sin antecedentes de convulsiones no necesitan tratamiento a no ser que superen los 40 °C.
- Puede usarse una esponja templada para tratar la fiebre, pero si aumenta el malestar del niño y produce llanto y agitación, esto puede contrarrestar el efecto de enfriamiento de la esponja

### Personas mayores

- Enseñar a los pacientes y a la familia que los ancianos presentan un aumento del riesgo de hipertermia y deshidratación
- Enseñar a los pacientes y a los cuidadores o familia los signos tempranos de hipertermia o de un golpe de calor
- Aconsejar evitar el alcohol y la cafeína con tiempo caluroso

- Considerar que una temperatura bucal superior a 37,2 °C o un aumento de entre 0,8° a 1,1 °C es fiebre en los ancianos
- No tomar la temperatura rectal en pacientes con demencia, puesto que esto puede resultar perturbador
- Enseñar a los ancianos que deben llamar a su médico de cabecera si presentan fiebre

---

## H HIPOTERMIA

(1986, 1988)

**Definición:** temperatura corporal inferior al rango normal.

### Características definitorias

#### Objetivas

Hipertensión arterial  
Lechos de las uñas cianóticos  
Palidez  
Piel fría  
Piloerección  
Relleno capilar lento  
Temperatura corporal inferior al rango normal  
Temblores  
Taquicardia

### Factores relacionados

Consumo de alcohol  
Daños en el hipotálamo  
Descenso del ritmo metabólico  
Desnutrición  
Enfermedad o traumatismo  
Envejecimiento  
Evaporación desde la piel en un entorno fresco  
Exposición [prolongada] a un entorno frío o fresco  
Inactividad  
Incapacidad o reducción de la capacidad para escalofrío  
Medicamentos [vasodilatadores]  
Ropa inadecuada

### Otros factores relacionados (no recogidos en la NANDA internacional)

Bajo peso en el momento del nacimiento  
Hipotiroidismo

Inmadurez del sistema de regulación de temperatura del neonato  
Pérdida de grasa subcutánea y malnutrición

### Sugerencias de uso

Puesto que la *hipotermia* grave (temperatura rectal inferior a 35 °C) puede provocar complicaciones tales como trastornos en el funcionamiento miocárdico o respiratorio, dichas medidas bajas deben comunicarse al médico. La *hipotermia* leve (35-36 °C) debería responder a las intervenciones de enfermería.

### Otros posibles diagnósticos

Conducta desorganizada del lactante, riesgo de  
Temperatura corporal, riesgo de alteración de la  
Termorregulación ineficaz

H

### Resultados NOC

**Estado de los signos vitales:** el punto hasta el cual se encuentran dentro del rango normal la temperatura, el pulso, la respiración y la TA

**Termorregulación:** equilibrio entre la producción, ganancia y pérdida de calor

**Termorregulación: neonato:** equilibrio entre la producción, ganancia y pérdida de calor durante los primeros 28 días de vida

### Objetivos/criterios de evaluación

Véanse también los objetivos y criterios de evaluación para la hipertermia en la pág. 355, y el riesgo de alteración de la temperatura corporal, págs. 708-709.

### Ejemplos con los términos NOC

- El paciente demuestra **termorregulación**, según lo prueban los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: grave, sustancial, moderado, ligero o ninguno)
  - Reducción de la temperatura corporal
  - Cambios en la coloración de la piel
- El paciente demuestra **termorregulación**, según lo prueban los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: gravemente, de forma sustancial, de forma moderada, ligeramente o en absoluto en peligro)
  - Presencia de piel de gallina cuando tiene frío
  - Estremecimientos si tiene frío
  - Comodidad térmica comunicada

### Otros ejemplos

El paciente y la familia serán capaces de:

- Describir medidas para prevenir o reducir al mínimo la reducción en la temperatura corporal
- Comunicar los signos y síntomas tempranos de *hipotermia*
- Mantener la temperatura corporal del paciente en al menos 36 °C

Los lactantes serán capaces de:

- Usar una postura de conservación del calor
- Mantener la glucemia dentro de los límites normales
- No permanecer en estado letárgico

### Intervenciones NIC

**Cuidado del recién nacido:** gestión del neonato durante la transición a la vida extrauterina y el periodo de estabilización posterior

**Monitorización de los signos vitales:** recogida y análisis de los datos cardiovasculares, respiratorios y sobre temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones

H

**Regulación de la temperatura:** alcance o mantenimiento de la temperatura corporal en un rango normal

**Regulación de la temperatura: intraoperatoria:** alcance o mantenimiento de la temperatura corporal durante las operaciones quirúrgicas

**Tratamiento contra la hipotermia:** recalentamiento y vigilancia de un paciente cuya temperatura corporal central se encuentra por debajo de los 35 °C

### Actividades de enfermería

Véase también riesgo de alteración de la temperatura corporal, págs. 709-711.

#### Valoración

- Registrar las constantes vitales iniciales
- Colocar al paciente en un monitor cardiaco
- Usar un termómetro de rango bajo, si fuera necesario, para obtener una temperatura exacta
- Evaluar los síntomas de hipotermia, como cambios en la coloración de la piel, estremecimientos, fatiga, debilidad, apatía, arrastre de las palabras
- Evaluar los problemas médicos que contribuyen a la hipotermia, como diabetes o mixedema
- *(NIC) Regulación de la temperatura:*
  - Comenzar a usar un dispositivo de monitorización continua de la temperatura central, según proceda
  - Controlar la temperatura al menos cada dos horas, según resulte apropiado

#### Educación del paciente y la familia

- *(NIC) Regulación de la temperatura:*
  - Enseñar al paciente, especialmente a aquellos que son ancianos, acciones para prevenir la hipotermia causada por la exposición al frío
  - Enseñar indicaciones de hipotermia y el tratamiento de emergencia que corresponda, si procede

#### Actividades auxiliares

- Para la hipotermia grave, ayudar con técnicas de calentamiento central, como hemodiálisis, diálisis peritoneal, irrigación del colon

## Otras

- Proporcionar calor, ropa seca, mantas calientes, dispositivos de calor mecánico, ajuste de la temperatura de la habitación, botellas de agua caliente, inmersión en agua caliente y líquidos calientes por vía oral, si se toleran
- No administrar medicamentos por vía intramuscular (i.m.) o subcutánea a un paciente hipotérmico  
Para un paciente durante la operación:
- Regular la temperatura de la habitación para mantener el calor del paciente
- Cubrir la cabeza y las partes del cuerpo del paciente que están expuestas
- Calentar la sangre antes de su administración
- Cubrir al paciente con una manta caliente para su transporte tras una operación quirúrgica

**H**

### En el domicilio

- Comprobar que hay un termómetro en el hogar, que alguien puede leerlo y que es exacto
- Enseñar al paciente o a su familia a tomar la temperatura
- (NIC) *Regulación de la temperatura:*  
Enseñar al paciente, especialmente a los pacientes ancianos, acciones para prevenir la hipotermia causada por la exposición al frío  
Enseñar indicaciones de hipotermia y el tratamiento de emergencia que corresponda, si procede

### Bebés y niños

- Mantener la temperatura de la habitación por encima de los 22,2 °C
- Mantener seca la ropa del lactante; cambiar la ropa húmeda tan pronto como sea posible
- (NIC) *Regulación de la temperatura:*  
Controlar la temperatura del neonato hasta que se estabilice  
Envolver al neonato inmediatamente después del nacimiento para evitar la pérdida de calor  
Colocar un gorro elástico para prevenir la pérdida de calor del recién nacido  
Colocar al recién nacido en una incubadora Isolette® o bajo el calefactor, según se necesite

### Personas mayores

- Mantener la temperatura de la habitación por encima de los 21,1 °C; los ancianos más mayores son propensos a la pérdida de calor, por lo que las temperaturas del quirófano deben elevarse antes de una operación quirúrgica

- Aconsejar a los pacientes que se vistan bien si no es posible elevar la temperatura de la habitación lo suficiente, incluso llevando chaqueta, gorro y guantes en caso necesario
- Evaluar cuidadosamente la presencia de confusión y reducción del nivel de conciencia; los ancianos más mayores pueden no estremecerse ni quejarse de sentir frío

---

## IDENTIDAD PERSONAL, TRASTORNO DE LA\*

(1978)

**Definición:** incapacidad para distinguir entre uno mismo y otros.

### Características definitorias

NANDA internacional debe desarrollarlas

### Objetivas (no recogidas en la NANDA internacional)

Cambio en la participación social

Comportamiento grandioso

Extensión de los límites corporales para incorporar los objetos del entorno

### Factores relacionados

NANDA internacional debe desarrollarlos

### No recogidos en la NANDA internacional

Crisis situacional (especificar)

Dolor crónico

Defectos congénitos

Enfermedad crónica

Trastorno psicológico (especificar)

### Sugerencias de uso

Ninguna

### Otros posibles diagnósticos

Autoestima crónica, baja

Autoestima situacional, baja

Confusión aguda

Confusión crónica

Procesos de pensamiento, alteración de los

\* **Importante:** Este diagnóstico se eliminará de la edición de la taxonomía NANDA-I en la edición 2009-2010 a no ser que se realice más trabajo para elevarlo a la categoría de entrada 2.1.

## Resultados NOC

**Contención de automutilación:** acciones personales para contener las lesiones autoinflingidas intencionales (no mortales)

**Control de pensamientos distorsionados:** autocontención de los trastornos en la percepción, procesos de pensamiento y contenido de pensamiento

**Identidad:** distingue entre sí mismo y los demás y caracteriza la esencia propia

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **identidad**, según prueben los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Verbaliza un sentido claro de la identidad personal
  - Verbaliza afirmaciones de la identidad personal
  - Muestra comportamiento oral y no oral congruente acerca de sí mismo
  - Diferencia entre sí mismo y el entorno
  - Diferencia entre sí mismo y otros seres humanos
  - Establece límites personales

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Expresar su voluntad de usar los recursos sugeridos al alta
- Identificar los puntos fuertes personales
- Mantener relaciones personales estrechas

## Intervenciones NIC

**Apoyo en la toma de decisiones:** ofrecer información y apoyo a un paciente que está tomando una decisión relativa a los cuidados sanitarios

**Gestión de la conducta: autolesiones:** ayudar al paciente a reducir o eliminar los comportamientos automutiladores o autoabusivos

**Gestión del entorno: prevención de la violencia:** monitorización y manipulación del entorno físico para reducir la posibilidad de comportamiento violento dirigido hacia sí mismo, los demás o el entorno

**Gestión de las alucinaciones:** promover la seguridad, comodidad y orientación en la realidad de un paciente que sufre alucinaciones

**Gestión de las ideas delirantes:** promoción de la comodidad, seguridad y orientación sobre la realidad de un paciente que sufre creencias falsas y fijas con poca o ninguna base en la realidad

**Mejora de la autoconciencia:** ayudar a un paciente a explorar y comprender sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamientos

**Mejorar la autoestima:** ayudar a un paciente a aumentar su juicio personal del valor propio

## Actividades de enfermería

Deben consultarse también las actividades de enfermería para autoestima, baja crónica, en las págs. 120-123; y autoestima, situacional baja, en las págs. 123-126.

### Valoración

- Evaluar la necesidad de ayuda del departamento de servicios sociales para planificar los cuidados con el paciente y su familia
- *(NIC) Mejorar la autoestima:*
  - Controlar las afirmaciones del paciente relativas a su propio valor
  - Determinar la confianza del paciente en su propio juicio
  - Monitorizar la frecuencia de las verbalizaciones autonegadoras

### Educación del paciente y la familia

- *(NIC) Apoyo en la toma de decisiones:* proporcionar la información solicitada por el paciente

### Actividades auxiliares

- Ofrecerse a realizar la llamada telefónica inicial a los recursos comunitarios apropiados para el paciente y la familia
- Solicitar una consulta psiquiátrica
- *(NIC) Apoyo en la toma de decisiones:*
  - Remitir a los grupos de apoyo, según corresponda
  - Remitir a los asesores legales, según corresponda

### Otras

- Animar al paciente a verbalizar las preocupaciones sobre las relaciones personales estrechas
- Animar al paciente a verbalizar las consecuencias de los cambios físicos y emocionales que influyen sobre el concepto de sí mismo
- Animar al paciente y a la familia a expresar los sentimientos y a realizar el duelo
- Ofrecer cuidados de forma no enjuiciadora, manteniendo la privacidad y dignidad del paciente
- Dirigirse siempre al paciente por su nombre
- Incluir al paciente en las decisiones sobre la asistencia que se le presta
- Abstenerse de hablar con otros sobre el paciente en su presencia; incluir al paciente en la conversación
- *(NIC) Apoyo en la toma de decisiones:*
  - Establecer la comunicación con el paciente en los primeros momentos de su ingreso
  - Facilitar la toma de decisiones colaboradora
  - Servir como enlace entre el paciente y la familia
- *(NIC) Mejorar la autoestima:*
  - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes
  - Ofrecer experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según proceda
  - Abstenerse de realizar críticas negativas
  - Comunicar confianza en la capacidad del paciente para manejar la situación
  - Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores pueden adaptarse a la asistencia domiciliaria
- Explicar a la familia los modos en los que pueden ofrecer opiniones al paciente sobre los límites del ser propio
- Remitir a asesoramiento y a grupos de autoayuda según se necesite; incluir a la familia para comprobar que el paciente asiste en realidad al grupo
- Monitorizar los medicamentos
- Obtener servicios sanitarios psiquiátricos en el hogar si el paciente se encuentra limitado a éste

### Bebés y niños

- (NIC) *Mejorar la autoestima*: enseñar a los padres la importancia de su interés y apoyo para que su hijo desarrolle un concepto positivo de sí mismo

### Personas mayores

- Evaluar la depresión, habitual en ancianos, que puede venir enmascarada por el *trastorno de la identidad personal*
- No utilizar denominaciones, como “querido” o “cariñín”
- Orientar al paciente con frecuencia en cuanto a tiempo, lugar y persona

## IMAGEN CORPORAL, TRASTORNO DE LA (1973, 1998)

**Definición:** confusión de la imagen mental del yo físico de una persona.

### Características definitorias

Para justificar un diagnóstico de *trastorno de la imagen corporal* tiene que estar presente una de las dos características siguientes, A y B. Se pueden utilizar las demás características definitorias para validar la presencia de A o B

- (A) Expresa sensaciones o percepciones que reflejan un cambio real o percibido de la apariencia, estructura o función del cuerpo
- (B) Respuestas no verbales a un cambio real o percibido de la apariencia, estructura o función del cuerpo

### Subjetivas

Despersonalización de una parte [del cuerpo] o transformación en pronombres impersonales

Énfasis en las capacidades conservadas y engrandecimiento de los logros

Expresa cambios en su estilo de vida  
Miedo al rechazo o a la reacción de los demás  
Obsesión con las capacidades, funciones o apariencia pasada  
Obsesión por el cambio o la pérdida  
Personalización de una parte del cuerpo o pérdida por el nombre  
Se niega a verificar el cambio real  
Sentimientos negativos acerca del cuerpo (p. ej., sentimientos de indefensión, desesperanza o impotencia)

### Objetivas

Ampliación de los límites del cuerpo para incluir a objetos del entorno  
Cambio de las interacciones sociales  
Cambio de la capacidad de estimar la relación espacial del cuerpo con el entorno  
Cambio real en la estructura o función [del cuerpo]  
Conductas de evitación, vigilancia o reconocimiento del cuerpo  
Esconder o mostrar excesivamente una parte del cuerpo (de forma intencionada o no)  
Golpear la parte del cuerpo que no funciona  
No mirar a una parte del cuerpo  
No tocar una parte del cuerpo  
Parte del cuerpo ausente

### Factores relacionados

Biofísicos [p. ej., enfermedad crónica, trastornos congénitos, embarazo]  
Cambios del desarrollo  
[Crisis situacionales (especificar)]  
Cognitivos/perceptivos [p. ej., dolor crónico]  
Culturales o espirituales  
Enfermedad  
Perceptivos  
Psicosociales [p. ej., trastornos de la conducta alimentaria]  
Traumatismos o lesiones  
Tratamientos [p. ej., cirugía, quimioterapia, radioterapia]

### Sugerencias de uso

Este diagnóstico está relacionado con *baja autoestima*, pero es específico para los sentimientos negativos acerca del cuerpo o de parte del cuerpo de una persona. Aunque el *trastorno de la imagen corporal* está causado a menudo por la pérdida de una parte del cuerpo o cambios reales del organismo, los cambios de la estructura o la función corporal pueden ser percibidos y no reales. Los pacientes que han seguido reposo en cama durante mucho tiempo o que dependen de máquinas (p. ej., equipos de diálisis, respiradores) pueden sentir distorsiones de la imagen corporal. Los trastornos de la conducta alimentaria suelen estar relacionados con *trastorno de la imagen corporal* y pueden precisar uno de los diagnósticos de nutrición.

### Otros posibles diagnósticos

Autoestima crónica o situacional, baja

Nutrición: por exceso, alteración de la

Nutrición: por defecto, alteración de la

### Resultados NOC

**Adaptación a la discapacidad física:** respuesta adaptativa a un cambio funcional significativo debido a una discapacidad física

**Ajuste psicosocial: cambio de vida:** respuesta psicosocial adaptativa de un individuo a un cambio vital significativo

**Autoestima:** juicio personal de la valía propia

**Desarrollo del niño: dos años:** hitos del progreso físico, cognitivo y psicosocial a los dos años de edad. **IMPORTANTE:** la NOC también incluye resultados del desarrollo del niño a los tres, cuatro y cinco años, 6-11 años, y adolescencia (12-17 años), todos con la misma definición

**Imagen corporal:** percepción de la apariencia y funciones corporales propias

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Mejoría del *trastorno de la imagen corporal*, puesto de manifiesto porque demuestra consistentemente adaptación a una discapacidad física, ajuste psicosocial: cambio de vida, imagen corporal positiva, no hay retrasos en el desarrollo del niño, y autoestima positiva
- Demuestra **imagen corporal**, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, habitualmente positivo):
  - Congruencia entre la realidad corporal, el ideal y la presentación del cuerpo
  - Satisfacción con la apariencia y las funciones corporales
  - Dispuesto a tocar la parte del cuerpo afectada

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Identificar sus capacidades
- Reconocer el impacto de la situación sobre las relaciones personales presentes y el estilo de vida
- Reconocer el cambio real de la apariencia corporal
- Demostrar que acepta su nueva imagen
- Describir el cambio real de la función corporal
- Aproximar de forma realista la relación del cuerpo con el entorno
- Expresar su disposición a utilizar los recursos apropiados tras el alta
- Retomar responsabilidades de autocuidado
- Mantener interacciones sociales y relaciones personales íntimas

## Intervenciones NIC

**Educación paterna: adolescentes:** ayudar a los padres a entender y ayudar a sus hijos adolescentes

**Educación paterna: crianza familiar de los niños:** ayudar a los padres a entender y fomentar el crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social de sus hijos lactantes, preescolares y escolares

**Fomento del desarrollo: adolescente:** facilitar un óptimo crecimiento físico, cognitivo, social y emocional de los individuos durante la transición de la infancia a la edad adulta

**Fomento del desarrollo: niño:** promover o enseñar a los padres y a los cuidadores a facilitar un óptimo crecimiento cognitivo, social y emocional, así como un progreso de la motricidad gruesa y fina y del lenguaje, de niños preescolares y escolares

**Guía anticipatoria:** preparar a un paciente para una crisis situacional o del desarrollo que se avecina

**Identificación de riesgos:** análisis de posibles factores de riesgos, determinación de riesgos para la salud, y prioridad de las estrategias de reducción del riesgo para un individuo o grupo

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar al paciente a adaptarse a los estresantes, cambios o amenazas percibidos que interfieren con la satisfacción de las demandas y los roles de la vida

**Mejorar la autoestima:** ayudar a un paciente a aumentar el juicio personal sobre su propia valía

**Mejorar la imagen corporal:** mejorar las percepciones y actitudes, conscientes e inconscientes, de un paciente hacia su cuerpo

## Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería en este diagnóstico se centran en establecer una relación de confianza con el paciente; explorar los hechos, sentimientos y conductas relevantes para la pérdida; animar a las interacciones sociales; y ayudar a los padres a mejorar la imagen corporal del niño.

### Valoración

- Valorar y registrar la reacción del paciente ante su cuerpo (respuestas verbales y no verbales)
- Identificar los mecanismos de afrontamiento habituales del paciente
- (NIC) *Mejorar la imagen corporal:*
  - Determinar las expectativas del paciente acerca de su imagen corporal basándose en el estadio del desarrollo
  - Determinar si el disgusto percibido ante ciertas características físicas provoca una parálisis social disfuncional en adolescentes y otros grupos de alto riesgo
  - Determinar si ha sido incorporado un cambio físico reciente a la imagen corporal del paciente
  - Identificar la influencia de la cultura, religión, raza, género y edad del paciente sobre la imagen corporal
  - Vigilar la frecuencia de aseveraciones autocríticas

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar cuidados y autocuidados, incluyendo las complicaciones de la enfermedad

### Actividades auxiliares

- Remitir al departamento de servicios sociales para planificar los cuidados del paciente y la familia
- Derivar a fisioterapia para el entrenamiento en fuerza y flexibilidad, ayudar con las transferencias y deambulación, o la utilización de prótesis
- Ofrecerse al paciente y a su familia para realizar la primera llamada de teléfono a los recursos comunitarios adecuados
- Remitir a equipos multidisciplinarios a aquellos pacientes con problemas complejos (p. ej., complicaciones quirúrgicas)

### Otras

- Escuchar activamente al paciente y a su familia y reconocer la realidad de sus preocupaciones referentes al tratamiento, progreso y pronóstico
- Animar al paciente y a su familia a manifestar sus sentimientos y lamentarse, si es apropiado
- Apoyar los mecanismos de afrontamiento habituales del paciente; por ejemplo, no pedir a éste que explore sus sentimientos si parece reacio a hacerlo
- Ayudar al paciente y a su familia a identificar y utilizar los mecanismos de afrontamiento
- Ayudar al paciente y a su familia a identificar sus puntos fuertes y reconocer sus limitaciones
- Proporcionar cuidados sin juzgar, manteniendo la privacidad y dignidad del paciente
- Cuidar la expresión facial propia cuando se atiende a pacientes desfigurados; mantener una expresión neutral
- Ayudar al paciente y a su familia a acostumbrarse gradualmente al cambio, quizás tocando primero la zona antes de verla
- Animar al paciente a:
  - Mantener la rutina del aseo diario
  - Participar en la toma de decisiones
  - Expresar sus preocupaciones acerca de las relaciones personales íntimas y otras reacciones al cambio corporal
  - Expresar las consecuencias de los cambios físicos y emocionales que han afectado al concepto de sí mismo
- (NIC) *Mejorar la imagen corporal:*
  - Identificar formas de disimular las alteraciones que desfiguran al paciente mediante ropa, pelucas o productos cosméticos, si es adecuado
  - Facilitar el contacto con otras personas con cambios similares de la imagen corporal
  - Utilizar ejercicios de revelaciones personales con grupos de adolescentes o de otras edades que estén disgustados por características físicas normales

### En el domicilio

Además de las intervenciones anteriores:

- Valorar la aceptación del cuidador (o cuidadores) a los cambios corporales del paciente
- Valorar el impacto económico de los cambios, si existe, y comunicarlo a los servicios sociales si es preciso
- Valorar la seguridad del domicilio y la necesidad de equipos adaptados
- Evaluar si es precisa la intervención de los servicios de psiquiatría domiciliaria para tratar la distorsión de la imagen corporal del paciente

### Bebés y niños

- *(NIC) Mejorar la imagen corporal:*

Determinar la respuesta del niño a las reacciones de los padres, si es adecuado

Determinar las expectativas del paciente acerca de su imagen corporal basándose en el estadio del desarrollo

Utilizar el dibujo de uno mismo para evaluar las percepciones del niño sobre su imagen corporal

Enseñar al niño las funciones de distintas partes del cuerpo, si es adecuado

- Enseñar a los padres la importancia de sus respuestas a los cambios corporales del niño y las adaptaciones futuras, si es preciso

---

## IMPOTENCIA

(1982)

**Definición:** percepción de que la acción de uno mismo no afectará significativamente un resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o lo que ocurrirá de manera inmediata.

### Características definitorias

#### Graves

#### Subjetivas

Expresiones verbales de falta de control (p. ej., sobre una situación, autocuidado o resultado)

#### Objetivas

Apatía

Depresión debida al deterioro físico [que se produce a pesar de que el paciente cumpla los regímenes impuestos]

### Moderadas

#### Subjetivas

Culpa  
 Expresión de duda con respecto al desempeño del rol  
 Expresiones de insatisfacción y frustración sobre la incapacidad de realizar tareas o actividades pasadas  
 Ira  
 Miedo de alienación de los cuidadores  
 Reticencia a la hora de expresar los verdaderos sentimientos

#### Objetivas

Dependencia de otras personas que puede provocar irritabilidad, resentimiento, rabia y culpa  
 Incapacidad de buscar información sobre asistencia  
 No defiende la práctica de autocuidados cuando se le reta  
 No controla el progreso  
 No participa en la asistencia o la toma de decisiones cuando se presenta la oportunidad  
 Pasividad  
 Resentimiento

### Leves

#### Subjetivas

Expresión de incertidumbre sobre la fluctuación de los niveles de energía

#### Objetivas

Pasividad

### Factores relacionados

Complicaciones que amenazan el embarazo (no NANDA)  
 Enfermedad crónica o terminal (no NANDA)  
 Entorno de asistencia sanitaria  
 Estilo de vida de impotencia  
 Interacción interpersonal  
 Régimen relacionado con la enfermedad [p. ej., largo plazo, difícil, complejo]

### Sugerencias de uso

Distinguir entre *impotencia* y *desesperanza*. *Desesperanza* supone que la persona cree que no hay solución a su problema (es decir, que “no hay salida”). En el caso de la *impotencia*, los pacientes pueden conocer la solución a su problema, pero creen que alcanzar la solución está fuera de su control. Si la *impotencia* se prolonga, puede derivar en *desesperanza*. Los/las enfermeros/as deben tener cuidado al diagnosticar *impotencia* desde el punto de vista del paciente y no deben asumir que éste percibe la situación como lo harían ellos. Pueden existir diferencias culturales y personales en la necesidad que tenga una persona de sentir que controla la situación (p. ej., saber que tiene una enfermedad mortal).

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento individual: ineficaz  
Ansiedad ante la muerte  
Ansiedad  
Autoestima crónica, baja  
Desesperanza  
Duelo disfuncional  
Síndrome traumático de violación: reacción silente  
Sufrimiento espiritual  
Temor

### Resultados NOC

**Autonomía personal:** acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones que toma en su vida

**Control de la depresión:** acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los sucesos diarios

**Creencias sobre la salud:** convicciones personales que influyen en los comportamientos sobre la salud

**Creencias sobre la salud: capacidad percibida de actuar:** convicción personal de que uno puede llevar a cabo un determinado comportamiento sobre la salud

**Creencias sobre la salud: control percibido:** convicción personal de que uno puede influir en los resultados relativos a la salud

**Creencias sobre la salud: recursos percibidos:** convicción personal de que uno posee los medios adecuados para llevar a cabo un comportamiento relativo a la salud

**Esperanza:** optimismo que es satisfactorio desde el punto de vista personal y supone una ayuda en el día a día

**Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria:** implicación personal en la selección y evaluación de las opciones de asistencia sanitaria para alcanzar los resultados deseados

**Participación familiar en los cuidados profesionales:** inclusión de la familia en la toma de decisiones, suministro y evaluación de la asistencia ofrecida por el personal sanitario

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra control de la depresión; participación familiar en los cuidados profesionales; creencias sobre la salud; creencias sobre la salud: capacidad percibida de actuar, control percibido y recursos percibidos; esperanza; participación: decisiones sobre asistencia sanitaria; y autonomía personal (especificar el nivel: 1-5)
- Muestra **participación: decisiones sobre asistencia sanitaria**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):

Identifica las prioridades de los resultados sobre la salud  
 Emplea técnicas de resolución de problemas para alcanzar los resultados deseados  
 Establece sus preferencias en cuanto a la asistencia

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Expresar cualquier sensación de impotencia
- Identificar acciones que se encuentren bajo su control
- Indicar la ausencia de impedimentos para actuar
- Expresar capacidad para llevar a cabo las acciones necesarias
- Indicar que recibe un apoyo adecuado por parte de personas cercanas, amigos y vecinos
- Indicar que posee suficiente tiempo, recursos económicos y un seguro sanitario
- Indicar la disponibilidad de equipo, suministros, servicios y transporte

### Intervenciones NIC

Véanse también las intervenciones NIC de disposición para mejorar la capacidad, en la pág. 158.

**Apoyo emocional:** ofrecimiento de reafirmación, aceptación y apoyo durante épocas de estrés

**Ayuda con recursos financieros:** asesoramiento a una persona o a sus familiares para mantener y gestionar los recursos financieros con el fin de cubrir las necesidades de cuidados sanitarios

**Facilitar la autorresponsabilidad:** ayudar al paciente a asumir una mayor responsabilidad con respecto a su propio comportamiento

**Gestión del humor:** ofrecimiento de seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento de un paciente que experimenta un humor depresivo o elevado disfuncional

**Mejorar la autoestima:** ayuda a un paciente para mejorar la opinión o la valoración que tiene de sí mismo

**Protección de los derechos del paciente:** protección de los derechos sanitarios de un paciente, especialmente si es menor de edad, discapacitado o no es capaz de tomar decisiones por sí mismo

**Reestructuración cognitiva:** animar a un paciente a cambiar los patrones de pensamiento distorsionados y verse a sí mismo y al mundo que le rodea de un modo más realista

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- *(NIC) Mejorar la autoestima:*
  - Determinar el locus de control del paciente
  - Determinar la confianza del paciente en su propio criterio
  - Controlar los niveles de autoestima durante el tiempo, según proceda

- (NIC) *Facilitar la autorresponsabilidad:*
  - Controlar al nivel de responsabilidad que asume el paciente
  - Determinar si el paciente tiene suficientes conocimientos sobre las condiciones del servicio sanitario

### Actividades auxiliares

- Iniciar una charla de cuidados multidisciplinarios al paciente para comentar y desarrollar unos cuidados rutinarios para el mismo

### Otras

- Ayudar al paciente a identificar factores que pueden contribuir a la impotencia
- Debatir con el paciente las opciones realistas de cuidados, ofreciendo explicaciones de dichas opciones
- Incluir al paciente en la toma de decisiones sobre los cuidados
- Explicar al paciente las razones de cualquier cambio en el plan de asistencia
- (NIC) *Mejorar la autoestima:*
  - Explorar logros anteriores
  - Reforzar los puntos fuertes que identifique el paciente
  - Indicar confianza en la capacidad del paciente para manejar la situación
- (NIC) *Facilitar la autorresponsabilidad:*
  - Animar al paciente a expresar sus sentimientos, percepciones y temores sobre la asunción de responsabilidad
  - Animar al paciente a ser independiente, pero ayudarle cuando no pueda serlo

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores son adecuadas para los cuidados en el domicilio
- Valorar si existe abuso
- Si se sospechan abusos, realizar los informes correspondientes y ayudar a la víctima a llevar a cabo acciones para garantizar su seguridad
- Valorar aquellas actitudes negativas de la familia hacia el cliente que puedan contribuir a la sensación de impotencia

### Personas mayores

- Valorar los casos de múltiples pérdidas, algo frecuente en la edad avanzada, que podrían llevar a la *impotencia*
- Valorar el locus del control (interno o externo)
- Valorar las condiciones físicas (p. ej., pérdida de movilidad) que puedan contribuir a la *impotencia*
- Animar y facilitar la interacción con compañeros (p. ej., centro de mayores, agrupaciones de jubilados)

- Animar al paciente a mostrarse independiente, en la medida de lo posible, en las actividades diarias
- Valoración de la *impotencia* en los cuidadores
- Remitir a servicios de asistencia en el hogar, según proceda

## IMPOTENCIA, RIESGO DE

(2000)

**Definición:** riesgo de percepción de pérdida de control sobre una situación o la capacidad de uno para asignar un resultado de forma eficaz.

### Factores de riesgo

#### *Fisiológicos*

Enfermedad crónica o aguda (hospitalización, intubación, ventilación, sondas)

Envejecimiento (p. ej., reducción de la fuerza física, reducción de la movilidad)

Lesión grave o enfermedad con debilitamiento progresivo (p. ej., lesión en la médula espinal, esclerosis múltiple)

Riesgo de muerte

#### *Psicosociales*

Alteración de la imagen corporal

Ausencia de integridad (p. ej., personificación del poder)

Baja autoestima crónica

Baja autoestima situacional

Estilo de vida dependiente

Falta de conocimientos sobre la enfermedad o el sistema sanitario

Patrones de afrontamiento inadecuados

### Resultados NOC

**Autonomía personal:** acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones que toma en su vida

**Creencias sobre la salud: capacidad percibida de actuar:** convicción personal de que uno puede llevar a cabo un determinado comportamiento sobre la salud

**Creencias sobre la salud: control percibido:** convicción personal de que uno puede influir en los resultados relativos a la salud

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

Véanse los ejemplos de *impotencia*, en la pág. 373.

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Identificar acciones que se encuentren bajo su control
- Indicar la ausencia de impedimentos para actuar
- Expresar capacidad para llevar a cabo las acciones necesarias
- Indicar que recibe un apoyo adecuado por parte de personas cercanas, amigos y vecinos
- Indicar que posee suficiente tiempo, recursos económicos y un seguro sanitario
- Indicar la disponibilidad de equipo, suministros, servicios y transporte

### Intervenciones NIC

**Apoyo en la toma de decisiones:** ofrecimiento de información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre asistencia sanitaria

**Facilitar la autorresponsabilidad:** ayudar al paciente a asumir una mayor responsabilidad con respecto a su propio comportamiento

**Mejorar la autoconciencia:** ayudar a un paciente para explorar y comprender sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamientos

**Mejorar la autoestima:** ayudar a un paciente para mejorar la opinión o la valoración que tiene de sí mismo

### Actividades de enfermería

Véanse las actividades de enfermería en impotencia, en las págs. 373-375.

---

## INCONTINENCIA FECAL

(1975, 1998)

**Definición:** cambio del hábito intestinal normal caracterizado por emisión involuntaria de heces.

### Características definatorias

#### *Subjetivas*

Advierte que la ampolla rectal está llena pero refiere incapacidad para expulsar las heces formadas

Incapacidad para percatarse de la necesidad de defecar

Refiere que es incapaz de sentir si la ampolla rectal está llena

#### *Objetivas*

Goteo continuo de heces blandas

Incapacidad para retrasar la defecación

Inatención a la necesidad de defecar

Manchas fecales en la ropa o las sábanas

Olor fecal  
 Piel perianal roja  
 Tenesmo rectal (necesidad imperiosa de defecar)

### Factores relacionados

Abuso de laxantes  
 Alteraciones cognitivas  
 Alteraciones del esfínter rectal  
 Alteración de la capacidad del depósito  
 Déficit del autocuidado, uso del inodoro  
 Diarrea crónica  
 Disminución global del tono muscular  
 Estrés  
 Factores ambientales (p. ej., cuarto de baño inaccesible)  
 Fecaloma  
 Hábitos alimentarios  
 Inmovilidad  
 Lesión de los nervios motores inferiores  
 Lesión de los nervios motores superiores  
 Lesiones colorrectales  
 Medicamentos  
 Pérdida de control sobre el esfínter fecal  
 Presión intestinal o abdominal anormalmente alta  
 Vaciamiento rectal incompleto

### Sugerencias de uso

(1) Distinguir entre este diagnóstico y *diarrea*. (2) El *déficit de autocuidado: uso del váter/orinal* podría ser la causa de *incontinencia fecal*. Sin embargo, no parece ofrecer muchas ventajas apuntar un diagnóstico de *incontinencia fecal relacionada con déficit de autocuidado: uso del váter*. Un diagnóstico de *déficit de autocuidado: uso del váter/orinal, relacionado con incapacidad para deambular hasta el váter o al orinal* ofrece una información más concreta sobre el déficit de autocuidado, dirigiendo mejor las intervenciones de enfermería para solucionar el problema.

### Otros posibles diagnósticos

Autocuidado: uso del orinal/váter, déficit del  
 Diarrea

### Resultados NOC

**Continencia intestinal:** control de la emisión de heces

**Eliminación intestinal:** formación y evacuación de las heces

**Integridad tisular: piel y mucosas:** estructura intacta y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- El paciente demostrará **continencia intestinal**, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo o habitualmente)
  - Mantiene el control sobre la evacuación de heces
  - Se percata de la necesidad de defecar
  - Responde a esa necesidad en un tiempo adecuado
  - No ensucia la ropa interior durante el día
  - Llega al inodoro entre la necesidad de defecar y la evacuación de heces

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Tener heces blandas y bien formadas cada uno-cinco días
- Establecer un hábito regular de eliminación fecal
- Disminuir progresivamente el número de episodios de incontinencia
- No presentar irritación cutánea en la zona perianal

## Intervenciones NIC

**Adiestramiento intestinal:** ayudar al paciente a educar al intestino para evacuar en intervalos específicos

**Cuidado de la incontinencia intestinal:** fomento de la continencia fecal y mantenimiento de la integridad de la piel perianal

**Cuidado perineal:** mantenimiento de la integridad cutánea perineal y alivio de las molestias perineales

**Gestión de la eliminación intestinal:** establecimiento y mantenimiento de un hábito regular de evacuación fecal

**Vigilancia de la piel:** recogida y análisis de datos del paciente para mantener la integridad de la piel y las mucosas

## Actividades de enfermería

En general, las actividades de enfermería en este diagnóstico se centran en identificar los factores que contribuyen a la incontinencia, fomentar los hábitos de evacuación normales, adiestramiento intestinal, enseñar los requisitos nutricionales y mantener la integridad de la piel perineal.

## Valoración

- Evaluar la capacidad del paciente para el autocuidado: uso del inodoro
- Evaluar la capacidad del paciente (p. ej. movilidad, funciones cognitivas) y su motivación para participar en el adiestramiento intestinal y utilizar las técnicas de evacuación intestinal
- Evaluar el estado de la piel perianal después de todos los episodios de incontinencia
- Registrar la frecuencia de los episodios de incontinencia

- Apuntar los hábitos de evacuación intestinal y los episodios de incontinencia; incluir la frecuencia y consistencia de las defecaciones y la ingesta de alimentos y líquidos
- *(NIC) Cuidado de la incontinencia intestinal:*
  - Determinar las causas físicas o psicológicas de la incontinencia fecal
  - Vigilar la dieta y las necesidades de líquidos
  - Comprobar que la evacuación fecal es adecuada
  - Determinar los objetivos del programa de manejo de la eliminación fecal con el paciente y la familia

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar al paciente y a la familia la fisiología de la defecación normal
- *(NIC) Cuidado de la incontinencia intestinal:*
  - Enseñar al paciente y a la familia a registrar las defecaciones, si es adecuado
  - Comentar con el paciente los procedimientos y los resultados esperables
  - Explicar la etiología del problema y los fundamentos de las acciones

### Actividades auxiliares

- Obtener la orden médica para comenzar el programa de adiestramiento intestinal (el programa puede incluir laxantes que aumenten el bolo intestinal; supositorio diario; estimulación digital; y uso programado de la cuña, orinal, o inodoro)
- Derivar a terapia familiar (p. ej., para la incontinencia de causa emocional)
- Derivar al médico para evaluar la necesidad de un tapón de continencia anal

### Otras

- Administrar los cuidados de modo que el paciente perciba aceptación, sin establecer juicios de valor
- Proporcionar una cuña o ayudar a utilizar el orinal cada \_\_\_\_\_
- Garantizar privacidad durante la defecación
- Establecer un horario regular para la defecación
- Proporcionar comidas ricas en fibra y abundantes líquidos
- Utilizar una barrera antihumedad que contenga óxido de zinc o aceite de dimeticona si la incontinencia es grave
- *(NIC) Cuidado de la incontinencia intestinal:*
  - Lavar el área perianal con agua y jabón y secarla cuidadosamente después de cada defecación
  - Utilizar polvos y cremas en la región perianal con cuidado
  - Mantener limpias la ropa y la cama
  - Utilizar protectores de cama para la incontinencia, si es preciso
  - Proporcionar ropa interior impermeable, si es necesario

### En el domicilio

- Evaluar la accesibilidad del cuarto de baño en el domicilio del paciente
- Facilitar un orinal al lado de la cama si el paciente no puede llegar al aseo en el tiempo preciso
- Enseñar a los cuidadores a vigilar la aparición de rojeces y excoriaciones en la piel perineal
- Enseñar a los cuidadores a proporcionar ropas cómodas, fáciles de cambiar
- Derivar a los servicios de atención sanitaria domiciliaria para ayudar en la higiene y el cuidado de la piel, si es preciso

### Bebés y niños

- Recoger en el historial el proceso de control de esfínteres del niño, incluyendo la duración de la encopresis y los tratamientos efectuados
- Para la encopresis: advertir a los padres que no creen sentimientos de ansiedad, culpa o inadecuación respecto al control de esfínteres; enseñar a los padres formas de recompensar las conductas deseadas
- Insistir en que el objetivo del tratamiento es ayudar al niño con encopresis a aprender nuevos hábitos intestinales, además de evitar una implicación parental excesiva en los aspectos cotidianos de la función intestinal y la dieta

### Personas mayores

- Evaluar la incontinencia fecal en todas las personas mayores al ingreso hospitalario

---

## INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

(1986, 2006)

**Definición:** pérdida súbita de orina al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal.

### Características definatorias

#### Subjetivas

Registros de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina:

Bajo esfuerzo (excesivo) o al estornudar, reír o toser

En ausencia de contracción del detrusor

En ausencia de sobredistensión vesical

### Objetivas

Observación de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina:

Bajo esfuerzo (excesivo) o al estornudar, reír o toser

En ausencia de contracción del detrusor

En ausencia de sobredistensión vesical

### Factores relacionados

Cambios degenerativos en los músculos pélvicos

Deficiencia del esfínter uretral interno

Debilidad de los músculos pélvicos

Presión intraabdominal alta (p. ej., obesidad, útero grávido)

### Sugerencias de uso

Ninguna

### Otros posibles diagnósticos

Autocuidado: uso del orinal/váter, déficit del

Eliminación urinaria, alteración de la

Incontinencia urinaria funcional

Incontinencia urinaria por rebosamiento

Incontinencia urinaria refleja

Incontinencia urinaria total

Retención urinaria

### Resultados NOC

Véanse los resultados NOC para la alteración de la **eliminación urinaria**, pág. 310.

### Objetivos/criterios de evaluación

Véanse también los resultados NOC para la incontinencia urinaria funcional, pág. 388.

### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **continencia urinaria**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido):
  - Pierde orina al incrementar la presión abdominal (p. ej., estornudar, reír, levantar peso)
  - Moja la ropa interior durante el día

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Describir un plan para tratar la incontinencia de esfuerzo
- Mantener una frecuencia de micción superior a dos horas

## Intervenciones NIC

**Ejercicio del suelo pélvico:** entrenamiento y fortalecimiento del músculo elevador del ano y de los músculos urogenitales mediante la contracción voluntaria y repetitiva de éstos para disminuir el grado de incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia, o de ambos tipos

**Gestión de la eliminación urinaria:** mantenimiento de un patrón de excreción urinario óptimo

**Cuidado de la incontinencia urinaria:** ayuda al estimular la continencia y mantener la integridad de la piel perineal

## Actividades de enfermería

Véanse las actividades de enfermería para la incontinencia urinaria funcional, págs. 389-390.

## Educación del paciente y la familia

- Instruir al paciente en la higiene y medidas del cuidado de la piel
- Enseñar la autoadministración de estrógenos orales o tópicos para mejorar los síntomas
- Enseñar técnicas que fortalezcan el esfínter y la sujeción estructural de la vejiga (p. ej., ejercicios de los músculos pélvicos y de parar y comenzar la micción)
- Informar al paciente de que puede necesitar varias semanas de ejercicio para obtener una mejora

## Actividades auxiliares

- Consultar con el médico en vistas a una gestión quirúrgica o médica de los episodios de incontinencia

## Otras

- Ayudar al paciente a seleccionar ropa adecuada o pañales para el control a corto plazo de la incontinencia
- Dar una retroalimentación positiva por hacer ejercicios pélvicos en el suelo
- (NIC) *Cuidado de la incontinencia urinaria:* limitar la ingesta de irritantes vesicales (p. ej., cola, café, té y chocolate)

---

## INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

(1986, 2006)

**Definición:** emisión involuntaria de orina poco después de una sensación urgente de orinar.

## Características definitorias

### Subjetivas

- Informes de incapacidad de llegar al aseo a tiempo para evitar la pérdida de orina
- Informes de pérdida involuntaria de orina con contracciones/espasmos vesicales
- Observación de urgencia urinaria

### Objetivas

- Observación de incapacidad de llegar al aseo a tiempo para evitar la pérdida de orina

## Factores relacionados

- Disminución de la capacidad vesical (p. ej., historial de enfermedades inflamatorias pélvicas, cirugía abdominal, catéter urinario permanente)
- Hiperactividad del detrusor con deterioro de la contractilidad vesical
- Impactación fecal
- Infección vesical
- Ingesta de alcohol
- Ingesta de cafeína
- Uretritis atrófica
- Uso de diuréticos
- Vaginitis atrófica

## Sugerencias de uso

- Ninguna

## Otros posibles diagnósticos

- Autocuidado: uso del orinal/váter, déficit del
- Eliminación urinaria, alteración de la
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Incontinencia urinaria funcional
- Incontinencia urinaria por rebosamiento
- Incontinencia urinaria refleja
- Incontinencia urinaria total
- Retención urinaria

## Resultados NOC

Véanse también los resultados NOC para la incontinencia urinaria total, pág. 397.

**Integridad tisular: piel y mucosas:** integridad estructural de la función fisiológica normal de la piel y las mucosas

## Objetivos/criterios de evaluación

Véanse también los resultados NOC para la incontinencia urinaria funcional, pág. 388.

### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **continencia urinaria**, manifestada por los siguientes indicadores (precisar del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, habitualmente):
  - Responde a la urgencia a tiempo
  - Identifica medicamentos que interfieren en el control urinario
  - Mantiene un ambiente libre de barreras para ir al baño independientemente [Excreción de orina sin urgencia]

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Describir el programa de gestión vesical para restablecer un patrón de eliminación satisfactorio
- Tener episodios de incontinencia menos frecuentes

### Intervenciones NIC

**Adiestramiento del hábito urinario:** establecimiento de un patrón predecible de vaciamiento de la vejiga para prevenir la incontinencia en personas con capacidad cognitiva limitada que tienen incontinencia de urgencia, de esfuerzo o funcional

**Ayuda del autocuidado: baño/higiene:** ayuda a otra persona en el aseo de la eliminación

**Cuidado de la incontinencia urinaria:** ayuda al estimular la continencia y mantener la integridad de la piel perineal

**Gestión de la eliminación urinaria:** mantenimiento de un patrón de excreción urinario óptimo

### Actividades de enfermería

Véanse las actividades de enfermería para la incontinencia urinaria funcional, págs. 389-390.

### Educación del paciente y la familia

- Instruir al paciente respecto a las técnicas que incrementarán la capacidad de la vejiga, tales como inicio de levantamiento del suelo pélvico cuando se sienta la urgencia de miccionar y el uso de un programa de entrenamiento vesical que alargue el tiempo entre evacuaciones
- Controlar los efectos de medicamentos antiespasmódicos, como la boca seca que interfiere con la habilidad de hablar o comer
- (NIC) *Cuidado de la incontinencia urinaria:*
  - Explicar la etiología del problema y la razón fundamental de las acciones
  - Analizar los procedimientos y resultados esperados con el paciente

### Actividades auxiliares

- Consultar con el médico y terapeutas ocupacionales para la ayuda con las destrezas manuales

- Consultar con el médico en lo referente a: (1) medicamentos antiespasmódicos y anticolinérgicos y (2) gestión médica (p. ej., terapia de electroestimulación, investigación de desórdenes subyacentes irritantes o inflamatorios vesicales, y terapia quirúrgica)

### Otras

- Ayudar al paciente a orinar antes de dormir y animarle a reducir la urgencia de micción nocturna
- Facilitar una cuña, una silla con orinal al lado de la cama, y un orinal cercano para estimular los episodios frecuentes de micción

### En el domicilio

- Las actividades precedentes pueden usarse o adaptarse para el cuidado en el domicilio
- Ayudar al paciente y su familia a quitar las barreras para ir al baño en el hogar; p. ej., tener un camino libre de estorbos hacia el baño, tener la cama tan cerca del baño como sea posible

### Personas mayores

- Además de las actividades precedentes, evaluar las habilidades cognitivas del paciente y sus efectos en el autocuidado del baño
- Evaluar las habilidades funcionales; facilitar dispositivos de asistencia si son necesarios

---

## INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA, RIESGO DE

(1998)

**Definición:** riesgo de pérdida involuntaria de orina asociada a una sensación súbita y fuerte de urgencia de orinar.

### Factores de riesgo

Capacidad vesical reducida

Deterioro de la contractilidad vesical

Efecto de medicamentos, cafeína u alcohol

Hábitos de excreción inefectivos

Hiperreflexia del detrusor (p. ej., por cistitis, uretritis, tumores, cálculos renales, trastornos del sistema nervioso central por encima del centro pontino de la micción)

Relajación del esfínter involuntaria

## Sugerencias de uso

Ninguna

## Otros posibles diagnósticos

Incontinencia urinaria de urgencia

## Resultados NOC

**Continencia urinaria:** control de la eliminación de orina

**Eliminación de orina:** acumulación y evacuación de orina

## Objetivos/criterios de evaluación

Véase también los resultados NOC para la incontinencia urinaria funcional, pág. 388.

## Intervenciones NIC

**Adiestramiento del hábito urinario:** establecimiento de un patrón predecible de vaciamiento de la vejiga para prevenir la incontinencia en personas con capacidad cognitiva limitada que tienen incontinencia de urgencia, de esfuerzo o funcional

**Entrenamiento de la vejiga urinaria:** mejora de la función vesical en los pacientes con incontinencia de urgencia, aumentando la capacidad de la vejiga para retener la orina y la capacidad del paciente para inhibir la micción

**Gestión de la eliminación urinaria:** mantenimiento de un patrón de excreción urinario óptimo

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Evaluar los factores de riesgo (véanse los factores de riesgo más arriba)
- Valorar las barreras del entorno para la excreción a tiempo
- Evaluar las capacidades de autocuidado y movilidad del paciente
- *(NIC) Cuidado de la incontinencia urinaria:* controlar la eliminación urinaria, incluidas la frecuencia, la consistencia, el olor, el volumen y el color

### Educación del paciente y la familia

- Instruir al paciente respecto a las técnicas que incrementarán la capacidad vesical, tales como inicio de levantamiento del suelo pélvico cuando se sienta la urgencia de miccionar y usar el programa de entrenamiento de vejiga que alarga el tiempo entre evacuaciones
- Analizar con el paciente y la familia las formas de modificar el entorno para deshacerse de los obstáculos y mejorar la capacidad de autocuidado, tener en cuenta las siguientes estrategias:
  - Mejora de la luz ambiental para incrementar la visibilidad
  - Instalación de un inodoro elevado y pasamanos

Facilitar una silla con orinal al lado de la cama, una cuña, y un orinal cercano

Uso de dispositivos de asistencia (p. ej., silla de ruedas, bastones, andadores, y zapatos antideslizantes)

#### Actividades auxiliares

- Consultar con el médico y el terapeuta ocupacional para la ayuda con las destrezas manuales

#### Otras

- Conseguir ropa que se quite fácilmente
- Sustituir cinturillas elásticas y velcro por cremalleras, botones, dispositivos automáticos, y broches cuando sea factible
- Ayudar al paciente a evacuar antes de dormir y estimular las evacuaciones nocturnas para reducir la urgencia
- Oponerse al consumo de irritantes vesicales como cafeína, alcohol, zumos de cítricos, bebidas carbonatadas, cigarrillos, y ciertas comidas picantes

---

## INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL

(1986,1998)

**Definición:** incapacidad de una persona que normalmente no tiene problemas de incontinencia para evitar la micción involuntaria.

#### Características definitorias

Capacidad de vaciar la vejiga por completo

El tiempo requerido para llegar al baño excede el tiempo de la sensación de urgencia y la pérdida incontrolada

La incontinencia puede que se manifieste sólo a primera hora de la mañana

Percepción de la necesidad de orinar

Pérdida de orina antes de llegar al baño

#### Factores relacionados

Alteración de los factores ambientales

Debilidad de las estructuras pélvicas de soporte

Deterioro de la cognición

Deterioro de la visión

Factores psicológicos

Limitaciones neuromusculares

## Sugerencias de uso

Ninguna

## Otros posibles diagnósticos

Eliminación urinaria, alteración de la  
Autocuidado: uso del orinal/váter, déficit del  
Incontinencia urinaria de esfuerzo  
Incontinencia urinaria de urgencia  
Incontinencia urinaria por rebosamiento  
Incontinencia urinaria refleja  
Incontinencia urinaria total  
Retención urinaria

## Resultados NOC

**Déficit del autocuidado: uso del orinal/váter:** capacidad de ir solo al baño con o sin ayuda de andadores

**Continenencia urinaria:** control de la evacuación de orina de la vejiga

**Eliminación urinaria:** almacenaje y evacuación de orina

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Probar la **eliminación urinaria**, tal como señalan los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, habitualmente):
  - Reconoce la urgencia de orinar
  - Responde a la urgencia a tiempo
  - Llega al baño entre la urgencia y la micción
  - Se viste solo
  - Va al baño solo
  - Mantiene un patrón predecible de micción

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Usar un equipamiento adaptador para ayudarle a vestirse y a moverse cuando la incontinencia esté relacionada con el deterioro de la movilidad

## Intervenciones NIC

**Adiestramiento del hábito urinario:** establecimiento de un patrón predecible de evacuación para prevenir la incontinencia en personas con capacidad cognitiva limitada que tienen incontinencia de urgencia, de esfuerzo o funcional

**Ayuda en el autocuidado: baño/higiene:** ayuda a otra persona a la evacuación

**Evacuación estimulada:** estimulación de la continencia urinaria recordando periódicamente la necesidad de ir al baño y utilizando la retroalimentación social positiva cada vez que va al baño a su debido tiempo

**Gestión de la eliminación urinaria:** mantenimiento de un patrón de excreción urinario óptimo

## Actividades de enfermería

### Valoración

- *(NIC) Gestión de la eliminación urinaria:*
  - Controlar la eliminación urinaria, incluidos frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, cuando sea oportuno
  - Obtener muestras de orina para su análisis, cuando sea oportuno
  - Identificar factores que contribuyen a los episodios de incontinencia

### Educación del paciente y la familia

- Analizar con el paciente y la familia las formas de modificar el entorno para reducir la frecuencia de las pérdidas, considerar las siguientes estrategias:
  - Mejorar la luz ambiental para optimizar la visión
  - Instalar inodoros elevados y pasamanos
  - Facilitar una cómoda al lado de la cama, una cuña, y un orinal
  - Retirar alfombras sueltas
- Instruir al paciente y a su familia en la rutina de la evacuación estimulada (recordatorios frecuentes) basada en el patrón de idas al baño del paciente para reducir los episodios de pérdidas
- Instruir al paciente y a su familia en el cuidado de la piel y la higiene rutinarios para prevenir úlceras
- Ofrecer estrategias para el control de la vejiga durante actividades fuera del hogar
- *(NIC) Gestión de la eliminación urinaria:*
  - Enseñar al paciente los signos y síntomas de la infección del tracto urinario
  - Instruir al paciente para responder inmediatamente a la urgencia de evacuar, cuando sea conveniente
  - Instruir al paciente y a su familia para tomar nota de la evacuación de orina (y su patrón), cuando sea conveniente
  - Enseñar al paciente a beber 250 ml de agua con las comidas, entre comidas, y al anochecer

### Actividades auxiliares

- Consultar con terapeutas físicos y ocupacionales para la ayuda a las destrezas manuales
- *(NIC) Gestión de la eliminación urinaria:* remitir al médico si existen signos y síntomas de infección del tracto urinario

### Otras

- Facilitar ropa protectora y pañales
- Modificar la ropa para que se pueda quitar rápida y fácilmente (p. ej., uso de velcro elástico para las cinturillas en lugar de cremalleras, botones, cierres automáticos o broches)

• (NIC) *Gestión de la eliminación urinaria:*

Establecer intervalos en un programa inicial de evacuación, basados en el patrón de evacuación y la rutina usual (p. ej., comer, levantarse y retirarse)

Ayudar al paciente a ir al baño y estimularle a evacuar en los intervalos recomendados

Usar el poder de la sugerencia (p. ej., corriente de agua o el sonido de la cisterna) para ayudar a evacuar al paciente

Evitar dejar al paciente más de cinco minutos en el baño

Reducir el intervalo de ir al baño en una hora y media si hay más de dos episodios de incontinencia en 24 horas

Aumentar el intervalo de ir al baño en una hora y media si el paciente no presenta episodios de incontinencia en 48 horas hasta que se alcancen unos intervalos de cuatro horas

### En el domicilio

- Las actividades precedentes pueden usarse o adaptarse para el cuidado en el domicilio
- Enseñar al cuidador a limpiar la piel después de los episodios de incontinencia y la rutina de la limpieza y secado diario
- Recomendar cremas protectoras si es necesario
- Ayudar al paciente y a su familia a hacer cambios en el entorno del hogar para mejorar el acceso al baño

---

## INCONTINENCIA URINARIA POR REBOSAMIENTO

(2006)

**Definición:** incontinencia involuntaria de orina asociada a una sobredistensión de la vejiga.

### Características definitorias:

#### *Subjetivas*

Registro de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina

#### *Objetivas*

Distensión vesical

Nicturia

Observación de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina

Volumen residual alto tras la micción

### Factores relacionados

Disinergia del esfínter detrusor externo  
 Efectos secundarios de medicamentos anticolinérgicos  
 Efectos secundarios de los bloqueantes de los canales de calcio  
 Efectos secundarios de medicamentos descongestivos  
 Hipocontractilidad del detrusor  
 Impactación fecal  
 Obstrucción uretral  
 Obstrucción del drenaje vesical  
 Prolapso pélvico severo

### Sugerencias de uso

Ninguna

### Otros posibles diagnósticos

Incontinencia urinaria funcional  
 Incontinencia urinaria de esfuerzo  
 Incontinencia urinaria total  
 Incontinencia urinaria de urgencia  
 Autocuidado: uso del orinal/váter, déficit del  
 Eliminación urinaria, alteración de la  
 Retención urinaria

### Resultados NOC

Aún no se han relacionado resultados a este diagnóstico, sin embargo, los siguientes pueden ser útiles

**Continencia urinaria:** control de la eliminación de orina de la vejiga

**Eliminación urinaria:** almacenaje y evacuación de la orina

### Objetivos/criterios de evaluación

Los resultados NOC no se han ligado a estos diagnósticos. Véanse los ejemplos NOC para la incontinencia urinaria funcional, pág. 388.

### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta continencia urinaria, manifestada por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, habitualmente):
  - Vacía la vejiga por completo
  - Ingiere una cantidad de líquidos adecuada
- Presenta continencia urinaria, manifestada por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o nada):
  - Residuo postmicción >100-200 ml
  - Infección del tracto urinario (<100.000 recuento de glóbulos blancos)
  - Pérdidas de orina entre micciones

## Intervenciones NIC

Las intervenciones NIC aún no has sido relacionada con este diagnóstico, aunque las siguientes pueden ser útiles:

**Cuidado de la retención urinaria:** ayuda a aliviar la distensión vesical

**Cuidado perineal:** mantenimiento de la integridad de la piel perineal y alivio de las molestias perineales

**Gestión de la eliminación urinaria:** mantenimiento de un patrón de excreción urinario óptimo

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Evaluar la habilidad de reconocer la urgencia de miccionar
- Controlar la ingesta y la evacuación
- (NIC) *Cuidado de la retención urinaria:*
  - Realizar una evaluación exhaustiva urinaria centrándose en la incontinencia (p. ej., evacuación urinaria, patrón de micción, función cognitiva, y problemas urinarios previos)
  - Usar la técnica de la doble micción
  - Controlar el grado de distensión vesical palpando y por la percusión
  - Entubar para los residuos, cuando convenga

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar formas de evitar el estreñimiento y la impactación fecal
- Enseñar a limpiar después de cada episodio de rebosamiento, así como lavarse una vez al día y mantener seco el periné

### Actividades auxiliares

- Remitir al enterosomista para la instrucción en la limpieza intermitente del autosondaje, cuando proceda
- (NIC) *Cuidado de la retención urinaria:* remitir al especialista en incontinencia urinaria, cuando proceda

### Otras

- Mantener la ingesta de líquidos alrededor de los 2 l al día
- Facilitar la maniobra de Credé, cuando sea necesario
- Dejar al menos diez minutos para vaciar al vejiga
- Ayudar al paciente a mantener una higiene adecuada y una rutina del cuidado de la piel; considerar las siguientes estrategias:
  - Aplicar una pomada antihumedad hidratante o un impermeabilizante de la piel
  - Mantener la piel seca
- (NIC) *Cuidado de la retención urinaria:* insertar un catéter cuando proceda

**En el domicilio**

- Las actividades precedentes pueden usarse o adaptarse para el cuidado en el domicilio

**INCONTINENCIA URINARIA REFLEJA****(1986, 1998)**

**Definición:** pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical específico.

**Características definitorias****Subjetivas**

Ausencia de sensación de repleción vesical  
 Ausencia de sensación de urgencia para orinar  
 Ausencia de sensación de micción  
 Sensación de urgencia sin inhibición voluntaria de la contracción vesical  
 Sensaciones asociadas con la repleción vesical tales como sudación, agitación y malestar abdominal

**Objetivas**

Incapacidad para inhibir o iniciar voluntariamente la micción  
 Patrón predecible de la micción  
 Vaciado incompleto con lesión por encima del centro sacro de la micción  
 Vaciado completo con lesión por encima del centro pontino de la micción

**Factores relacionados**

Deterioro neurológico por encima del centro sacro de la micción  
 Deterioro neurológico por encima del centro pontino de la micción  
 Lesión tisular por cistitis por radiación, enfermedades vesicales inflamatorias o cirugía pélvica radical

**Sugerencias de uso**

Ninguna

**Otros posibles diagnósticos**

Autocuidado: uso del orinal/váter, déficit del  
 Eliminación urinaria, alteración de la  
 Incontinencia urinaria de esfuerzo  
 Incontinencia urinaria de urgencia  
 Incontinencia urinaria funcional

Incontinencia urinaria por rebosamiento  
Incontinencia urinaria total  
Retención urinaria

### Resultados NOC

**Continencia urinaria:** control de la eliminación de orina

**Eliminación urinaria:** acumulación y evacuación de orina

**Estado neurológico: autónomo:** capacidad del sistema nervioso autónomo de coordinar las funciones viscerales y homeostáticas

**Integridad tisular: piel y mucosas:** integridad estructural de la función fisiológica normal de la piel y las mucosas

### Objetivos/criterios de evaluación

Véanse también los ejemplos con los términos NOC para la incontinencia urinaria funcional, pág. 388.

#### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **continencia urinaria**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, habitualmente):
  - Micciona en el receptáculo adecuado
  - Micciona >150 ml cada vez
  - Mantiene un patrón de micción predecible

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Estar libre de úlceras
- Presentar un procedimiento intermitente de autosondaje

### Intervenciones NIC

**Adiestramiento del hábito urinario:** mejora de la función vesical en los pacientes con incontinencia de urgencia, aumentando la capacidad de la vejiga para retener la orina y la capacidad del paciente para inhibir la micción

**Cuidado de la incontinencia urinaria:** ayuda a estimular la continencia y mantener la integridad de la piel perineal

**Cuidado perineal:** mantenimiento de la integridad de la piel y alivio de las molestias perineales

**Cateterización urinaria: intermitente:** uso periódico regular de un catéter para vaciar la vejiga

**Gestión de la eliminación urinaria:** mantenimiento de un patrón de excreción urinario óptimo

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Evaluar la capacidad de reconocer la urgencia de miccionar

- Identificar el patrón de micción (miccionar tanto después de una ingesta específica como después de un intervalo específico)
- Control la técnica del paciente y los cuidadores que llevan a cabo el cateterismo intermitente
- En pacientes bajo cateterismo intermitente, controlar el color, el olor y la claridad de la orina y realizar análisis de orina frecuentes para controlar la infección
- Determinar la buena disposición del paciente y su capacidad para realizar autosondajes intermitentes
- *(NIC) Adiestramiento del hábito urinario:* mantener un registro del plan detallado de continencia de tres días para establecer un patrón de micción

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar al paciente y a su familia signos y síntomas que se registran de la disreflexia autónoma, como hipertensión grave, dolores de cabeza agudos, diaforesis por encima del nivel de la lesión, taquicardia o un desarrollo repentino
- Enseñar al paciente, a su familia y a sus cuidadores técnicas para limpiar el sondaje intermitente
- Ilustrar los signos y síntomas de la infección del tracto urinario (p. ej., fiebre, resfriado, dolor del costado, hematuria, y cambios en la consistencia y el olor de la orina)

### Actividades auxiliares

- Remitir al enterosomista para la instrucción en la limpieza del autosondaje intermitente cuando sea necesario
- Administrar una terapia antibacteriana, bajo prescripción médica, al comienzo del sondaje intermitente

### Otras

- Ayudar al paciente a mantener una higiene apropiada y una rutina del cuidado de la piel, considere las siguientes estrategias:
  - Aplicar una pomada antihumedad o impermeabilizante
  - Mantener la piel seca
  - Utilizar un recipiente colector para la orina
- Tener en cuenta las bolsas recolectoras de orina para las piernas
- Recordarle al paciente que intente aguantar la evacuación a su debido tiempo
- Mantener la ingesta de líquidos alrededor de 2 l al día
  - *Para el autosondaje intermitente:*
  - Facilitar una habitación tranquila y privada para el procedimiento
  - Usar técnicas limpias o estériles (según protocolo) para el sondaje
  - Determinar el procedimiento del sondaje según la evaluación del patrón de micción
- Si la excreción es >300 ml (en adultos), sondar con más frecuencia

• (NIC) *Adiestramiento del hábito urinario:*

Establecer un intervalo planeado de la evacuación inicial, según el patrón de micción y la rutina normal (p. ej., comer, levantarse, y retirarse)

Ayudar al paciente a ir al baño y estimularle para evacuar a los intervalos prescritos

Usar el poder de sugerencia (p. ej., corriente de agua o cisterna) para ayudar al paciente a miccionar

Evitar dejar al paciente más de cinco minutos en el baño

Reducir los intervalos de evacuación en una hora y media si se dan más de dos episodios de incontinencia en 24 horas

Incrementar los intervalos de evacuación en una hora y media si el paciente no presenta episodios de incontinencia en 48 horas hasta que se alcancen intervalos óptimos de cuatro horas

### En el domicilio

- Las actividades precedentes pueden usarse o adaptarse para el cuidado en el domicilio
- Enseñar al paciente y a su familia la relación entre la repleción vesical y la disreflexia autónoma
- Enseñar a reconocer los síntomas de las complicaciones de la incontinencia refleja que podrían alertar al paciente para llamar al personal de atención primaria
- Enseñar al paciente y a su familia cómo limpiar y almacenar el material de sondaje en casa (p. ej., lavar el catéter con agua y jabón, dejar secar al aire)
- Evaluar depresión y soledad, las cuales pueden derivar de la incontinencia y pérdida de amor propio

---

## INCONTINENCIA URINARIA TOTAL

(1986)

**Definición:** pérdida de orina continua e imprevisible.

### Características definitorias

#### *Subjetivas*

Falta de conciencia de la incontinencia

#### *Objetivas*

Falta de llenado perineal o vesical

Flujo constante de orina que tiene lugar a intervalos impredecibles sin distensión o falta de inhibición de las contracciones o espasmos vesicales

Nicturia

Tratamientos de incontinencia refractaria sin éxito

### Factores relacionados

Anomalía anatómica (fístula)

Contracción independiente del reflejo detrusor

Disfunción neurológica (que causa un desencadenamiento de la micción en momentos impredecibles)

Neuropatías que impiden la transmisión del reflejo indicador de repleción vesical

Traumatismo o enfermedad que afecta a los nervios de la médula espinal

### Sugerencias de uso

Ninguna

### Otros posibles diagnósticos

Autocuidado: uso del orinal/váter, déficit del

Eliminación urinaria, alteración de la

Incontinencia urinaria de esfuerzo

Incontinencia urinaria de urgencia

Incontinencia urinaria funcional

Incontinencia urinaria por rebosamiento

Incontinencia urinaria refleja

Retención urinaria

### Resultados NOC

Véanse también los resultados NOC para la **alteración de la eliminación urinaria**, pág. 310.

**Integridad tisular: piel y mucosas:** integridad estructural de la función fisiológica normal de la piel y las mucosas

### Objetivos/criterios de evaluación

Véanse también los resultados NOC para la incontinencia urinaria funcional, pág. 388.

### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **continencia urinaria**, manifestada por los siguientes indicadores (precisar del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, habitualmente):  
Responde a la urgencia a tiempo

### Otros ejemplos

El paciente y su familia serán capaces de:

- Mantener una integridad cutánea adecuada
- Evitar la infección del tracto urinario
- Describir un plan de cuidado para un catéter permanente en el domicilio (es decir Foley)

## Intervenciones NIC

**Vigilancia de la piel:** recogida y análisis de los datos del paciente para mantener la integridad de la piel y las mucosas

**Gestión de la eliminación urinaria:** mantenimiento de un patrón de excreción urinario óptimo

**Cuidado de la incontinencia urinaria:** ayuda al estimular la continencia y mantener la integridad de la piel perineal

## Actividades de enfermería

Véanse las actividades de enfermería para la incontinencia urinaria funcional, págs. 389-390.

### Valoración

- Evaluar al paciente en busca de fístulas (es decir, uretral, vaginal, rectovaginal)
- Evaluar al paciente en busca de úlceras y mantenimiento de una rutina de cuidado de la piel e higiene adecuadas

### Educación del paciente y la familia

- Instruir al paciente y a su familia en el uso de y gestión del catéter permanente en el domicilio
- Instruir al paciente y a su familia a registrar los signos y síntomas de la infección del tracto urinario (p. ej., fiebre, resfriado, dolor de costado, hematuria, y cambios en la consistencia y el olor de la orina)

### Actividades auxiliares

- Consultar al médico sobre el uso del catéter permanente

### Otras

- Para el cuidado de la piel, tener en cuenta las siguientes medidas:
  - Asegurar que la piel se ha secado correctamente
  - Aplicar una barrera antihumedad, pomada o aislante de la piel
- (NIC) *Cuidado de la incontinencia urinaria:* limitar líquidos las 2-3 horas anteriores al irse a la cama cuando sea necesario

---

## INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO (ESPECIFICAR)

(1973, 1996, 1998)

**Definición:** comportamiento de una persona o cuidador que no coincide con el seguimiento del plan terapéutico o para mejorar la salud acordado entre

la persona (o familiar o centro) y el profesional sanitario. En el caso de un plan terapéutico o de mejora de la salud acordado, el incumplimiento total o parcial de la persona o el cuidador puede derivar en resultados clínicamente ineficaces o parcialmente ineficaces.

## Características definitorias

### Objetivas

Comportamiento que indica un incumplimiento del tratamiento (por observación directa o por afirmaciones del paciente o de personas cercanas)  
 Evidencia de complicaciones del desarrollo  
 Evidencia de síntomas de empeoramiento  
 Falta de progreso  
 Incumplimiento de las citas  
 Pruebas objetivas (p. ej., medidas fisiológicas, detección de marcadores fisiológicos)

## Factores relacionados

### *Plan de atención sanitaria*

Complejidad  
 Coste  
 Duración  
 Flexibilidad financiera del plan  
 Intensidad

### *Factores individuales*

Capacidades personales y de desarrollo  
 Creencias sobre salud  
 Conocimientos y aptitudes relevantes para el comportamiento  
 Influencias culturales  
 Motivación  
 Personas cercanas  
 Sistema individual de valores  
 Valores espirituales

### *Sistema sanitario*

Accesibilidad y comodidad del cuidado  
 Capacidad de comunicación y enseñanza del proveedor  
 Continuidad y seguimiento por parte del proveedor  
 Credibilidad del proveedor  
 Pago del proveedor [especialmente por la instrucción y el seguimiento]  
 Relación cliente-proveedor  
 Satisfacción con los cuidados  
 Seguro sanitario individual

### *Red de trabajo*

Creencias percibidas de las personas cercanas  
 Implicación de los miembros en el plan de salud  
 Valor social con respecto al plan

## Sugerencias de uso

El *incumplimiento del tratamiento* describe la inexistencia de seguimiento de una recomendación terapéutica tras haber decidido conscientemente hacerlo y tras expresar la intención de hacerlo así. Si el paciente recibe información y *pretende* seguir las instrucciones, la intervención de enfermería puede centrarse en detectar y eliminar los factores que impiden al paciente seguirlas. Por ejemplo, un paciente podría decir lo siguiente: “Mi marido no necesita perder peso y le encantan las patatas fritas y los dulces. Nunca comería cosas de régimen y no tengo tiempo de cocinar un menú para mí y otro para el resto de la familia.” Esta cliente desearía seguir la dieta, pero existen factores situacionales que se lo dificultan. Puede escribir un diagnóstico de enfermería de *incumplimiento del tratamiento consistente en una dieta hipocalórica debido a la incomodidad de preparar platos especiales y la falta de apoyo por parte de la familia*. Este diagnóstico sugiere intervenciones de enfermería independientes.

El *incumplimiento del tratamiento* no deberá emplearse para un paciente que tome una decisión consciente de no seguir una recomendación terapéutica, p. ej., cuando un paciente decide interrumpir una medicación que le produce molestos efectos secundarios. La intervención de enfermería debe centrarse en tratar de convencer al paciente de la importancia de continuar con la terapia, pero el/la enfermero/a debe aplicar esta táctica respetando siempre la libertad del paciente cuando éste ha tomado una decisión plenamente consciente. No olvide que la decisión de rechazar una terapia puede ser tan racional como la decisión de seguirla.

El *incumplimiento del tratamiento* no debe emplearse en pacientes que no son capaces de seguir las instrucciones (p. ej., debilidad, disfunción cognitiva) o que carecen de la información necesaria. Si esos factores contribuyen al *incumplimiento del tratamiento*, es mejor emplear el diagnóstico *alteración en el mantenimiento de la salud*.

Algunos/as enfermeros/as piensan que el *incumplimiento del tratamiento* es una etiqueta negativa. Al emplear este diagnóstico, asegúrese de indicar la etiología en términos neutrales e imparciales. Geissler (1991) ha sugerido el término *no adhesión*, aunque aún no es una etiqueta estandarizada de la NANDA.

## Otros posibles diagnósticos

Mantenimiento de la salud, alteración en el

Negación ineficaz

Régimen terapéutico: familiar o personal, manejo ineficaz del

## Resultados NOC

**Actuación del cuidador: cuidados directos:** ofrecimiento por parte del proveedor de cuidados de la familia de atención sanitaria y personal adecuada para el familiar

**Actuación del cuidador: cuidados indirectos:** planificación y supervisión por parte de un proveedor de cuidados de la familia de la atención adecuada para un familiar

**Conducta de adhesión:** acciones autoiniciadas para mejorar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación

**Conducta de cumplimiento:** acciones personales para mejorar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación basadas en las indicaciones de un profesional

**Conducta terapéutica: enfermedad o lesión:** acciones personales para paliar o eliminar una patología

**Motivación:** necesidad interior que hace que una persona lleve a cabo acciones positivas

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- El *incumplimiento del tratamiento* se reducirá, como lo demostrará la conducta de adhesión; la actuación del cuidador: cuidados directos e indirectos; la conducta de cumplimiento; la motivación; y la conducta terapéutica: enfermedad o lesión
- Muestra **conducta de adhesión**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, o habitualmente):
  - Emplea estrategias para eliminar la conducta inadecuada y mejorar la salud
  - Describe argumentos racionales para no seguir un régimen sanitario recomendado
  - Sopesa los riesgos y las ventajas de una conducta de adhesión
  - Emplea los servicios sanitarios en función de sus necesidades

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- No abusar de los proveedores de cuidados sanitarios física o verbalmente
- Tomar medidas para controlar el dolor
- Cumplir los regímenes de tratamiento y medicación prescritos
- Acudir a las citas con los proveedores de cuidados sanitarios
- Indicar los efectos relevantes y efectos secundarios del tratamiento
- Informar del control de los síntomas de la enfermedad

## Intervenciones NIC

**Apoyo al cuidador:** ofrecimiento de la información, asesoramiento y apoyo necesarios para facilitar los cuidados del paciente por parte de alguien que no sea un profesional sanitario

**Ayudar al autocambio:** refuerzo del cambio autodirigido iniciado por el paciente para alcanzar importantes objetivos personalmente

**Educación sanitaria:** desarrollo y ofrecimiento de instrucciones y experiencias para facilitar la adaptación voluntaria del comportamiento para mejorar la salud de los individuos, familias, grupos o comunidades

**Enseñanza: individual:** planificación, implantación y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para hacer frente a las necesidades particulares de un paciente

**Enseñanza: proceso de enfermedad:** asistencia al paciente para comprender la información relativa al proceso de una determinada enfermedad

**Facilitar el aprendizaje:** fomento de la capacidad de procesar y retener información

**Facilitar la autorresponsabilidad:** ayudar al paciente a asumir una mayor responsabilidad con respecto a su propio comportamiento

**Fijar objetivos conjuntos:** colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de salud y, a continuación, desarrollo de un plan para alcanzar dichos objetivos

**Orientación sobre el sistema sanitario:** ofrecimiento de ayuda para la ubicación y el uso por parte del cliente de los sistemas sanitarios adecuados

**Pactar con el enfermo:** negociación de un acuerdo que refuerza un cambio de comportamiento determinado

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Identificar la causa probable del comportamiento negativo del paciente

### Educación del paciente y la familia

- Ayudar al paciente y a la familia a comprender la necesidad de seguir el tratamiento prescrito y las consecuencias derivadas de no seguirlo
- (NIC) *Orientación sobre el sistema sanitario:*
  - Informar al paciente acerca de los recursos adecuados de la comunidad y las personas de contacto
  - Ofrecer instrucciones por escrito para localizar las actividades sanitarias, según proceda

### Actividades auxiliares

- Consultar a un médico acerca de una posible modificación de la medicación para fomentar el cumplimiento del paciente
- (NIC) *Orientación sobre el sistema sanitario:*
  - Coordinar las referencias a los proveedores de cuidados sanitarios correspondientes, según proceda
  - Identificar y facilitar la comunicación entre los proveedores de cuidados sanitarios y el paciente y sus familiares, según proceda
  - Coordinar y planificar el tiempo que necesita cada servicio para ofrecer cuidados, según proceda
  - Ofrecer un contacto de seguimiento con el paciente, según proceda
  - Ayudar al paciente a rellenar los formularios de asistencia, como ayudas financieras y domésticas, según proceda

### Otras

- Animar al paciente a expresar su opinión y sus dudas acerca de la hospitalización y la relación con los proveedores de servicios sanitarios

- Ofrecer apoyo emocional a los familiares para ayudarles a mantener una relación positiva con el paciente
- Felicitar al paciente en caso de cumplimiento para animarle a seguir mostrando un comportamiento positivo
- Elaborar un contrato por escrito con el paciente y evaluar su cumplimiento de forma continua. Especificar el contrato
- (NIC) *Ayudar al autocambio:*
  - Animar al paciente a examinar las creencias y valores personales y su satisfacción con ellos
  - Explorar con el paciente las posibles barreras para cambiar su comportamiento
  - Identificar con el paciente las estrategias más eficaces para cambiar su comportamiento
  - Ayudar al paciente a elaborar un plan sistemático para el cambio de comportamiento [incluidos refuerzos y recompensas intrínsecas y extrínsecas]
  - Ayudar al paciente a identificar incluso pequeñas victorias

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores son adecuadas para los cuidados en el domicilio
- Fomentar la autogestión del cuidado en la medida de lo posible
- Ayudar al paciente a incorporar el régimen del tratamiento a su planificación diaria
- Si resulta necesario, asegúrese de que el cliente entiende que la agencia de cuidados sanitarios domésticos no podrá seguir ofreciendo sus servicios si el cliente decide no cumplir con las indicaciones médicas

### Bebés y niños

- Adaptar la comunicación a la etapa de desarrollo del niño. Realizar explicaciones breves y concisas
- Destacar las ventajas específicas y obvias que derivan del cumplimiento del tratamiento médico
- Evitar castigar al niño por no cumplir el tratamiento; como último recurso, se puede probar una técnica consistente en retirarle privilegios o emplear castigos para niños más pequeños (retirarse fuera a pensar)
- Emplear recompensas cuando el comportamiento sea el deseado (p. ej., colocar estrellas en un panel)
- Implicar al niño en el autocuidado según su capacidad (p. ej., un niño mayor podría suministrarse la insulina; un niño más pequeño podría llevarse a su madre para que se la administre)

### Personas mayores

- Valorar déficits cognitivos que podrían impedir el cumplimiento
- Valorar déficits funcionales que podrían impedir el cumplimiento (p. ej., al tener artritis en las manos, puede resultar difícil abrir los botes de medicamentos; las personas con problemas de visión pueden tener dificultades para leer las etiquetas)
- Obtener dispositivos de asistencia, según proceda (p. ej., pastillero)
- Simplificar el tratamiento tanto como sea posible
- Emplear recordatorios: instrucciones escritas, listas, llamadas de familiares o amigos, pastillero dividido en días de la semana y horas del día, etc.
- Remitir al paciente a los servicios sanitarios si éste no puede gestionar por sí mismo el tratamiento (p. ej., hacer que un/a enfermero/a acuda al domicilio a colocar la medicación de la semana en un pastillero)
- Valorar si el paciente puede permitirse la medicación
- Controlar si la depresión puede ser la causa del incumplimiento del tratamiento

---

## INFECCIÓN, RIESGO DE

(1986)

**Definición:** aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

### Factores de riesgo

Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos

Conocimientos insuficientes para evitar la exposición a agentes patógenos

Defensas primarias inadecuadas (p. ej., lesiones epidérmicas, tejido dañado, disminución de la acción ciliar, estasis de fluidos corporales, cambio de las secreciones de pH, peristaltismo alterado)

Defensas secundarias inadecuadas (p. ej., disminución de la hemoglobina, leucocitopenia, supresión de la respuesta inflamatoria)

Dstrucción de tejido

Enfermedad crónica

Inmunidad adquirida de forma inadecuada

Inmunosupresión

Malnutrición

Medicamentos farmacéuticos (p. ej., inmunodepresores)

Procedimientos invasivos

Ruptura de amnios

Trauma

### Sugerencias de uso

No utilice esta etiqueta de forma rutinaria en pacientes con incisiones quirúrgicas. Para la mayoría de los pacientes quirúrgicos, el mantenimiento de los estándares rutinarios evitará la infección de la incisión. Del mismo modo, no utilice *riesgo de infección* de forma rutinaria en pacientes que tienen una sonda permanente. Se requiere una técnica aséptica. En cierto sentido, cualquier persona está expuesta a un riesgo de infección. Por lo tanto, utilice este diagnóstico de enfermería sólo para aquellos pacientes que se encuentren en un riesgo más elevado del “habitual”, p. ej., los que tengan deficiencias nutricionales o un deterioro del sistema inmunitario. En el caso de pacientes con una infección real, emplee un problema conjunto (p. ej., posible complicación: septicemia).

### Otros posibles diagnósticos

Integridad cutánea, deterioro de la

Lesión, riesgo de

Nutrición: por defecto, alteración de la

Protección, alteración de la

### Resultados NOC

**Control comunitario de riesgos: enfermedad transmisible:** acciones comunitarias para eliminar o reducir la proliferación de agentes infecciosos que amenacen la salud pública

**Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual (STD):** acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las actitudes asociadas a enfermedades de transmisión sexual

**Curación de las heridas por primera intención:** alcance de regeneración de células y tejido tras un cierre intencionado

**Curación de las heridas por segunda intención:** alcance de regeneración de células y tejido en una herida abierta

**Estado inmune:** resistencia dirigida natural y adquirida frente a los antígenos internos y externos

**Estado de la infección:** gravedad de la infección y síntomas asociados

**Estado de la infección: recién nacido:** gravedad de la infección y síntomas asociados durante los primeros 28 días de vida

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Los factores de riesgo de infección se eliminarán según se muestra en control comunitario de riesgos: enfermedad transmisible; estado inmune; estado de la infección; estado de la infección: recién nacido; control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual; y curación de las heridas por primera y por segunda intención
- El paciente mostrará **control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual (STD)**, como lo evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, o habitualmente):

Control del comportamiento personal relativo al riesgo de exposición a ETS

Seguimiento de las estrategias de control de exposición seleccionadas  
Aplicación de métodos para controlar la transmisión de ETS

### Otros ejemplos

El paciente y su familia serán capaces de:

- No mostrar ningún signo o síntoma de infección
- Probar una higiene personal adecuada
- Indicar si los aparatos gastrointestinal, respiratorio, genitourinario e inmunitario están dentro de los límites normales
- Describir factores que contribuyen a la transmisión de infecciones
- Informar sobre signos y síntomas de infecciones y seguir los procedimientos de control y chequeo

### Intervenciones NIC

**Cuidado circulatorio: insuficiencia arterial:** mejora de la circulación arterial

**Cuidado de las heridas:** prevención de complicaciones de heridas y mejora del cuidado de heridas

**Cuidado del sitio de incisión:** limpieza, control y facilitación de la curación de una herida cerrada mediante sutura, clips o grapas

**Control de infecciones:** minimización de la adquisición y transmisión de agentes infecciosos

**Chequeo sanitario:** detección de riesgos o problemas para la salud mediante el historial, una revisión u otros procedimientos

**Enseñanza: sexo seguro:** ofrecimiento de instrucciones relativas a la protección sexual durante la actividad sexual

**Enseñanza: sexualidad:** asistencia a los individuos para que comprendan las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y el desarrollo sexual

**Gestión de enfermedades transmisibles:** trabajo con una comunidad para reducir y gestionar la incidencia y proliferación de enfermedades contagiosas en una población determinada

**Inmunización/administración de vacunas:** control del estado de inmunización, facilitación del acceso a inmunizaciones y ofrecimiento de inmunizaciones para evitar la transmisión de enfermedades

**Prevención de infecciones:** prevención y detección precoz de infecciones en un paciente de riesgo

**Vigilancia: comunidad:** adquisición, interpretación y síntesis de datos de forma intencionada y continua para la toma de decisiones en la comunidad

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Controlar los signos y los síntomas de infección (p. ej., temperatura, pulso, drenaje, aspecto de la herida, secreciones, aspecto de la orina, temperatura cutánea, lesiones cutáneas, fatiga, malestar general)

- Valorar los factores que aumentan la vulnerabilidad frente a las infecciones (p. ej., edad avanzada, edad inferior a un año, inmunodeficiencia, malnutrición)
- Controlar los resultados del laboratorio (p. ej., hemograma, recuento total de granulocitos, resultados de la fórmula leucocítica, cultivos, proteínas del suero y albúmina)
- Hacer que se mantenga una higiene personal para protegerse contra las infecciones

### Educación del paciente y la familia

- Explicar al paciente y a la familia por qué la enfermedad o la terapia aumenta el riesgo de infección
- Ofrecer información sobre el uso de prácticas de higiene personal (p. ej., lavado de manos) para protegerse de las infecciones
- Explicar las razones y las ventajas de las inmunizaciones, así como sus efectos secundarios
- Ofrecer al paciente y a su familia un método para registrar las inmunizaciones (p. ej., formulario, diario)
- *(NIC) Control de infecciones:*
  - Indicar al paciente las técnicas adecuadas para lavarse las manos
  - Indicar a los visitantes que se laven las manos antes de entrar y tras salir de la habitación del paciente

### Actividades auxiliares

- Seguir el protocolo aplicable para informar sobre posibles infecciones o cultivos positivos
- *(NIC) Control de infecciones:* administrar una terapia antibiótica, según proceda

### Otras

- Proteger al paciente de la contaminación cruzada no asignando la misma enfermera a otro paciente con una infección y no incluyendo en la habitación del paciente a un paciente con infección
- *(NIC) Control de infecciones:*
  - Limpiar el entorno de manera adecuada después de tratar a cada paciente
  - Aplicar técnicas de aislamiento, según proceda
  - Aplicar precauciones universales
  - Limitar el número de visitas, según proceda

### En el domicilio

- Enseñar las normas de higiene básicas, como el lavado de manos, no compartir toallas, vasos, etc.

- Enseñar los métodos seguros de manejo, preparación o almacenamiento de alimentos
- Ayudar al paciente y a la familia a identificar los factores de su entorno, estilo de vida o ámbito sanitario que aumenten el riesgo de infección
- Enseñar a la familia a eliminar los vendajes sucios y otros desechos biológicos
- No realizar visitas a domicilio si se encuentra enfermo/a
- Remitir al paciente y a la familia a los servicios sociales o a los recursos de la comunidad para ayudarles a gestionar la higiene doméstica y la nutrición
- (NIC) *Control de infecciones*: informar al paciente y a la familia de los signos y síntomas de infección y cuándo deben informar de ellos al médico

### Bebés y niños

- Informar a los progenitores sobre el calendario de vacunaciones para difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, paperas y rubeola
- Consultar a los servicios sociales para obtener ayuda en el pago de las vacunas (p. ej., cobertura del seguro y clínicas de salud)
- Controlar el uso frecuente de antibióticos en bebés y niños; asegurar a los progenitores que un resfriado común no debe tratarse con antibióticos

### Personas mayores

- Reconocer que, a medida que el sistema inmunitario decae, las personas mayores podrían no mostrar los síntomas habituales, incluso en el caso de infecciones graves. Tratar de detectar una temperatura baja o estados de confusión
- Remitir al paciente a un podólogo para el cuidado de los pies (p. ej., crecimiento hacia dentro de las uñas del pie, eliminación de callosidades) que va más allá de cortarse las uñas
- Recomendar vacunas contra la gripe y la neumonía; recomendar una exposición limitada a otras personas durante los periodos críticos de la temporada de gripe
- Valorar los factores que aumentan el riesgo de infección del paciente (p. ej., enfermedad crónica, depresión)

---

## INTEGRIDAD CUTÁNEA, DETERIORO DE LA

(1975, 1998)

**Definición:** alteraciones en la dermis y la epidermis.

## Características definitorias

### Objetivas

Alteración de la superficie de la piel (epidermis)  
 Deterioro de las capas de la piel (dermis)  
 Invasión de estructuras corporales

## Factores relacionados

### Externos [ambientales]

Hidratación  
 Hipertermia  
 Hipotermia  
 Humedad  
 Inmovilización física  
 Factores mecánicos (p. ej., rotura, presión, sujeción)  
 Medicación  
 Radiación  
 Sustancias químicas

### Internos [somáticos]

Cambios de pigmentación  
 Cambios de turgencia (cambios en la elasticidad)  
 Cambios en el estado de los fluidos  
 Déficit inmunitario  
 Estado nutricional desequilibrado (p. ej., obesidad, extrema delgadez)  
 Factores de desarrollo  
 Prominencia esquelética  
 Trastorno de la circulación  
 Trastorno del metabolismo  
 Trastorno de la sensibilidad

### Factores de desarrollo

Edades extremas

## Sugerencias de uso

El diagnóstico *deterioro de la integridad cutánea* no es específico. Un deterioro de la integridad cutánea puede ser una incisión quirúrgica, una abrasión, unas ampollas o unas úlceras de decúbito. Al emplear esta etiqueta, deberá especificar el tipo de deterioro en el problema, y no en la etiología. **IMPORTANTE:** en el ejemplo siguiente, la úlcera dérmica es un tipo específico de *deterioro de la integridad cutánea*, y no una causa del *deterioro de la integridad cutánea*:

**Correcto:** *deterioro de la integridad cutánea: úlcera dérmica debida a una inmovilización completa*

**Incorrecto:** *deterioro de la integridad cutánea debido a una úlcera dérmica*

Cuando una úlcera profundice más allá de la epidermis, utilice el diagnóstico *deterioro de la integridad tisular* en lugar de *deterioro de la integridad cutánea*. Las úlceras más profundas podrían requerir una técnica conjunta (es decir, tratamiento quirúrgico). No utilice el diagnóstico *deterioro de la*

*integridad cutánea* como etiqueta para una incisión quirúrgica, ya que no existen acciones de enfermería independientes para tratar este tipo de “deterioro” y la condición suele estar autolimitada. Los cuidados de enfermería habituales en el caso de una incisión quirúrgica consisten en prevenir y detectar infecciones; por lo tanto, podría emplearse el diagnóstico *riesgo de infección de incisión quirúrgica* o el problema conjunto posible complicación quirúrgica: infección de la incisión en lugar de *deterioro de la integridad cutánea*.

### Otros posibles diagnósticos

Infección, riesgo de  
Integridad cutánea, riesgo de deterioro de la  
Integridad tisular, deterioro de la

### Resultados NOC

**Curación de las heridas por primera intención:** alcance de regeneración de células y tejidos tras un cierre intencionado

**Curación de las heridas por segunda intención:** alcance de regeneración de células y tejidos en una herida abierta

**Integridad del acceso de diálisis:** funcionalidad de una zona de acceso a diálisis

**Integridad tisular: piel y mucosas:** integridad estructural y funcionamiento fisiológico normal de la piel y las mucosas

**Respuesta alérgica: localizada:** gravedad de la respuesta inmunitaria hipersensible localizada ante un antígeno ambiental (exógeno) determinado

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **integridad tisular: piel y mucosas**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: comprometida en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente o en absoluto):
  - Temperatura, elasticidad, hidratación y sensibilidad cutánea
  - Perfusión tisular
  - Integridad cutánea
- Muestra **curación de las heridas por primera intención**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: ninguna, limitada, moderada, sustancial o amplia):
  - Aproximación cutánea
  - Aproximación de los bordes de la herida
  - Formación de cicatriz
- Muestra **curación de las heridas por primera intención**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: amplia, sustancial, moderada, limitada o ninguna):
  - Eritema cutáneo en la zona circundante
  - Olor a herida infectada

- Muestra **curación de las heridas por segunda intención**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: ninguna, limitada, moderada, sustancial o amplia):
  - Granulación
  - Formación de cicatriz
  - Reducción del tamaño de la herida

### Otros ejemplos

- El paciente y los familiares realizan una rutina óptima de cuidados de la herida o la piel
- Drenaje purulento (o de otro tipo) u olor de la herida mínimo
- Inexistencia de piel húmeda o con ampollas
- Necrosis, escamas, surcos, debilitamiento o formación de fístula reducidos hasta resultar imperceptibles
- Reducción del eritema cutáneo y alrededor de la herida

### Intervenciones NIC

**Administración de medicamentos:** preparación, administración y evaluación de la eficacia de los fármacos prescritos y no prescritos

**Cuidado de las heridas:** prevención de complicaciones de las heridas y mejora de su cuidado

**Cuidado de las úlceras por presión:** facilitación de la curación de las úlceras de decúbito

**Cuidado del sitio de incisión:** limpieza, control y facilitación de la curación de una herida cerrada mediante sutura, clips o grapas

**Gestión de la presión:** minimización de la presión en las diferentes zonas del cuerpo

**Gestión del prurito:** prevención y tratamiento del picor

**Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso:** conservación de las zonas de acceso vascular (arteriovenoso)

**Precaución con el látex:** reducción del riesgo de una reacción multiorgánica al látex

**Vigilancia de la piel:** recopilación y análisis de datos del paciente para mantener la integridad de la piel y las mucosas

### Actividades de enfermería

Véase también el apartado actividades de enfermería correspondiente a integridad cutánea, riesgo de deterioro de la, en las págs. 415-418.

### Valoración

Valorar el funcionamiento de equipos como dispositivos de alivio de la presión, incluidos colchones de aire estático, terapia de pérdida de aire baja, terapia de aire fluidizado y cama de agua

- (NIC) *Cuidado del sitio de incisión:* inspeccionar el sitio de incisión para detectar enrojecimiento, hinchazón o signos de dehiscencia o evisceración

- (NIC) *Cuidado de las heridas*:
  - Inspeccionar la herida en cada cambio de vendaje
- Valorar las características de la herida siguientes:
  - Ubicación, dimensiones y profundidad
  - Presencia y aspecto del exudado, incluidos tenacidad, color y olor
  - Presencia o ausencia de granulación o epitelización
  - Presencia o ausencia de tejido necrosado; describir el color, el olor y la cantidad
  - Presencia o ausencia de síntomas de infección local de la herida (p. ej., dolor al tacto, edema, prurito, induración, temperatura elevada, olor a infección, escara, exudado)
  - Presencia o ausencia de debilitamiento o formación de fístula

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar a realizar los cuidados de la incisión quirúrgica, así como los signos y síntomas de infección, los métodos para mantener la incisión seca durante el baño y la minimización de las agresiones a la incisión

### Actividades auxiliares

- Consultar a un dietista para obtener información sobre alimentos ricos en proteínas, minerales, calorías y vitaminas
- Consultar a un médico acerca de la implantación de alimentación enteral o parenteral para mejorar la curación de la herida
- Remitir al paciente a un/a enfermero/a enterostomal para obtener ayuda con la valoración, planificación, tratamiento y documentación de los cuidados de la herida o del daño cutáneo
- (NIC) *Cuidado de las heridas*: aplicar una unidad de TENS (estimulación eléctrica transcutánea) para mejorar la curación de la herida, según proceda

### Otras

- Evaluar los vendajes tópicos y las medidas de tratamiento, que pueden incluir vendajes hidrocoloides, vendajes hidrófilos, vendajes absorbentes, etc.
- Establecer una rutina de cuidados cutáneos o de la herida que puede incluir los siguientes procedimientos:
  - Movimiento y cambio de posición frecuentes del paciente
  - Mantenimiento del tejido circundante sin excesiva humedad o drenaje
  - Protección del paciente ante la contaminación fecal y urinaria
  - Protección del paciente ante otras excreciones de la herida y del tubo de drenaje dentro de la herida
- Limpiar y vendar la zona de la incisión quirúrgica mediante los principios de esterilidad o asepsia médica siguientes, según proceda:
  - Utilizar guantes desechables (esterilizados si fuera necesario)
  - Limpiar la incisión desde la zona “limpia” hasta la zona “sucia” mediante un jabón para cada limpieza

Limpiar las grapas o zonas de sutura mediante un aplicador con punta de algodón esterilizado

Limpiar los restos del drenaje desplazándose desde el centro hacia fuera mediante un movimiento circular

Aplicar una pomada antiséptica, según se haya indicado

Cambiar el vendaje a intervalos adecuados o dejar la incisión al descubierto, según se haya indicado

- (NIC) *Cuidado de las heridas:*

Quitar el vendaje y el esparadrapo adhesivo

Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico, según proceda

Bañar la zona afectada, según proceda

Administrar cuidados para úlceras cutáneas, según proceda

Colocar la herida de manera que se evite tensión en ésta, según proceda

- Administrar cuidados i.v., línea Hickman o línea venosa central en la zona, según proceda

- Masajear la zona que rodea la herida para estimular la circulación

### En el domicilio

- Las actividades anteriores son adecuadas para su uso en el domicilio
- Designar un gestor de casos o remitir al paciente a un/a enfermero/a de estomas o heridas, según proceda
- (NIC) *Vigilancia de la piel:* informar al familiar y al cuidador acerca de los signos de daño cutáneo, según proceda
- (NIC) *Cuidado de las heridas:* ofrecer información al paciente o a los familiares sobre los procedimientos de cuidado de las heridas

---

## INTEGRIDAD CUTÁNEA, RIESGO DE DETERIORO DE LA

(1975, 1998)

**Definición:** riesgo de alteración negativa del estado de la piel.

**IMPORTANTE:** el riesgo deberá determinarse mediante una herramienta de valoración de riesgo estándar [p. ej., escala Braden].

### Factores de riesgo

#### *Externos [ambientales]*

Eliminaciones y secreciones

Edades extremas

Factores mecánicos (p. ej., rotura, presión, sujeción)

Hipertermia  
Hipotermia  
Humedad  
[Medicación]  
Hidratación  
Inmovilización física  
Radiación  
Sustancias químicas

### *Internos [somáticos]*

Cambios de pigmentación  
Cambios de turgencia cutánea (es decir, cambios en la elasticidad)  
Estado nutricional desequilibrado (p. ej., obesidad, extrema delgadez)  
Factores de desarrollo  
Factores inmunitarios  
Factores psicogenéticos  
Prominencia esquelética  
Trastorno de la circulación  
Trastorno del metabolismo  
Trastorno de la sensibilidad

### Sugerencias de uso

Emplee este diagnóstico en el caso de pacientes que no muestren síntomas pero que corran el riesgo de desarrollar un daño de la superficie cutánea o un deterioro de las capas de la piel si no se toman medidas preventivas. La presencia de más de un factor de riesgo aumenta la posibilidad de que se produzca un daño cutáneo. Cuando se produce un *riesgo de deterioro de la integridad cutánea* como resultado de una inmovilización y también hay otros sistemas corporales en estado de riesgo de deterioro, puede que deba emplearse el diagnóstico *riesgo de síndrome de desuso*.

### Otros posibles diagnósticos

Integridad cutánea, deterioro de la  
Síndrome de desuso, riesgo de

### Resultados NOC

**Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas:** gravedad del deterioro del funcionamiento fisiológico debido al trastorno de la movilidad física

**Curación de las heridas por primera intención:** alcance de regeneración de células y tejidos tras un cierre intencionado

**Integridad tisular: piel y mucosas:** integridad estructural y funcionamiento fisiológico normal de la piel y las mucosas

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas**, como evidencian

los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: intenso, sustancial, moderado, leve o ninguno): úlceras de decúbito

- Muestra **integridad tisular: piel y mucosas**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: comprometida en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente o en absoluto):

- Elasticidad
- Grosor
- Hidratación
- Integridad cutánea
- Sensibilidad
- Textura

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Evidenciar una rutina de cuidados cutáneos eficaz
- Tener un pulso fuerte y simétrico
- Tener un color de la piel normal
- Tener una temperatura cutánea elevada
- No referir dolor en las extremidades
- Ingerir alimentos de manera adecuada para fomentar la integridad cutánea

### Intervenciones NIC

**Cuidado de las heridas:** prevención de complicaciones de las heridas y mejora de su cuidado

**Cuidado del sitio de incisión:** limpieza, control y facilitación de la curación de una herida cerrada mediante sutura, clips o grapas

**Cuidado en el reposo en cama:** mejora de la comodidad y la seguridad, así como prevención de complicaciones de un paciente que no puede levantarse de la cama

**Gestión de la presión:** minimización de la presión en las diferentes zonas del cuerpo

**Prevención de las úlceras por presión:** prevención de las úlceras de decúbito en el caso de una persona que tiene un alta probabilidad de padecerlas

**Vigilancia de la piel:** recopilación y análisis de datos del paciente para mantener la integridad de la piel y las mucosas

### Actividades de enfermería

#### Todos los pacientes con riesgo

#### Valoración

- Al ingresar en un centro y siempre que cambien las condiciones físicas, valorar los factores de riesgo que pueden provocar daños cutáneos (p. ej., permanencia continua en cama o en una silla, incapacidad para moverse, incontinencia fecal o urinaria, malnutrición y reducción de la capacidad mental)

- Identificar las fuentes de presión y fricción (p. ej., escayola, cama, ropa)
- (NIC) *Prevención de las úlceras por presión:*
  - Emplear una herramienta de valoración de riesgo establecida para controlar los factores de riesgo del paciente (p. ej., escala Braden)
  - Inspeccionar la piel situada sobre las prominencias óseas y otros puntos de presión al cambiar de posición al paciente o, al menos, una vez al día
- (NIC) *Vigilancia de la piel:*
  - Controlar la piel para detectar lo siguiente:
    - Erupciones y abrasiones
    - Color y temperatura
    - Excesiva sequedad y humedad
    - Zonas enrojecidas y dañadas

#### Actividades auxiliares

- Remitir al paciente a un/a enfermero/a enterostomal para obtener ayuda con la prevención, valoración y tratamiento de la herida o del daño cutáneo

#### Otras

- Emplear un colchón de reducción de la presión (p. ej., colchón de espuma de poliuretano)
- Evitar realizar masajes en las prominencias óseas
- (NIC) *Prevención de las úlceras por presión:*
  - Colocar protectores de codos y talones, según proceda
  - Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin dobleces

### Pacientes con déficit de movilidad/actividad

#### Valoración

- Valorar el alcance de las limitaciones para desplazarse o moverse en la cama

#### Otras

- Acolchar los bordes de la escayola y las conexiones de la tracción
- *Pacientes inmovilizados en silla:*
  - Tener en cuenta la alineación postural, la distribución del peso, el equilibrio y la estabilidad; y el alivio de la presión al colocar a los pacientes en sillas o en sillas de ruedas
  - Hacer que el paciente levante peso cada 15 minutos si es capaz
  - Emplear dispositivos de reducción de la presión para asientos; no utilizar dispositivos con forma de aro salvavidas
- *Pacientes inmovilizados en cama:*
  - Evitar colocar al paciente directamente en el trocáncer
  - Elevar el cabecero de la cama lo menos posible y durante el menor tiempo posible

- Emplear una cama o un colchón de reducción de la presión (p. ej., espuma, aire, colchoneta con bultos)
- Emplear técnicas de posicionamiento, traslado y movimiento adecuadas
- Emplear dispositivos de izado para desplazar al paciente, en lugar de arrastrarlo, durante los traslados y cambios de posición
- *(NIC) Prevención de las úlceras por presión:*
  - Girar al paciente cada 1-2 horas, según proceda
  - Suministrar un trapecio para ayudar al paciente que levanta peso con frecuencia
  - Colocar almohadas para elevar los puntos de presión con respecto a la cama
  - Colocar protectores de codos y talones, según proceda

### Pacientes con incontinencia o presencia de humedad

#### Valoración

- Valorar la necesidad de emplear sondas permanentes o catéteres condón
- Comprobar la incontinencia urinaria o fecal cada \_\_\_\_\_

#### Otras

- Limpiar la piel en cuanto el paciente se manche
- Individualizar la planificación del baño, evitar el agua caliente, emplear agentes limpiadores suaves
- Minimizar la exposición de la piel a la humedad
- *(NIC) Prevención de las úlceras por presión:*
  - Eliminar la humedad excesiva de la piel debida a la transpiración, el drenaje de la herida y la incontinencia fecal o urinaria
  - Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas que absorben la humedad, para eliminar el exceso de humedad, según proceda
  - Evitar el uso de dispositivos en forma de aro salvavidas en la zona del sacro
  - Mover al paciente con cuidado para evitar lesiones en la piel delicada

### Pacientes con déficit nutricional

#### Valoración

- Controlar el estado nutricional y la ingesta de alimentos

#### Actividades auxiliares

- Consultar a un dietista para obtener información sobre alimentos ricos en proteínas, minerales y vitaminas
- Pedir a un médico que solicite un análisis de los niveles de transferrina, albúmina y concentrado de eritrocitos

#### Otras

- Comparar el peso actual con el peso corporal ideal

- Investigar los factores que perjudican la ingesta de una persona que, aparentemente, está correctamente alimentada (especialmente de proteínas o calorías) y ofrecer ayuda en la alimentación
- (NIC) *Prevención de las úlceras por presión*: garantizar una ingesta adecuada, especialmente de proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías mediante suplementos, según proceda

### En el domicilio

- Las actividades anteriores pueden adaptarse a los cuidados en el domicilio

## INTEGRIDAD TISULAR, DETERIORO DE LA

(1986, 1998)

**Definición:** daños en la membrana mucosa, corneal o integumentaria, o en los tejidos subcutáneos.

### Características definitorias

#### Objetivas

Tejido dañado o destruido (p. ej., corneal, membrana mucosa, integumentaria, o subcutánea)

### Factores relacionados

Circulación alterada

Déficit de conocimiento

Deterioro de la movilidad física

Factores mecánicos (p. ej., presión, roturas, frotamientos)

Factores térmicos (p. ej., temperaturas extremas)

Falta o exceso de líquidos

Falta o exceso nutricional

Irritantes químicos (p. ej., excreciones y secreciones del cuerpo, medicamentos)

Radiación (incluyendo el tratamiento por radiaciones)

### Sugerencias de uso

Si la integridad del tejido esta en riesgo debido a la inmovilidad y si hay otros sistemas también en riesgo, considerar el uso de *riesgo de síndrome de desuso*.

Si las características definitorias necesarias están presentes, utilizar tanto los problemas específicos de *alteración de la membrana mucosa oral* como *deterioro de la integridad cutánea*. *Deterioro de la integridad tisular* debería uti-

lizarse únicamente cuando el daño está en otro tejido que no sea la piel o la membrana mucosa.

No utilice *Deterioro de la integridad tisular* para renombrar una incisión quirúrgica o una ostomía

### Otros posibles diagnósticos

Integridad cutánea, deterioro de la  
Membrana mucosa oral, alteración de la  
Recuperación quirúrgica, retraso en la  
Síndrome de desuso, riesgo de

### Resultados NOC

**Autocuidado de la ostomía:** acciones personales para mantener la ostomía para la eliminación

**Curación de las heridas por primera intención:** grado de regeneración de las células y tejidos que siguen a un cierre intencionado

**Curación de la heridas por segunda intención:** grado de regeneración de las células y tejidos en una herida abierta

**Integridad tisular: piel y mucosas:** estructura intacta y funcionamiento psicológico normal de la piel y mucosas

**Respuesta alérgica: localizada:** gravedad de la respuesta inmunitaria hipersensible localizada a un entorno antígeno específico

### Objetivos/criterios de evaluación

Consultar también los objetivos/criterios de evaluación para el deterioro de la integridad cutánea, págs. 410.411.

### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **integridad tisular: piel y mucosas**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o nada):
  - Integridad cutánea
  - Textura tisulares y grosor
  - Perfusión tisular

### Otros ejemplos

- Ausencia de signos o síntomas de infección
- Ausencia de lesiones
- Ausencia de necrosis

### Intervenciones NIC

**Cuidado de la ostomía:** mantenimiento de la eliminación a través del estoma y cuidado de los tejidos circundantes

**Cuidado de las heridas:** prevención de las complicaciones de las heridas y mejora de la cura de las mismas

**Cuidado de la piel: tratamientos tópicos:** aplicación de sustancias tópicas o manipulación de aparatos para facilitar la integridad de la piel y reducir la rotura de la misma

**Cuidado del sitio de incisión:** limpieza, control, y mejora de la cura en una herida que esta cerrada con suturas o grapas

**Cuidado de las úlceras por presión:** prevención de las úlceras por presión para personas con alto riesgo de desarrollarlas

**Mantenimiento de la salud bucal:** mantenimiento y mejora de la higiene bucal y la salud dental para el paciente con riesgo de desarrollar una lesión bucal o dental

**Protección frente a la infección:** prevención y percepción temprana de una infección en un paciente en riesgo

### Actividades de enfermería

Para actividades específicas de enfermería, consultar los siguientes diagnósticos de enfermería:

Infección, riesgo de (págs. 406-408)

Membrana mucosa oral, alteración de la (págs. 478-482)

Sensoperceptivas (visual), alteraciones (págs. 649-651)

Deterioro de la integridad cutánea (págs. 408-413)

integridad cutánea, riesgo de deterioro de la (págs. 413-418)

Perfusión tisular (periférica), alteración de la (págs. 551-555)

---

## INTERACCIÓN SOCIAL, DETERIORO DE LA

(1986)

**Definición:** cantidad insuficiente o excesiva del intercambio social, o bien calidad ineficaz del mismo.

### Características definatorias

#### *Subjetivas*

Incapacidad para percibir una sensación satisfactoria de compromiso social (p. ej., pertenencia, cuidado, interés o historia común)

Incomodidad en situaciones sociales

#### *Objetivas*

Empleo de comportamientos de interacción social ineficaces

Incapacidad para comunicar una sensación satisfactoria de compromiso social (p. ej., pertenencia, cuidado, interés o historia común)

Informe familiar sobre un cambio de estilo o patrón de interacción

Interacción disfuncional con otras personas

### Factores relacionados

Aislamiento terapéutico

Alteración de los procesos de pensamiento  
 Barreras de comunicación  
 Barreras en el entorno  
 Déficit de conocimientos o técnicas sobre los métodos para mejorar las reacciones mutuas  
 Discordancia sociocultural  
 Falta de personas cercanas  
 Movilidad física limitada  
 Trastorno del autoconcepto

### Otros factores relacionados (no NANDA)

Dependencia química  
 Discapacidad de desarrollo  
 Disfunción psicológica (especificar)

### Sugerencias de uso

Conviene distinguir entre deterioro de la interacción social y aislamiento social. El diagnóstico deterioro de la interacción social se centra más en las capacidades y técnicas sociales del paciente, mientras que aislamiento social se centra en la sensación de soledad del paciente, que no tiene por qué ser el resultado de unas técnicas sociales ineficaces. Compare las características definitorias y los factores relacionados de la tabla 1 del apartado sugerencias de uso correspondiente a aislamiento social, en la pág. 69.

### Otros posibles diagnósticos

Aislamiento social  
 Autoestima crónica o situacional, baja  
 Comunicación verbal, trastorno de la  
 Procesos de pensamiento, alteración de los

### Resultados NOC

**Ambiente social de la familia:** entorno de ayuda caracterizado por los objetivos y las relaciones de los miembros de la familia

**Desarrollo del niño: 6-11 años y adolescencia (12-17 años):** hitos del progreso físico, cognitivo y psicosocial a la edad de \_\_\_\_\_ años [los resultados NOC se refieren a cada edad como un resultado aparte]

**Habilidad de interacción social:** comportamientos personales que fomentan las relaciones eficaces

**Implicación social:** interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones

**Participación en actividades de ocio:** realización de actividades relajantes, interesantes y divertidas para fomentar el bienestar

**Participación en juegos:** realización de actividades por parte de un niño entre 1 y 11 años para fomentar la diversión, el entretenimiento y el desarrollo

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **participación en juegos** (especifique del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo o habitualmente)
- Demuestra **habilidad de interacción social** (especifique del 1-5: nunca, rara vez, a veces, a menudo o habitualmente)
- Muestra **desarrollo del niño**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1-5: nunca, rara vez, a veces, a menudo o habitualmente). [Véase información pediátrica o un manual de resultados NOC para obtener información sobre indicadores específicos de la edad; a continuación, se muestra una lista exhaustiva.]
  - 2 meses: demuestra que disfruta con las interacciones, especialmente con los cuidadores principales
  - 4 meses: reconoce el tacto y las voces de los progenitores
  - 6 meses: se autoconsuela
  - 12 meses: agita la mano en forma de despedida
  - 2 años: interactúa con adultos en juegos sencillos
  - 3 años: desarrolla juegos interactivos con sus coetáneos
  - 4 años: describe experiencias recientes
  - 5 años: sigue reglas sencillas de juegos interactivos con sus coetáneos
  - 6-11 años: juega en grupo
  - 12-17 años: emplea técnicas de interacción social eficaces
- Muestra **ambiente social de la familia**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo o habitualmente): participa en actividades conjuntas
- Muestra **implicación social**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo o habitualmente): interacción con amigos cercanos, vecinos, familiares o compañeros de grupos de trabajo

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Reconocer el efecto de su propio comportamiento en las interacciones sociales
- Demostrar comportamientos que pueden aumentar o mejorar las interacciones sociales
- Adquirir/mejorar las técnicas de interacción social (p. ej., apertura, cooperación, sensibilidad, autoconfianza, autenticidad, compromiso)
- Mostrar deseo de contacto social con los demás
- Participar y disfrutar de juegos adecuados

### Intervenciones NIC

**Establecer relaciones complejas:** establecimiento de una relación terapéutica con un paciente que tiene dificultades para interactuar con los demás

**Fomento de la socialización:** mejora de la capacidad de otra persona para interactuar con los demás

**Fomento del desarrollo: adolescente:** fomento de un crecimiento físico, cognitivo, social y emocional óptimo durante la transición de la niñez a la edad adulta

**Fomento del desarrollo: niño:** ayuda o formación a los progenitores y cuidadores para facilitar un desarrollo de las habilidades motoras gruesas y finas, del lenguaje, cognitivo, social y emocional óptimo de un niño durante la edad preescolar y la edad escolar

**Mejora de la autoestima:** ayuda a un paciente para mejorar la opinión o la valoración que tiene de sí mismo

**Mantenimiento de los procesos familiares:** minimización de los efectos de la alteración de los procesos familiares

**Modificación de conducta: habilidades sociales:** ayuda al paciente para desarrollar o mejorar los comportamientos sociales interpersonales

**Promoción de la integridad familiar:** promoción de la cohesión y la unidad familiar

**Terapia de entretenimiento:** empleo intencionado del entretenimiento para fomentar la relajación y mejorar las técnicas sociales

**Terapia de juegos:** empleo intencionado y dirigido de juguetes u otros materiales para ayudar a los niños a comunicar su percepción y conocimientos del mundo, así como para ayudarles a mejorar el control de su entorno

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Valorar el patrón de interacción establecido entre el paciente y los demás

### Educación del paciente y la familia

- Ofrecer información sobre los recursos de la comunidad que ayudarán al paciente a continuar con la mejora de la interacción social una vez que reciba el alta

### Actividades auxiliares

- Colaborar con otros especialistas y con el paciente con el fin de establecer, implantar y evaluar un plan para aumentar o mejorar la interacción del paciente con los demás
- (NIC) *Fomento de la socialización:* remitir al paciente a un programa o grupo de técnicas interpersonales en el que pueda mejorar su comprensión de los canales, según proceda

### Otras

- Asignar interacciones planificadas
- Identificar un cambio de comportamiento específico

- Identificar tareas que aumenten o mejoren las interacciones sociales
- Implicar a los compañeros para que informen al paciente acerca de las interacciones sociales
- Mediar entre el paciente y los demás cuando éste muestre un comportamiento negativo
- (NIC) *Fomento de la socialización:*
  - Fomentar la honestidad al presentarse uno mismo ante los demás
  - Fomentar el respeto por los derechos de los demás
  - Animar al paciente a desarrollar relaciones
  - Ayudar al paciente a aumentar la concienciación de sus puntos fuertes y débiles a la hora de comunicarse con los demás
  - Emplear el desempeño de roles para poner en práctica la mejora de las técnicas de comunicación
  - Solicitar y esperar comunicación verbal
  - Realizar comentarios positivos cuando el paciente se acerque a otras personas
  - Facilitar la creación y planificación de actividades futuras del paciente

### En el domicilio

- Las actividades anteriores pueden adaptarse a su uso en el domicilio
- Sugerir el uso de Internet a quienes vivan solos y permanezcan en su casa
- Organizar asistencia sanitaria doméstica, comida a domicilio, voluntarios que realicen visitas y otras actividades de ayuda que fomenten la interacción social
- Animar al cliente a realizar servicios voluntarios en la comunidad (p. ej., como visitante voluntario)

### Personas mayores

- Valorar los déficits funcionales auditivos y de otro tipo que puedan interferir en la comunicación
- Valorar la depresión
- Ofrecer dispositivos adaptativos para los déficits funcionales
- En el caso de pacientes internados, organizar manualidades, juegos, música y otras actividades en pequeños grupos
- Permitir al paciente que elija las personas con las que desea socializarse; ofrecer instrucciones
- Ofrecer actividades físicas
- Proponer la participación en programas tales como los “Abuelos adoptivos”

## INTERCAMBIO GASEOSO, DETERIORO DEL

(1980, 1996, 1998)

**Definición:** exceso o déficit en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Cefalea al despertar  
Disnea  
Trastorno visual

#### Objetivas

Aleteo nasal  
Cianosis (sólo en neonatos)  
Color de la piel anómalo (p. ej. pálida, oscura)  
Confusión  
Diaforesis  
Frecuencia, ritmo y profundidad respiratorios anómalos  
Gases en sangre arterial anómalos  
Hiperapnia  
Hipercarbica  
Hipoxia  
Hipoxemia  
Inquietud  
Irritabilidad  
pH arterial anómalo  
Reducción del dióxido de carbono  
Somnolencia  
Taquicardia

### Factores relacionados

Cambios en la membrana alveolocapilar  
Desequilibrio entre respiración-perfusión

### Sugerencias de uso

Esta etiqueta debe usarse con precaución. La reducción del paso de gases entre los alvéolos pulmonares y el sistema vascular puede descubrirse sólo mediante una prueba diagnóstica solicitada por un médico: el análisis de gases en sangre. Un paciente puede tener la mayoría de las características definitorias sin, de hecho, sufrir trastornos en el intercambio alveolar de gas. Es mejor utilizar una afirmación diagnóstica que describa los problemas relacionados con el oxígeno que los/las enfermeros/as pueden diagnosticar y tratar de forma independiente (por ejemplo, *intolerancia a la actividad*). Si se tra-

tan los otros diagnósticos posibles, que se listan a continuación, debería mejorar el *deterioro del intercambio gaseoso*. Si el paciente corre riesgo de *deterioro del intercambio gaseoso*, escriba el problema colaborador apropiado, como posible complicación de tromboflebitis: émbolo pulmonar). Véanse las sugerencias de uso para limpieza ineficaz de las vías aéreas, en la pág. 732, patrón respiratorio ineficaz, en la pág. 544 y respuesta disfuncional al destete del respirador, en la pág. 263.

El *déficit en el intercambio de gas* puede asociarse con varios diagnósticos médicos. Por ejemplo, la reducción del tejido pulmonar funcional puede ser secundaria a la neumopatía crónica, neumonía, toracotomía, atelectasia, síndrome de tensión respiratoria, masa y hernia diafragmática. Además, la reducción del suministro sanguíneo a los pulmones puede ocurrir de forma secundaria a la hipertensión pulmonar, la embolia pulmonar, la insuficiencia cardíaca congestiva, el síndrome de distrés respiratorio y la anemia.

### Otros posibles diagnósticos

Actividad, intolerancia a la  
Destete del respirador (DVWR), respuesta disfuncional al  
Patrón respiratorio, ineficaz  
Respiración espontánea, dificultad para mantener la  
Vías aéreas, limpieza ineficaz de las

### Resultados NOC

**Equilibrio electrolítico y ácido-base:** equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimentos intra- y extracelulares del cuerpo

**Estado respiratorio: intercambio gaseoso:** intercambio alveolar de CO<sub>2</sub> y O<sub>2</sub> para mantener las concentraciones de gases en la sangre arterial

**Estado respiratorio: ventilación:** movimiento de entrada y salida de aire en los pulmones

**Perfusión tisular: pulmonar:** adecuación del flujo sanguíneo a través de la vasculatura pulmonar para perfundir las unidades alveolocapilares

**Respuesta a la ventilación mecánica: adultos:** el intercambio alveolar y la perfusión tisular vienen apoyados por ventilación mecánica

**Respuesta alérgica: sistémica:** gravedad de la reacción inmunitaria hipersensible sistémica a un antígeno ambiental específico (exógeno)

**Signos vitales:** el punto hasta el cual se encuentran dentro del rango normal la temperatura, el pulso, la respiración y la tensión arterial

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- El *deterioro del intercambio gaseoso* se verá aliviado, según lo prueben la reacción alérgica: sistémica, equilibrio electrolítico y ácido-base, respuesta a ventilación mecánica: adulto, estado respiratorio: intercambio gaseoso, estado respiratorio: ventilación, perfusión tisular pulmonar y signos vitales

- El **estado respiratorio: intercambio gaseoso** no se verá puesto en peligro, según lo prueben los indicadores siguientes (especificar del 1 al 5: grave, sustancial, moderado, ligero o ninguno):
  - Estado cognitivo
  - PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, pH arterial y saturación de O<sub>2</sub>
  - CO<sub>2</sub> tidal final
- El **estado respiratorio: intercambio gaseoso** no se verá puesto en peligro según lo prueben los indicadores siguientes (especificar del 1 al 5: grave, sustancial, moderado, ligero o ninguno):
  - Disnea en reposo
  - Disnea con el ejercicio
  - Inquietud, cianosis y somnolencia
- El **estado respiratorio: ventilación** no se verá puesto en peligro según lo prueben los indicadores siguientes (especificar del 1 al 5: gravemente, de forma sustancial, de forma moderada, ligeramente o en absoluto en peligro):
  - Frecuencia respiratoria
  - Ritmo respiratorio
  - Profundidad de la inspiración
  - Expulsión de aire
  - Disnea en reposo
  - Sonidos respiratorios auscultados

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Presentar una función pulmonar en límites normales
- Tener una expansión torácica simétrica
- Describir el plan de cuidados domiciliarios
- No respirar con los labios curvados
- No sufrir falta de aliento u ortopnea
- No usar músculos accesorios para respirar

### Intervenciones NIC

**Asistencia en la ventilación:** promoción de una pauta respiratoria espontánea óptima que maximice el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones

**Control y seguimiento respiratorio:** recogida y análisis de los datos del paciente para garantizar la patencia de las vías respiratorias y el intercambio gaseoso adecuado

**Cuidados de la embolia: pulmonar:** limitación de las complicaciones para un paciente que está sufriendo, o corre riesgo de sufrir, oclusión de la circulación pulmonar

**Gestión anafiláctica:** promoción de la ventilación adecuada y de la perfusión tisular para una persona con una reacción alérgica (antígeno-anticuerpo) grave

**Gestión de electrolitos:** favorecer el equilibrio electrolítico y la prevención de las complicaciones que resultan de unas concentraciones anómalas o no deseables de electrolitos séricos

**Gestión de las vías aéreas:** facilitación de la permeabilidad de las vías respiratorias

**Gestión del asma:** identificación, tratamiento y prevención de las reacciones a la inflamación o constricción en los pasajes de las vías respiratorias

**Gestión del equilibrio ácido-base:** promoción del equilibrio ácido-base y prevención de las complicaciones resultantes del desequilibrio entre ácido y base

**Gestión del equilibrio ácido-base: acidosis respiratoria:** promoción del equilibrio entre ácidos y bases, y prevención de las complicaciones resultantes de unas concentraciones de  $pCO_2$  séricas superiores a las deseadas

**Gestión del equilibrio ácido-base: alcalosis respiratoria:** promoción del equilibrio entre ácido y base, y prevención de las complicaciones resultantes de unas concentraciones de  $pCO_2$  séricas inferiores a las deseadas

**Interpretación de datos de laboratorio:** análisis crítico de los datos de laboratorio del paciente para ayudar con la toma de decisiones médicas

**Monitorización de los signos vitales:** recogida y análisis de los datos cardiovasculares, respiratorios y sobre temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones

**Oxigenoterapia:** administración de oxígeno y control de su efectividad

**Regulación hemodinámica:** optimización de la frecuencia cardíaca, precarga, poscarga y contractilidad

**Ventilación mecánica:** uso de un dispositivo artificial para ayudar al paciente a respirar

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Evaluar los sonidos pulmonares, la frecuencia, profundidad y esfuerzo respiratorios y la producción de esputo como indicadores del uso efectivo del equipamiento auxiliar
- Controlar la saturación de  $O_2$  con el oxímetro de pulso
- Controlar los resultados gaseosos de la sangre; p. ej., unas concentraciones bajas de  $PaO_2$  y elevadas de  $PaCO_2$  sugieren deterioro respiratorio
- Controlar las concentraciones de electrolitos
- Controlar el estado mental, como nivel de conciencia, inquietud y confusión
- Aumentar la frecuencia de la vigilancia cuando el paciente parezca estar somnoliento
- Observar si existe cianosis, especialmente de las membranas mucosas orales
- (NIC) *Gestión de las vías aéreas:*
  - Identificar al paciente que necesite inserción real o posible de las vías respiratorias
  - Auscultar los sonidos respiratorios, tomando nota de las áreas de respiración reducida o ausente y de la presencia de sonidos adicionales

Controlar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda

- (NIC) *Regulación hemodinámica:*
  - Auscultar los sonidos cardiacos
  - Monitorizar y documentar la frecuencia, el ritmo y los pulsos cardiacos
  - Monitorizar la presencia de edema periférico, la distensión de la vena yugular y los sonidos cardiacos  $S_3$  y  $S_4$
  - Monitorizar el funcionamiento del marcapasos, si procede

### Educación del paciente y la familia

- Explicar el uso adecuado del equipo auxiliar (oxígeno, aspiración, espirómetro, respiración por presión positiva intermitente [IPPB])
- Indicar al paciente las técnicas de respiración y de relajación
- Explicar a paciente y familia las razones para el tratamiento con oxígeno de flujo bajo y otros tratamientos
- Informar al paciente y a la familia de que está prohibido fumar
- (NIC) *Gestión de las vías aéreas:*
  - Enseñar cómo toser con eficacia
  - Enseñar al paciente cómo usar los inhaladores recetados, según corresponda

### Actividades auxiliares

- Consultar con el médico en relación con las necesidades futuras de la prueba de gas arterial en sangre (ABG) y del uso de equipo auxiliar según lo indique un cambio en el estado del paciente
- Comunicar los cambios en los datos de evaluación correlacionados, como sensorio del paciente, sonidos respiratorios, pauta respiratoria, ABG, esputo, efecto de los medicamentos
- Administrar los medicamentos recetados, como el bicarbonato sódico, para mantener el equilibrio ácido-base
- Preparar al paciente para la respiración mecánica, en caso necesario
- (NIC) *Gestión de las vías aéreas:*
  - Administrar aire u oxígeno humidificado, según corresponda
  - Administrar broncodilatadores, según corresponda
  - Administrar tratamientos con aerosol, según corresponda
  - Administrar tratamientos con nebulizador ultrasónico, según corresponda
- (NIC) *Regulación hemodinámica:* administrar medicamentos antiarrítmicos, según corresponda

### Otras

- Informar al paciente antes de comenzar los procedimientos previstos, para reducir la angustia y aumentar la sensación de control
- Tranquilizar al paciente durante los periodos de distrés respiratorio o angustia
- Ofrecer higiene bucal frecuente

- Instituir medidas para reducir el consumo de oxígeno, como control de la fiebre y el dolor, reducción de la angustia
- Si se receta oxígeno a los pacientes con problemas crónicos respiratorios, controlar estrechamente el flujo de oxígeno y las respiraciones, debido al riesgo de depresión respiratoria provocada por el oxígeno
- Poner en práctica un plan de cuidados para un paciente en un respirador, que pueden incluir:
  - Garantizar la administración adecuada de oxígeno mediante la comunicación de un valor ABG anómalo, fijando una bolsa ambú a la fuente de oxígeno a la cabecera e hiperoxigenándola antes de la aspiración
  - Garantizar una pauta respiratoria eficaz mediante la evaluación de la sincronización y la posible necesidad de sedación
  - Mantener la permeabilidad de las vías aéreas aspirando al paciente y manteniendo un tubo endotraqueal o un repuesto a la cabecera
  - Monitorizar la presencia de complicaciones, como neumotórax o aireación unilateral
  - Comprobar la colocación correcta del tubo endotraqueal
- (NIC) *Gestión de las vías aéreas:*
  - Colocar al paciente para maximizar la posibilidad de ventilación
  - Colocar al paciente en una postura que alivie la disnea
  - Insertar una vía respiratoria oral o nasofaríngea, según corresponda
  - Eliminar las secreciones para fomentar la tos o la aspiración
  - Fomentar el proceso de respiración lenta y profunda; giro y tos
  - Ayudar con el uso de un espirómetro incentivo, si procede
  - Realizar fisioterapia torácica, según corresponda
- (NIC) *Regulación hemodinámica:*
  - Elevar la cabecera de la cama, según corresponda
  - Colocar en posición Trendelenburg, si procede

### En el domicilio

- Evaluar las posibles fuentes de alérgenos y humo secundario
- Ayudar al paciente a reconocer y evitar las situaciones que provoquen problemas respiratorios, como el uso de limpiadores y disolventes domésticos, o la tensión nerviosa
- Enfatizar a la familia que nadie debe fumar en el hogar
- Remitir a programas para dejar de fumar, en caso necesario
- Animar a la familia a instalar un filtro de aire en el hogar
- Dar información al paciente y a su familia sobre el plan de asistencia domiciliaria, como medicamentos, actividad, equipo auxiliar, signos y síntomas que pueden comunicarse y recursos comunitarios
- Mantener la temperatura del hogar por encima de los 20 °C
- Remitir a los servicios de ayuda sanitaria y limpieza del hogar para conservar la energía

- Evaluar la seguridad eléctrica, como toma de tierra, del equipo respiratorio
- Si se usa un respirador doméstico, notificar a la policía y a los bomberos, además de a la empresa de servicios

### Personas mayores

- Monitorizar cuidadosamente las respiraciones cuando se usen depresores del sistema nervioso central. El metabolismo de los fármacos cambia con la edad y los ancianos tienen tendencia a la depresión respiratoria
- Si se receta oxígeno, debe usarse flujo bajo para evitar la depresión respiratoria provocada por oxígeno

## INTOXICACIÓN, RIESGO DE

(1980, 2006)

**Definición:** aumento del riesgo de exposición accidental o ingesta de medicamentos o productos peligrosos en dosis suficiente como para causar una intoxicación.

### Factores de riesgo

#### *Internos (individuales)*

Ausencia de precauciones adecuadas  
 Dificultades cognitivas o emocionales  
 Falta de seguridad o formación sobre fármacos  
 Indicación de que el emplazamiento no cuenta con las protecciones adecuadas  
 Visión limitada

#### *Externos (ambientales)*

[Capacidad económica insuficiente]  
 Disponibilidad de fármacos ilegales potencialmente contaminados por aditivos tóxicos  
 Gran cantidad de fármacos en el domicilio  
 Medicamentos almacenados en armarios sin cierre a los que pueden acceder niños o personas discapacitadas  
 Productos peligrosos colocados al alcance de niños o personas discapacitadas

### Otros factores de riesgo (no NANDA)

Contaminación química de alimentos y agua  
 Contacto con metales pesados o productos químicos sin la protección adecuada  
 Desprendimiento, eliminación de pintura o yeso en presencia de niños

Pintura, barnizado, etc. en zonas mal ventiladas o sin la protección necesaria

Presencia de contaminantes atmosféricos

Presencia de vegetación tóxica

### Sugerencias de uso

Emplee la etiqueta más específica que incluya las características definitivas (es decir, si se detectan los factores de riesgo requeridos, utilice *Riesgo de intoxicación* en lugar de *Riesgo de lesión*).

### Otros posibles diagnósticos

Mantenimiento del hogar, dificultades para el

Lesión, riesgo de

Parental, alteración

Violencia autodirigida, riesgo de

### Resultados NOC

**Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar:** adaptaciones físicas para minimizar los factores del entorno que podrían causar daños o lesiones físicas en el hogar

**Conducta de seguridad: personal:** actos personales de un adulto para controlar comportamientos que pueden causar lesiones físicas

**Gravedad de lesión física:** gravedad de las lesiones ocasionadas por accidentes y traumatismos

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra conducta de **seguridad: ambiente físico del hogar**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: nada, ligeramente, moderadamente, sustancialmente o totalmente adecuada):
  - Mantenimiento de un detector de monóxido de carbono
  - Almacenamiento seguro de medicamentos para evitar un uso accidental
  - Corrección de los riesgos de inclinación
  - Colocación de etiquetas de advertencia del peligro

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Desarrollar estrategias para prevenir la intoxicación
- Demostrar un conocimiento sobre el uso seguro de la medicación, tal y como se describe en los métodos de administración, dosificación, almacenamiento y desecho
- Buscar información sobre los riesgos potenciales
- Indicar que guarda los números de contacto de los centros de control toxicológico en un lugar de fácil acceso

## Intervenciones NIC

**Educación sanitaria:** desarrollo y ofrecimiento de instrucciones y experiencias para facilitar la adaptación voluntaria del comportamiento para mejorar la salud de individuos, familias, grupos o comunidades

**Gestión del entorno: seguridad:** control y manipulación del entorno físico para mejorar la seguridad

**Vigilancia: seguridad:** recopilación y análisis continuados e intencionados de información sobre el paciente y el entorno para emplearlos con el fin de mejorar y mantener la seguridad del paciente

## Actividades de enfermería

### Valoración

- (NIC) *Gestión del entorno: seguridad:* gestionar el entorno para detectar cambios en el estado de la seguridad
- (NIC) *Vigilancia: seguridad:*
  - Vigilar al paciente para detectar alteraciones en las funciones físicas o cognitivas que podrían producir un comportamiento poco seguro
  - Determinar el grado de vigilancia necesario para el paciente, según su nivel funcional y los peligros presentes en el entorno

### Educación del paciente y la familia

- Ofrecer material educativo relativo a las estrategias de seguridad y medidas preventivas contra sustancias tóxicas
- (NIC) *Gestión del entorno: seguridad:*
  - Informar a los grupos e individuos de alto riesgo acerca de los peligros del entorno (p. ej., plomo y radón)
  - Indicar al paciente los números de teléfono de los servicios de urgencias (p. ej., Policía, servicios sanitarios y centro de información toxicológica)

### Actividades auxiliares

- Remitir al paciente a clases en la comunidad (p. ej., reanimación cardiopulmonar, primeros auxilios)
- (NIC) *Gestión del entorno: seguridad:* colaborar con otros centros (p. ej., centro de salud, Policía y agencia de protección ambiental) para mejorar la seguridad del entorno

### Otras

- (NIC) *Gestión del entorno: seguridad:*
  - Modificar el entorno para minimizar los peligros y los riesgos
  - Emplear dispositivos de protección (p. ej., sujeciones, pasamanos, puertas bloqueadas, vallas y verjas) para limitar la movilidad o el acceso a lugares peligrosos
- (NIC) *Vigilancia: seguridad:* ofrecer un nivel de supervisión y vigilancia adecuado para controlar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, según sea necesario

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores son adecuadas para los cuidados en el domicilio
- Ofrecer un listado de números telefónicos de los centros de control toxicológico y otros números de servicios de urgencias
- Ayudar a la familia a identificar sustancias tóxicas dentro del domicilio o en las proximidades del mismo (p. ej., pintura, abono, herbicidas, gasolina, matarratas)
- Asegurarse de que hay un detector de monóxido de carbono en la casa
- Recomendar una inspección anual de la caldera
- Recomendar la instalación de una pantalla en la chimenea para evitar que los animales (p. ej., ardillas) aniden dentro y bloqueen el tiro

### Bebés y niños

- Obtener etiquetas de “Mr. Yuk” (icono especial para indicar la toxicidad de un producto) para que los progenitores las coloquen en las sustancias tóxicas (para obtener las pegatinas, visite [http://www.chp.edu/chpstore/poisonprev.php#mr\\_yuk\\_stickers](http://www.chp.edu/chpstore/poisonprev.php#mr_yuk_stickers))
- Emplear contenedores que los niños no puedan abrir, pero no se debe suponer que cualquier contenedor está fabricado por completo a prueba de niños
- Guardar los medicamentos y las sustancias tóxicas en sus contenedores originales, nunca en paquetes de comida
- Al administrar medicamentos a los niños, no se les debe decir que son golosinas
- Enseñar a los progenitores que el jarabe de ipecacuana no se debe emplear en el domicilio
- Enseñar a los progenitores que algunas plantas domésticas son tóxicas y deben eliminarse de la casa o, al menos, deben colocarse fuera del alcance de los niños

### Personas mayores

- Si el cliente emplea dos medicamentos de aspecto similar, recomendar al cliente y a la familia que no los almacenen en el mismo sitio

## LACTANCIA MATERNA, INTERRUPCIÓN DE LA (1992)

**Definición:** ruptura de la continuidad de la lactancia materna debido a la incapacidad o la inconveniencia de poner al bebé al pecho para que se alimente.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Deseo materno de mantener la lactancia y proporcionar (o proporcionar eventualmente) su leche para las necesidades nutricionales del bebé

#### Objetivas

El bebé no recibe alimento del pecho en alguna toma o en todas ellas  
Falta de conocimientos sobre la extracción y almacenaje de leche materna  
Separación de la madre y el niño

L

### Factores relacionados

[Congestión]  
Contraindicaciones de la lactancia materna  
Destete súbito del bebé  
Enfermedad materna o del niño  
Medicamentos maternos que están contraindicados para el niño  
[Pezones agrietados o dolorosos]  
Prematuridad  
Trabajo materno [obligaciones fuera del hogar]

### Sugerencias de uso

Como este diagnóstico representa una situación más que una respuesta, el/la enfermero/a no puede hacer mucho para corregir la interrupción (como la necesidad de trabajar de la madre). Por lo tanto, este diagnóstico podría servir mejor como una etiología (p. ej., riesgo de lactancia materna ineficaz relacionada con interrupción de la lactancia materna secundaria al trabajo de la madre). Véanse también las sugerencias de uso de lactancia materna ineficaz, pág. 439.

### Otros posibles diagnósticos

Alimentación ineficaz del lactante, patrón de  
Lactancia materna, ineficaz  
[Lactancia materna ineficaz, riesgo de]

### Resultados NOC

**Afecto padres/niños:** conductas de los padres y el niño que demuestran un lazo afectivo sólido

**Conocimiento: lactancia materna:** alcance del conocimiento sobre la lactancia y la nutrición de un niño mediante lactancia materna

**Lactancia materna: destete:** suspensión progresiva de la lactancia materna

**Mantenimiento de la lactancia:** continuación de la lactancia materna para la nutrición de un bebé o preescolar

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- La madre y el bebé no presentarán *interrupción de la lactancia materna*, puesto de manifiesto por conocimiento: lactancia materna y mantenimiento de la lactancia sostenidos y afecto padres/lactante consistentemente demostrados
- La madre y el bebé demostrarán **mantenimiento de la lactancia**, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: nada, ligeramente, moderadamente, sustancialmente o totalmente adecuado)
  - Crecimiento y desarrollo del niño normales
  - Reconocimiento de las señales de disminución de la producción de leche
  - Apoyo para continuar con la lactancia al volver al trabajo o a los estudios
  - Capacidad de la madre de recoger y almacenar la leche materna en condiciones de seguridad, si así lo desea
  - Capacidad del cuidador del niño de descongelar, calentar y administrar la leche materna almacenada, en condiciones de seguridad

### Otros ejemplos

- La madre y el niño mantendrán una lactancia eficaz tanto tiempo como deseen
  - La madre será capaz de:
    - Elegir y poner en práctica su técnica preferida para la extracción de leche
    - Describir las técnicas seguras para almacenar la leche extraída
    - Mantener la lactancia
  - El bebé será capaz de:
    - Recibir la leche materna a no ser que esté contraindicado (p. ej., por ciertos fármacos administrados a la madre)
- Aumentar de peso en \_\_\_\_\_ g/día o \_\_\_\_\_ g/semana

## Intervenciones NIC

**Alimentación por biberón:** preparación y administración de líquidos al bebé por medio de un biberón

**Apoyo emocional:** proporcionar consuelo, aprobación y ánimo durante los momentos de estrés

**Asesoramiento en la lactancia materna:** uso de un proceso de ayuda interactivo para ayudar a mantener una lactancia materna eficaz

**Gestión del entorno: proceso de acercamiento:** manipular el entorno del paciente para facilitar el desarrollo de la relación padres/lactante

**Promoción del afecto:** facilitar el desarrollo de la relación padres/lactante

**Supresión de la lactancia:** facilitar la interrupción de la producción de leche y minimizar la congestión mamaria después de dar a luz

## Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería para este diagnóstico se centran en motivar y apoyar la continuación de la lactancia materna o en enseñar a facilitar el paso al biberón.

### Valoración

- Evaluar la capacidad de la familia para apoyar el plan de lactancia materna y afrontar los cambios del estilo de vida
- Valorar el deseo y la motivación maternas para continuar con la lactancia materna
- Confirmar que se puede retomar la lactancia materna tras una interrupción (p. ej., estabilidad del bebé fuera de la incubadora, coordinación de succión, deglución y respiración del bebé, deseo de la madre de intentarlo)
- Cuando la etiología es enfermedad del bebé o prematuridad, considerar una tabla de lactancia para facilitar la valoración: registrar el estado del niño, la necesidad de oxígeno, la posición, el tiempo en el pecho, el tiempo total de lactancia, el peso diario, las heces
- *(NIC) Alimentación por biberón:*
  - Determinar el origen del agua empleada para diluir la fórmula concentrada o en polvo
  - Determinar el contenido de flúor del agua utilizada para diluir la fórmula concentrada o en polvo y derivar para conseguir suplementos de flúor, si está indicado
  - Vigilar el peso del bebé, como sea adecuado

L

### Educación del paciente y la familia

- Ayudar a una madre trabajadora a mantener la lactancia mediante las siguientes enseñanzas:
  - Informar acerca de la lactancia y la extracción (con sacaleches manual o eléctrico), recogida y almacenaje de leche materna
  - Enseñar y demostrar el funcionamiento de varios sacaleches, ofreciendo información sobre los costes, la eficacia y la disponibilidad de todos ellos
  - Instruir al cuidador del niño en lo referente al almacenaje y descongelación de la leche materna, así como evitar dar el biberón durante las dos horas anteriores a la llegada a casa de la madre
  - Proporcionar información para aumentar el volumen de leche, con descanso apropiado, extracción regular de leche y aumento de la ingesta materna de líquidos, especialmente hacia el final de la semana laboral
- Si es necesario, alimentar con biberones, enseñar a los padres a preparar, almacenar, calentar y administrar la leche artificial
- *(NIC) Alimentación por biberón:* advertir a los padres del riesgo de utilizar las microondas para calentar la leche
- Si el destete es necesario, informar a la madre acerca del retorno de la ovulación y de las medidas anticonceptivas apropiadas

### Otras

- Ayudar a la madre a fijarse objetivos realistas
- Animar a seguir administrando leche materna al volver al trabajo o a los estudios
- Ayudar a la madre y al bebé prematuro en la transición al pecho:
  - Favorecer el contacto directo entre madre e hijo, utilizando una manta para cubrir al niño y mantener la temperatura corporal
  - Ayudar al niño a abrir más la boca
  - Colocar al bebé con una mano sujetando la cabeza, dejando la otra mano libre para manipular el pecho; la oreja, el hombro y las caderas del niño deberían estar alineados para que los pezones maternos no resulten dañados
  - Asegurar la privacidad

### L

- Ayudar a la madre trabajadora a continuar con la lactancia materna eficaz:
  - Unos días antes de la vuelta al trabajo, presentar el biberón al bebé en distintas situaciones: alguien distinto de la madre tiene el biberón, la madre no está presente, el bebé tiene hambre, en un lugar distinto al habitual de las tomas maternas
  - Planificar un horario para la extracción y almacenaje de leche en el trabajo
  - Establecer una red de apoyo para asegurar que la madre reciba ayuda para la lactancia cotidiana y los problemas de la lactancia materna si aparecen
  - Proporcionar directrices anticipatorias para posibles problemas (p. ej., congestión, dolor, goteo de leche, disminución de la producción de leche, sentimientos de decepción y enfado, depresión, culpa, inadecuación)
  - Permitir que el bebé, una vez se encaje en el pezón, se alimente hasta que pare la succión y deglución; cambiar al bebé al otro pecho y repetir hasta que deje de succionar o tragar, después volver a cambiarlo. El tiempo pasado al pecho será mayor que con el biberón, pero no hasta el punto de agotar al bebé
- Si es necesario hacer un destete súbito, ayudar a la madre a:
  - Introducir la alimentación por biberón
  - Tratar las molestias mamarias (p. ej., hielo en la región axilar; vendaje compresivo de los pechos; sujetador bien ajustado y protector; evitar la estimulación mamaria)
  - Expresar sus sentimientos acerca del brusco cambio de planes

### En el domicilio

- Véase lactancia materna, eficaz

## LACTANCIA MATERNA EFICAZ

(1990)

**Definición:** la pareja madre-hijo o la familia muestra competencia y satisfacción adecuadas respecto a la lactancia.

### Características definitorias

#### Subjetivas

La madre expresa su satisfacción respecto a la lactancia

#### Objetivas

Capacidad de la madre para colocar el niño al pecho para lograr un encaje adecuado

Comunicación eficaz entre madre e hijo [p. ej., señales del niño, interpretaciones o respuestas de la madre]

Entusiasmo del niño por mamar

Hábitos de eliminación del niño adecuados para su edad

Peso del niño apropiado para su edad

Satisfacción del niño después de mamar

Signos y síntomas de liberación de oxitocina [reflejo de salida de la leche]

Succión y deglución regulares y mantenidas mientras está en el pecho

L

### Factores relacionados

Confianza materna

Conocimientos básicos acerca de la lactancia materna

Edad gestacional del recién nacido superior a 34 semanas

Estructura oral del niño normal

Fuentes de apoyo

Mamas normales

### Sugerencias de uso

Éste es un diagnóstico de bienestar; por tanto, no es necesario escribirlo junto a una etiología (factores relacionados). Representa un juicio clínico de que la lactancia materna progresa satisfactoriamente y que no hay factores de riesgo de *lactancia materna ineficaz*. Durante los días siguientes al nacimiento del niño, el objetivo de enfermería es prevenir o eliminar los factores de riesgo que podrían causar *lactancia materna ineficaz*. En ese momento es probablemente demasiado pronto para concluir que no hay problemas ni factores de riesgo, de modo que una opción mejor podría ser *riesgo de lactancia materna ineficaz*. Carpenito-Moyet (2006b) recomienda utilizar un diagnóstico no NANDA de *potencial para mejorar la lactancia materna* en vez de *lactancia materna eficaz*.

### Otros posibles diagnósticos

[Potencial para mejorar la lactancia materna]

Riesgo de lactancia materna ineficaz

## Resultados NOC

**Establecimiento de la lactancia materna: madre:** establecimiento materno de un agarre y succión del pecho materno apropiados por parte del bebé, para la nutrición, durante las tres primeras semanas de lactancia materna

**Establecimiento de la lactancia materna: neonato:** agarre del bebé al pecho materno y succión del mismo para nutrirse durante las tres primeras semanas de lactancia materna

**Lactancia materna: destete:** suspensión paulatina de la lactancia materna

**Mantenimiento de la lactancia:** continuación de la lactancia materna de un bebé/preescolar para nutrirse

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

Véase lactancia materna ineficaz, págs. 439-442

### Otros ejemplos

- La madre y el niño serán capaces de establecer la lactancia materna y la mantendrán tanto como deseen
- El niño será capaz de demostrar que consigue:
  - Alineación y agarre areolar correctos
  - Técnica del encaje y colocación de la lengua adecuados
  - Succión y deglución audibles
- La madre será capaz de:
  - Distinguir precozmente las señales de que el niño tiene hambre
  - Expresar su satisfacción con la lactancia
  - No presentar una sensibilidad excesiva en los pezones
  - Expresar que conoce los signos de un menor aporte de leche
  - Explicar cómo recoger y almacenar con seguridad la leche

## Intervenciones NIC

**Asesoramiento en la lactancia materna:** uso de un proceso de ayuda interactivo para ayudar a mantener una lactancia materna eficaz

**Ayuda en la lactancia materna:** preparar a una mujer que acaba de ser madre para dar de mamar a su hijo

**Supresión de la lactancia:** facilitar la interrupción de la producción de leche y minimizar la congestión mamaria después de dar a luz

## Actividades de enfermería

### Postparto precoz

#### Valoración

- Observar si la técnica de lactancia es correcta
- (NIC) *Ayuda en la lactancia materna:*

- Vigilar la capacidad de succión del recién nacido
- Supervisar si el recién nacido agarra el pezón correctamente (es decir, técnica del encaje)
- Vigilar la integridad de la piel de los pezones
- Observar el reflejo de salida de la leche

### Educación del paciente y la familia

- Comentar el horario de lactancia, habitualmente “a demanda”, cada 1,5-3 horas
- Enseñar a la madre las normas habituales de lactancia materna (p. ej., mayor frecuencia de tomas durante las primeras semanas de la vida, patrones de eliminación del bebé, contracciones uterinas durante la lactancia)
- Proporcionar directrices anticipadas sobre posibles problemas, como cansancio materno, congestión mamaria, grietas y dolor en los pezones, partos múltiples
- Comentar formas de favorecer la producción de leche:
  - Beber muchos líquidos
  - Descansar adecuadamente (p. ej., entre las tomas)
  - Dar de mamar con frecuencia
  - Empezar cada toma con el pecho contrario al último utilizado
  - Ofrecer ambos pechos en cada toma
- *(NIC) Ayuda en la lactancia materna:*
  - Ayudar a los padres a identificar las señales de excitación que emite el bebé como oportunidades para practicar la lactancia materna
  - Animar a la madre a que permita que el bebé esté al pecho tanto tiempo como él desee
  - Informar a la madre acerca de los sacaleches, si es preciso, para mantener la lactancia
  - Promover que la madre utilice un sujetador de lactancia, cómodo y protector, de algodón
  - Proporcionar material impreso para reforzar las instrucciones en el domicilio

### Actividades auxiliares

- Derivar a los recursos comunitarios adecuados, como grupos de lactancia, otras madres en la misma situación, o asesores de lactancia

### Otras

- Favorecer la confianza de la madre realizando comentarios positivos
- Dar la oportunidad de iniciar la lactancia materna una o dos horas después del parto

## En el domicilio

### Valoración

- Evaluar la técnica de lactancia dentro de los cinco-siete días posteriores al nacimiento
- Confirmar el patrón de eliminación del bebé
- Explorar los planes maternos respecto a la lactancia, por ejemplo, duración, vuelta al trabajo, introducción de alimentos sólidos, destete; proporcionar directrices anticipatorias

### Educación del paciente y la familia

- Comentar a la madre que es necesario consultar al médico antes de tomar un medicamento mientras dure la lactancia materna
- Proporcionar instrucciones respecto a la congestión mamaria, grietas en los pezones, pezones dolorosos, extracción manual, rachas de hambre del bebé, suplementos nutricionales

### Actividades auxiliares

- Animar a la madre a unirse o a solicitar recursos asistenciales disponibles (p. ej., familia, enfermera de salud pública, pediatra, grupos de lactancia)

### Otras

- Comentar la influencia de la lactancia materna en la dinámica familiar
- Hablar de la importancia de fijar prioridades y delegar la preparación de comidas, aumentando los descansos de la madre y minimizando las tareas domésticas
- Favorecer la confianza materna con palabras alentadoras, de ánimo y elogio

---

## LACTANCIA MATERNA INEFICAZ

(1988)

**Definición:** insatisfacción o dificultad de la madre, el bebé o el niño respecto a la lactancia materna.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Lactancia insatisfactoria [así calificada por la madre]  
Percepción de que la cantidad de leche es inadecuada

**Objetivas**

Ausencia de respuesta a otras medidas destinadas a confortarle  
 Ausencia de signos perceptibles de liberación de oxitocina  
 Incapacidad del bebé para tomar el pecho materno correctamente  
 Irritabilidad y llanto una hora después de mamar  
 Oportunidades insuficientes de succionar el pezón  
 Persistencia de dolor en los pezones después de la primera semana de lactancia  
 Producción de leche inadecuada  
 Resistencia del niño a encajarse eficazmente al pecho  
 Rigidez y llantos mientras está al pecho  
 Signos perceptibles de ingesta inapropiada por parte del niño  
 Succión no mantenida  
 Vaciado insuficiente de los pechos en cada toma

L

**Factores relacionados**

Anomalías del niño  
 Anomalías del pecho materno  
 Ansiedad o ambivalencia materna  
 Antecedentes de fracaso en la lactancia  
 [Cansancio o enfermedad materna]  
 Cirugía previa en el pecho  
 Déficit de conocimiento  
 El bebé recibe suplementos alimenticios con una tetina artificial  
 Escaso reflejo de succión del bebé  
 [Ingesta de líquidos insuficiente]  
 Interrupción de la lactancia materna  
 Pareja o familia que no proporcionan apoyo  
 Prematuridad

**Sugerencias de uso**

Este diagnóstico se centra en la satisfacción de la madre con la lactancia y supone una producción de leche inadecuada, real o percibida. Las comparaciones de la tabla 8 pueden ser útiles para determinar el mejor diagnóstico.

**Tabla 8**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Claves (características definitorias)</b>
<i>Lactancia materna ineficaz</i>	Insatisfacción con el proceso de alimentación
<i>Patrón de alimentación ineficaz del lactante</i>	Incapacidad del niño para succionar o respuestas de succión y deglución mal coordinadas
<i>Interrupción de la lactancia materna</i>	La madre desea mantener la lactancia pero no puede poner el bebé al pecho en algunas tomas (p. ej. por enfermedad o trabajo)

Si existen factores de riesgo, como ambivalencia maternal, pezones invertidos o madre muy joven, es mejor utilizar *riesgo de lactancia materna ineficaz* (este diagnóstico no está recogido en la NANDA).

### Otros posibles diagnósticos

Alimentación ineficaz del lactante, Patrón de Lactancia materna, interrupción de la [Lactancia materna ineficaz, riesgo de]

### Resultados NOC

**Conocimiento: lactancia materna:** alcance del conocimiento sobre la lactancia y la nutrición de un niño mediante lactancia materna

**Establecimiento de la lactancia materna: madre:** establecimiento por parte de la madre del agarre del bebé y succión para nutrirse durante las tres primeras semanas de lactancia materna

**Establecimiento de la lactancia materna: neonato:** agarre del bebé al pecho materno y succión para nutrirse durante las tres primeras semanas de vida

**Lactancia materna: destete:** suspensión progresiva de la lactancia materna

**Mantenimiento de la lactancia:** continuación de la lactancia materna para la nutrición de un bebé o preescolar

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- La madre y el niño presentarán *lactancia materna eficaz*, demostrada por conocimiento: lactancia materna; establecimiento de la lactancia materna: madre/neonato; mantenimiento de la lactancia materna y lactancia materna: destete
- El niño demostrará **establecimiento de la lactancia materna: neonato**, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: inadecuado, ligeramente, moderadamente, sustancialmente, o totalmente adecuado):
  - Alineamiento y encaje correctos
  - Agarre y compresión del pezón adecuados
  - Succión y colocación de la lengua correctos
  - Deglución audible
  - Como mínimo, ocho tomas diarias [a demanda]
  - Bienestar del niño después de la toma
  - Aumento de peso adecuado a la edad

### Otros ejemplos

La madre será capaz de:

- Mantener la lactancia materna tanto tiempo como desee
- Describir que se siente progresivamente más segura respecto a la lactancia

- Reconocer las señales precoces de hambre del niño
- Indicar su satisfacción con la lactancia
- No presentar dolor en los pezones
- Reconocer los signos de reducción de la producción de leche

### Intervenciones NIC

**Asesoramiento en la lactancia materna:** uso de un proceso de ayuda interactivo para ayudar a mantener una lactancia materna eficaz

**Ayuda en la lactancia materna:** preparar a una mujer que acaba de ser madre para dar de mamar a su hijo

**Supresión de la lactancia:** facilitar la interrupción de la producción de leche y minimizar la congestión mamaria después de dar a luz

### Actividades de enfermería

En general, las acciones de enfermería en este diagnóstico se centran en enseñar a reducir o eliminar aquellos factores que contribuyen a la *lactancia materna ineficaz*. Las intervenciones consisten básicamente en autocuidado de la madre, excepto la valoración y enseñanza.

L

### Valoración

- Evaluar el conocimiento y experiencias maternas respecto a la lactancia
- Valorar la capacidad del bebé para agarrar el pecho y succionar eficazmente
- Al inicio del periodo prenatal, valorar los factores de riesgo de lactancia materna ineficaz (p. ej., edad inferior a 20 años, nivel socioeconómico bajo, pezones invertidos)
- Vigilar el peso del niño y su patrón de eliminación
- Valorar posibles molestias (p.ej., pezones dolorosos, congestión)
- *(NIC) Asesoramiento en la lactancia materna:*
  - Evaluar la succión y deglución del recién nacido
  - Determinar los deseos de la madre y su motivación para la lactancia materna
  - Valorar si la madre comprende las señales de hambre del niño (p. ej., búsqueda, succión y estado de vigilancia)
  - Supervisar la habilidad materna para encajar el niño al pezón
  - Vigilar la integridad de la piel de los pezones
  - Evaluar los conocimientos acerca de la obstrucción de conductos mamaros y la mastitis
  - Supervisar la capacidad de resolver de forma eficaz la congestión mamaria

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar a la madre técnicas de lactancia materna que aumenten su habilidad para alimentar al niño; tener en cuenta técnicas de relajación, posturas cómodas, estimular el reflejo de búsqueda, determinar el estado de alerta del niño antes de intentar darle de mamar, eructos, estimular al niño para que continúe mamando, y alternar los pechos

- Enseñar a la madre a ofrecer ambos pechos en cada toma, empezando cada vez por uno distinto
- Instruir a la madre acerca de los dispositivos sacaleches y las técnicas para mantener la producción de leche durante las interrupciones o los retrasos del reflejo de succión del bebé
- Enseñar a la madre que es necesario descansar bien y tomar abundantes líquidos
- (NIC) *Asesoramiento en la lactancia materna:*
  - Informar sobre las ventajas y desventajas de dar el pecho
  - Comentar otros métodos para alimentar al bebé
  - Corregir ideas falsas, informaciones equivocadas y conceptos inexactos acerca de la lactancia materna
  - Mostrar el adiestramiento en la succión, si es preciso
  - Instruir acerca de los tipos de heces y orina del bebé, si es preciso
  - Recomendar cuidados para los pezones, si es necesario
  - Enseñar las manifestaciones de los problemas que se deben comunicar a los profesionales sanitarios
  - Comentar los indicios de que está preparado para el destete

#### Actividades auxiliares

- Derivar a los recursos comunitarios apropiados, como grupos de lactancia, asesores para la lactancia y los servicios de salud pública

#### Otras

- Animar a que el recién nacido permanezca todo el tiempo en la habitación de la madre
- Animar a dar el pecho a demanda, desaconsejar los biberones complementarios
- Hacer que la madre extraiga la leche necesaria para aliviar la congestión, permitiendo la eversión de los pezones
- Aumentar el número de tomas a demanda en los niños desvelados que lloran
- Aumentar el número de tomas programadas para los niños dormilones de bajo peso al nacer
- Ofrecer comida y líquidos a la madre durante el día y la tarde antes de las tomas
- Asegurar la privacidad de la madre y el bebé
- Reconocer conductas de *tiempo fuera* en los prematuros
- Programar periodos de descanso, si es preciso
- Reforzar las conductas eficaces
- (NIC) *Asesoramiento en la lactancia:*
  - Apoyar las decisiones de la madre
  - Animar a continuar con la lactancia materna al volver al trabajo o a los estudios

### En el domicilio

Véase lactancia eficaz

- Observar una sesión de lactancia materna completa en las visitas domiciliarias postparto
- Enseñar los signos, síntomas y cuidados de los problemas frecuentes (p. ej., congestión, pezones dolorosos, candidiasis); recomendar que contacte con su médico de cabecera si la congestión dura más de 48 horas o si aparecen síntomas de mastitis (p. ej., escalofríos, fiebre >40 °C)

L

## LÁTEX, RESPUESTA ALÉRGICA AL

(1998, 2006)

**Definición:** reacción hipersensible a los productos que contienen látex.

### Características definitorias

*Reacciones con riesgo para la vida del paciente que se producen menos de una hora después de la exposición al látex*

Dificultad respiratoria (disnea), presión pectoral, respiración dificultosa, broncoespasmo que deriva en paro respiratorio

Edema en labios, lengua, úvula o garganta

Hipotensión, síncope, paro cardíaco

Urticaria de contacto que crea síntomas generalizados

### Características bucofaciales

Congestión, picor o eritema nasal

Edema en escleróticas o párpados

Eritema facial

Eritema o picor de ojos

Lagrimo

Picor bucal

Picor facial

Rinorrea

### Características gastrointestinales

Dolor abdominal

Náuseas

### Características generalizadas

Edema generalizado

Enrojecimiento

Inquietud

Malestar generalizado

Quejas debido a una alta temperatura corporal general

#### Reacciones de tipo IV

Eccema

Enrojecimiento

Irritación

Reacción molesta a aditivos como tiuramas y carbamatos

Reacciones que se producen más de una hora después de la exposición

### Factores relacionados

Hipersensibilidad a la proteína de látex natural

### Sugerencias de uso

L

Para obtener información sobre situaciones que ocasionen con frecuencia hipersensibilidad al látex, véase el apartado Factores de riesgo del látex, riesgo de respuesta alérgica, en la pág. 451. Para ambos diagnósticos, los cuidados de enfermería deberían centrarse en evitar la exposición al látex. Cuando se produzca una reacción alérgica real, la dermatitis deberá tratarla un médico y podrán emplearse los diagnósticos de enfermería *deterioro de la integridad cutánea* y *riesgo de infección*.

### Otros posibles diagnósticos

Infección, riesgo de

Integridad cutánea, deterioro de la

Látex, riesgo de respuesta alérgica al

### Resultados NOC

**Integridad tisular: piel y mucosas:** integridad estructural y funcionamiento fisiológico normal de la piel y las mucosas

**Respuesta alérgica: localizada:** gravedad de la respuesta inmune hipersensible localizada ante un antígeno ambiental (exógeno) determinado

**Respuesta alérgica: multiorgánica:** gravedad de la respuesta inmune hipersensible multiorgánica ante un antígeno ambiental (exógeno) determinado

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **respuesta alérgica: localizada**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: grave, sustancial, moderada, ligera o ninguna)
  - Picor localizado
  - Erupción localizada
  - Dolor localizado
  - Edema localizado
  - Aumento de la temperatura cutánea localizada

El paciente será capaz de:

- Recuperar la integridad dérmica a través de una correcta hidratación; una reducción de la inflamación, escamación y desprendimiento; una reducción de la inflamación; e indicaciones orales acerca de la disminución del picor
- Disfrutar de un sueño reparador
- No experimentar complicaciones respiratorias (p. ej., asma)
- Demostrar un concepto positivo de sí mismo, demostrado a través de afirmaciones de autoestima y satisfacción en las interacciones personales
- No experimentar una recaída de la respuesta alérgica al látex

### Intervenciones NIC

**Control y seguimiento respiratorio:** recopilación y análisis de datos del paciente para garantizar la permeabilidad de las vías respiratorias y el intercambio correcto de gases

**Cuidado de urgencia:** suministro de medidas que pueden salvar una vida en situaciones de riesgo de muerte

**Gestión de la alergia:** identificación, tratamiento y prevención de las respuestas alérgicas a comida, medicamentos, picaduras de insectos, material de contraste, sangre u otras sustancias

**Gestión de la hipersensibilidad:** suministro de una vascularización tisular y una ventilación adecuadas para un individuo con una reacción alérgica (anticuerpos-antígenos) grave

**Gestión de las vías aéreas:** Facilitación de la permeabilidad de las vías respiratorias

**Precaución con el látex:** reducción del riesgo de una reacción multiorgánica al látex

**Vigilancia de la piel:** recopilación y análisis de datos del paciente para mantener la integridad de la piel y las mucosas

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Identificar las fuentes de látex a las que se ha expuesto (o podría haberse expuesto) el paciente
- Comprobar la piel para detectar signos de curación (p. ej., reducción del enrojecimiento, el desprendimiento y la escamación)
- Valorar el grado de comodidad
- Comprobar el patrón de sueño-descanso
- Buscar signos de *trastorno de la imagen corporal o aislamiento social*
- Observar el desarrollo de respuestas asmáticas (p. ej., respiración dificultosa, disnea)
- (NIC) *Precaución con el látex:*
  - Controlar el entorno para que no contenga látex
  - Controlar al paciente para detectar signos y síntomas de una reacción multiorgánica

### Educación del paciente y la familia

- Explicar la relación existente entre la sequedad dérmica, el síntoma del picor y la terapia prescrita (p. ej., hidratación)
- Explicar que el hecho de rascarse sólo producirá más picor
- (NIC) *Precaución con el látex*: informar a los visitantes de que el entorno ha de carecer de látex

### Actividades auxiliares

- (NIC) *Precaución con el látex*: transmitir información al médico, farmacéutico u otro cuidador, según convenga

### Otras

- L** • Ofrecer alternativas para los elementos y el equipo que contengan látex (p. ej., condones, globos, guantes, sonda vesical o intravenosa)
- (NIC) *Precaución con el látex*:
  - Colocar una banda identificativa de alergia al paciente
  - Anunciar que deben tomarse precauciones relativas al látex
  - Analizar el entorno y eliminar los productos de látex

### En el domicilio

- Comprobar el domicilio para detectar productos que contengan látex (p. ej., preservativos, globos); ayudar al cliente a encontrar alternativas a estos productos
- Explicar que las lesiones cutáneas no son contagiosas (a no ser que estén infectadas)
- Enseñar al cliente a realizar baños diarios de 15-20 minutos y aplicar un emoliente o el medicamento prescrito cuatro minutos después del baño
- Enseñar a utilizar agua cálida, pero no caliente, para el baño
- Explicar que el mantenimiento del domicilio y el entorno de trabajo a una temperatura (20-24 °C) y humedad (alrededor del 50%) constantes ayudará a reducir el picor
- Recomendar al cliente el uso de ropa poco ceñida, de corte abierto y algodón, y evitar los tejidos ásperos o ajustados
- Avisar de que no se debe uno automedicarse con medicamentos sobrantes que haya en el domicilio
- Animar al cliente a mantener las actividades sociales existentes
- (NIC) *Precaución con el látex*:
  - Informar al paciente y a la familia acerca del contenido en látex de los productos domésticos y de su sustitución por productos sin látex, según proceda; indicar al paciente que lleve una etiqueta de alerta médica y notificar a los cuidadores

Informar al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de una reacción  
Indicar al paciente y a la familia cuál es el tratamiento de urgencia (p. ej., epinefrina), según proceda

---

## LÁTEX, RIESGO DE RESPUESTA ALÉRGICA AL (1998, 2006)

**Definición:** riesgo de hipersensibilidad a los productos que contienen látex.

### Factores de riesgo

Alergia a la flor de Pascua  
Alergias al plátano, aguacate, frutas tropicales, kiwis y castañas  
Condiciones que requieren un cateterismo intermitente o continuo (no NANDA)  
Historial de alergias y asma  
Historial de reacciones al látex [p. ej., globos, preservativos, guantes]  
Múltiples operaciones quirúrgicas, especialmente durante la infancia [p. ej., espina bífida]  
Profesiones con exposición diaria al látex [p. ej., medicina, enfermería, odontología]

### Sugerencias de uso

Esta etiqueta puede resultar más útil que respuesta alérgica al látex. Véase el apartado sugerencias de uso en la pág. 448.

### Otros posibles diagnósticos

Protección, alteración de la  
Lesión, riesgo de

### Resultados NOC

**Integridad tisular: piel y mucosas:** integridad estructural y funcionamiento fisiológico normal de la piel y las mucosas

**Respuesta alérgica: localizada:** gravedad de la respuesta inmune hipersensible localizada ante un antígeno ambiental (exógeno) determinado

### Objetivos/criterios de evaluación

- El paciente será capaz de:
- No experimentar una reacción alérgica al látex (p. ej., ausencia de síntomas o lesiones cutáneos)
  - Identificar y eliminar las fuentes de látex del entorno

## Intervenciones NIC

**Precaución con el látex:** reducción del riesgo de una reacción multiorgánica al látex

**Vigilancia de la piel:** recopilación y análisis de datos del paciente para mantener la integridad de la piel y las mucosas

## Actividades de enfermería

Véanse también actividades de enfermería en respuesta alérgica al látex, págs. 449-451.

### Valoración

- Identificar las fuentes de látex a las que está expuesto (o podría estar expuesto) el paciente tanto en el trabajo como en el domicilio
- Valorar los conocimientos acerca de las fuentes de látex del paciente y de la familia
- Valorar los conocimientos sobre sensibilidad y reacciones alérgicas
- (NIC) *Precaución con el látex:*
  - Preguntar al paciente o a quien corresponda acerca de antecedentes de anomalía congénita del tubo neural (p. ej., espina bífida) o trastorno urológico congénito (p. ej., extrofia de la vejiga)
  - Preguntar al paciente o a quien corresponda acerca de antecedentes de reacciones multiorgánicas al látex (p. ej., edema facial o conjuntival, lagrimeo, urticaria, rinitis y respiración dificultosa)

### Educación del paciente y la familia

- Ofrecer información acerca de la sensibilidad y reacciones alérgicas, según proceda
- Advertir en contra de la automedicación si se sospecha una reacción alérgica
- (NIC) *Precaución con el látex:* informar al paciente y a la familia acerca de los factores de riesgo para desarrollar una alergia al látex

### Actividades auxiliares

- Ayudar a desarrollar políticas en la empresa u organización para reducir la exposición del trabajador a productos con látex
- (NIC) *Precaución con el látex:* remitir al paciente a un alergólogo para realizar una prueba de alergias, según proceda

### Otras

- En el caso de clientes con factores de riesgo (p. ej., alergia al plátano, antecedentes de asma), ofrecer alternativas (o fuentes de alternativas) para los elementos y el equipo que contengan látex (p. ej., preservativos, globos, guantes, sondas vesicales, sondas intravenosas)

## LESIÓN, RIESGO DE

(1978)

**Definición:** riesgo de lesión como resultado de condiciones ambientales que interactúan con los recursos de defensa y adaptación del individuo.

### Factores de riesgo

#### Internos

Bajos niveles de hemoglobina  
 Disfunción bioquímica (p. ej., disfunción sensorial)  
 Disfunción inductora  
 Drepanocitosis  
 Factores de coagulación alterados  
 Físico (p. ej., lesiones epidérmicas, alteración de la movilidad)  
 Hipoxia  
 Malnutrición  
 Nivel de desarrollo (fisiológico, psicosocial)  
 Perfil sanguíneo anormal (p. ej., leucocitosis o leucocitopenia)  
 Psicológico (orientación afectiva)  
 Talasemia  
 Trastorno de integración  
 Trastorno inmune o autoinmune  
 Trombocitopenia

L

#### Externos

##### *Biológicos*

Microorganismos  
 Nivel de inmunización de la comunidad

##### *Químicos*

Contaminantes  
 Nutrientes (p. ej., vitaminas, tipos de alimentos)  
 Productos químicos (p. ej., productos farmacéuticos, alcohol, cafeína, nicotina, conservantes, cosméticos y colorantes)  
 Venenos

##### *Físicos*

Diseño, estructura y distribución del hospital, el edificio o el equipo  
 Método de transporte  
 Personas o proveedores (agentes intrahospitalarios; patrones del personal; patrones cognitivos, afectivos y psicomotores)

### Sugerencias de uso

Esta etiqueta es muy amplia e incluye factores de riesgo internos, como factores de coagulación alterados y disminución de la hemoglobina. Es impor-

tante identificar sólo a aquellos pacientes que estén expuestos a un riesgo inusualmente alto. Todo el mundo está expuesto a cierto riesgo de accidentes y lesiones, pero esta etiqueta sólo debería emplearse para aquellos que requieran cuidados de enfermería para prevenir las lesiones. **IMPORTANTE:** podría resultar útil emplear la etiqueta *alteraciones senso-perceptivas* como etiología de *riesgo de lesión*.

Hay numerosos diagnósticos que describen las lesiones de forma más específica: *riesgo de caídas*; *respuesta alérgica al látex*; *riesgo de respuesta alérgica al látex*; y *riesgo de asfixia, intoxicación, traumatismo, aspiración y síndrome de desuso*. Siempre que sea posible, utilizar estas etiquetas más específicas en lugar de *riesgo de lesión*, ya que ofrecen unas directrices más precisas para los cuidados de enfermería. No necesitan más especificaciones, exceptuando *riesgo de traumatismo*, que incluye heridas, quemaduras y fracturas, así como otros muchos factores de riesgo.

Algunos/as enfermeros/as emplean la etiqueta *riesgo de lesión* para describir la posibilidad de que se den estas condiciones como hipertermia maligna. Algunas veces, también se emplea como una descripción general de la posibilidad de sufrimiento fetal existente durante el parto. Estas condiciones suelen describirse como problemas conjuntos; sin embargo, en el caso de enfermeros/as que no empleen problemas conjuntos, este texto incluye los objetivos y las intervenciones de enfermería para dichas situaciones.

### Otros posibles diagnósticos

Asfixia, riesgo de  
 Aspiración, riesgo de  
 Caídas, riesgo de  
 Infección, riesgo de  
 Intoxicación, riesgo de  
 Látex, respuesta alérgica al  
 Látex, riesgo de respuesta alérgica al  
 Mantenimiento del hogar, dificultades para el  
 Procesos de pensamiento, alteración de los  
 Protección, alteración de la  
 Senso-perceptivas (visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias), alteraciones  
 Traumatismo, riesgo de  
 Violencia autodirigida, riesgo de

### Resultados NOC

**Conducta de seguridad personal:** actos personales de un adulto para controlar comportamientos que pueden causar lesiones físicas

**Conducta de seguridad: en el ambiente físico del hogar:** adaptaciones físicas para minimizar los factores del entorno que podrían causar daños o lesiones físicas en el hogar

**Control del riesgo:** actos personales destinados a prevenir, eliminar o reducir las amenazas a la salud que se pueden modificar

**Estado de las funciones sensitivas:** punto hasta el que un individuo percibe correctamente los estímulos en la piel, los sonidos, la propiocepción, el gusto y el olfato, así como imágenes visuales

**Estado de seguridad: de lesión física:** gravedad de las lesiones ocasionadas por accidentes y traumatismos

**Estado fetal: durante el parto:** punto en el que los signos fetales están dentro de los límites normales durante el parto

**Estado materno: durante el parto:** punto en el que el bienestar de la madre está dentro de los límites normales durante el parto

**Incidencia de caídas:** número de caídas en los últimos \_\_\_\_\_  
(definir periodo de tiempo)

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

L

- Se reducirá el *riesgo de lesión*, tal y como se indica en conducta de seguridad personal, control del riesgo y seguridad en el ambiente físico del hogar
- Se demostrará **control del riesgo**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Controla los factores de riesgo de comportamiento personal y ambiental
  - Desarrolla estrategias de control del riesgo eficaces
  - Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas
  - Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Ofrecer un entorno seguro (p. ej., eliminar el desorden, colocar pasamanos y utilizar alfombrillas de baño de goma y barras-asidero)
  - Identificar los riesgos que aumentan la posibilidad de lesión
  - Evitar las lesiones físicas
- Los progenitores serán capaces de:
- Reconocer el riesgo de abuso y controlarlo
  - Controlar a los compañeros de juegos, cuidadores y otros contactos sociales
  - Detectar signos de pertenencia a bandas y otros comportamientos sociales de alto riesgo

## Intervenciones NIC

**Cuidado durante el parto: parto de alto riesgo:** asistencia en partos naturales de varios fetos o de fetos mal posicionados

**Educación sanitaria:** desarrollo y ofrecimiento de instrucciones y experiencias para facilitar la adaptación voluntaria del comportamiento para mejorar la salud de los individuos, familias, grupos o comunidades

**Fomento de la comunicación: déficit auditivo:** ayuda para aceptar y aprender métodos alternativos con el objetivo de convivir con una persona con discapacidad auditiva

**Fomento de la comunicación: déficit visual:** ayuda para aceptar y aprender métodos alternativos para convivir con una persona con discapacidad visual

**Gestión del entorno: seguridad:** control y manipulación del entorno físico para mejorar la seguridad

**Identificación de riesgos:** análisis de factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos sanitarios y priorización de las estrategias de reducción de riesgos para un individuo o grupo

**Inducción al parto:** inicio o activación del parto a través de métodos mecánicos o farmacológicos

**Monitorización electrónica fetal: durante el parto:** evaluación electrónica de la respuesta del pulso fetal ante las contracciones uterinas durante los cuidados del parto

L

**Precaución con el látex:** reducción del riesgo de una reacción multiorgánica al látex [**IMPORTANTE:** aunque esté mostrada como una intervención prioritaria, no se establecerán actividades de enfermería para esta afección. Si el paciente requiere precaución con el látex, utilizar un diagnóstico de *riesgo o respuesta alérgica al látex* en lugar de *riesgo de lesión*]

**Prevención de caídas:** toma de precauciones especiales en el caso de pacientes con riesgo de lesiones por caídas [**IMPORTANTE:** si un paciente requiere prevención de caídas, utilizar el diagnóstico de enfermería *riesgo de caídas*]

**Prevención de la hipertermia maligna:** prevención o reducción de una respuesta hipermetabólica ante medicamentos farmacológicos empleados durante una operación quirúrgica. [**IMPORTANTE:** aunque las intervenciones NIC la muestren como intervención prioritaria, no se establecerán actividades de enfermería en este documento. Si el paciente requiere prevención de la hipertermia maligna, utilizar un diagnóstico de enfermería de *riesgo de hipertermia* en lugar de *riesgo de lesión*]

**Vigilancia: seguridad:** recopilación y análisis continuados e intencionados de información sobre el paciente y el entorno para emplearlos con el fin de mejorar y mantener la seguridad del paciente

## Actividades de enfermería

Como esta etiqueta de diagnóstico es tan amplia, las actividades de enfermería varían mucho en función de la etiología del problema. No es posible prever todas las posibles actividades de enfermería que se podrían emplear para este diagnóstico.

### Valoración

- Identificar los factores que afectan a las necesidades de seguridad como, por ejemplo, cambios en el estado mental, grado de intoxicación, fatiga, edad avanzada, medicación y deficiencias motoras o sensoriales (p. ej., modo de andar, equilibrio)
- Identificar factores ambientales que crean riesgo de caídas (p. ej., suelos resbaladizos, alfombras, escaleras, ventanas, piscinas)

- Examinar al paciente para detectar ropa que impida al paciente moverse con facilidad, cortes, quemaduras o hematomas
- Comprobar el historial obstétrico para recopilar información pertinente que pueda influir en la inducción, como la edad gestacional y la duración del parto anterior, así como contraindicaciones como placenta previa completa, incisión uterina clásica y deformidades estructurales de la pelvis
- *(NIC) Monitorización electrónica fetal: durante el parto:*  
Aplicar transductores de ultrasonidos en zonas del útero donde los latidos fetales sean audibles y realizar un seguimiento  
Interpretar el resultado cuando se haya realizado el seguimiento durante al menos diez minutos y se hayan obtenido señales de actividad uterina

### Educación del paciente y la familia

L

- Indicar al paciente que tenga cuidado al emplear dispositivos de termoterapia
- Ofrecer material educativo relacionado con las estrategias y medidas necesarias para evitar lesiones
- *(NIC) Monitorización electrónica fetal: durante el parto:*  
Informar a la mujer y a la/s persona/s acompañante/s acerca del motivo de la monitorización electrónica, así como sobre la información que se obtendrá  
Comentar la impresión del ritmo con la madre y la persona acompañante

### Actividades auxiliares

- Remitir a clases educativas en la comunidad
- *(NIC) Monitorización electrónica fetal: durante el parto:*  
Informar al médico de los cambios pertinentes en el pulso fetal, las intervenciones de patrones poco tranquilizadores, la posterior respuesta fetal, el progreso del parto y la respuesta de la madre ante el parto

### Otras

Para adultos:

- Reorientar al paciente para volver a situarle en la realidad y el entorno inmediato, si fuera necesario
- Ayudar al paciente a levantarse, según proceda
- Ofrecer dispositivos de ayuda para desplazarse (p. ej., bastón, andador)
- Usar dispositivos calefactores con cuidado para evitar quemaduras en pacientes con deficiencias sensoriales
- Emplear una alarma para avisar al cuidador de si el paciente se levanta de la cama o sale de la habitación
- Si fuera necesario, emplear sujeciones físicas para limitar el riesgo de caídas
- Colocar siempre un timbre o un avisador luminoso al alcance de cualquier paciente dependiente
- Indicar al paciente que solicite ayuda para moverse, según proceda

- Eliminar los peligros del entorno (p. ej., ofrecer una iluminación adecuada)
- No realizar cambios innecesarios en el entorno físico (p. ej., colocación de los muebles)
- Asegurarse de que el paciente lleva calzado apropiado (p. ej., suelas anti-deslizantes, cierres seguros)
- (NIC) *Monitorización electrónica fetal: durante el parto*: calibrar el equipo, según proceda, para la monitorización interna mediante un electrodo espiral o un catéter de presión intrauterina

### En el domicilio

- Identificar los factores que afectan a las necesidades de seguridad como, por ejemplo, cambios en el estado mental, grado de intoxicación, fatiga, edad avanzada, medicación y deficiencias motoras o sensoriales (p. ej., modo de andar, equilibrio)
- Identificar factores ambientales que crean riesgo de caídas (p. ej., suelos resbaladizos, alfombras, escaleras, ventanas, piscinas)
- Ofrecer información sobre los peligros del entorno y sus características (p. ej., escaleras, ventanas, cierres de armarios, piscinas, calles, puertas)
- Informar al paciente y a la familia sobre las técnicas para evitar lesiones en el hogar, especificar estas técnicas
- No realizar cambios innecesarios en el entorno físico (p. ej., colocación de los muebles)

### Bebés y niños

- Iniciar una monitorización electrónica fetal como parte del cuidado durante el parto, según los protocolos de la agencia
- Levantar los barrotes de la cuna si no lo están
- En el caso de niños lo suficientemente mayores como para subirse por los barrotes, emplear una cuna con una red u otro tipo de protección
- Avisar a los progenitores acerca de la necesidad de controlar a los niños cuando estén cerca del agua (p. ej., bañera)
- Enseñar a los progenitores las normas de seguridad relativas al fuego y las quemaduras (p. ej., controlar siempre a los niños en la cocina; girar las asas de los utensilios de cocina hacia la pared)
- Enseñar a los progenitores a que hay que jugar de forma segura (p. ej., llevar casco al montar en bicicleta)
- Enseñar a manejar armas de forma segura, tanto a los progenitores como a los niños

### Personas mayores

- Indicar al cliente que lleve gafas y dispositivos de audición y que emplee elementos de ayuda al hablar; asegurarse de que estas ayudas funcionan correctamente, están bien colocadas, etc.

- Comprobar la hipotensión ortostática
- Comprobar si el cliente puede conducir de forma segura y si su visión nocturna es adecuada para conducir por la noche
- Controlar y enseñar al cliente a controlar el nivel de glucosa en sangre
- Entregarle un brazalete de identificación médica si fuera necesario

## LESIÓN PERIOPERATORIA, RIESGO DE (1994, 2006)

**Definición:** riesgo de cambios físicos y anatómicos inadvertidos como resultado de una postura o un equipo empleados durante un procedimiento quirúrgico/invasivo.

L

### Factores de riesgo

Debilidad muscular  
Déficit sensorial o perceptivo debido a la anestesia  
Desorientación  
[Edad avanzada]  
Edema  
Extrema delgadez  
Inmovilización  
Obesidad

### Sugerencias de uso

Este diagnóstico es una variación específica de *riesgo de lesión*. Todos los pacientes de operaciones quirúrgicas tienen algún riesgo de *lesión perioperatoria (PPI)*.

Para aquellas personas que no tengan factores de riesgo previos, no es necesaria ninguna etiología, ya que el propio factor perioperativo es la etiología. En el caso de que existan factores de riesgo previos (p. ej., edema, edad avanzada, diabetes, artritis, enfermedad vascular), incluirlos como etiología (p. ej., *riesgo de PPI debido a edema generalizado*). Un procedimiento quirúrgico prolongado también aumenta el riesgo de *PPI*. La *PPI* puede ser la etiología de otros diagnósticos de enfermería (p. ej., *deterioro de la integridad cutánea*).

### Otros posibles diagnósticos

Disfunción neurovascular periférica, riesgo de  
Integridad cutánea, riesgo de deterioro de la  
Integridad tisular, riesgo de deterioro de la  
Traumatismo, riesgo de

## Resultados NOC

**Estado de la circulación:** flujo sanguíneo no obstruido y unidireccional con una presión adecuada a través de los vasos grandes de los sistemas circulatorios pulmonar y general

**Estado neurológico: función sensitiva motora medular:** capacidad de los nervios medulares para transmitir los impulsos sensoriales y motores

**Perfusión tisular: periférica:** adecuación del flujo sanguíneo a través de los vasos pequeños de las extremidades para mantener la función tisular

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- La *PPI* no se producirá, como lo demuestra un buen estado de la circulación y un buen estado neurológico: función sensitiva motora medular y perfusión tisular: periférica.
- Muestra un **estado de la circulación** correcto, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: comprometido en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente, no comprometido):
  - Color y temperatura de la piel
  - Pulsos pedio, femoral, radial y humeral [bilateral]
  - Presión sanguínea sistólica y diastólica

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de tener:

- Ausencia de lesión cutánea, tisular o neuromuscular como resultado de un factor perioperatorio
- Rapidez del reflujo capilar
- Sensibilidad periférica normal
- Temperatura y color cutáneos normales
- Función muscular sin trastornos
- Ausencia de edema periférico
- Ausencia de dolor localizado en las extremidades

## Intervenciones NIC

**Cuidado circulatorio: insuficiencia arterial:** mejora de la circulación arterial

**Cuidado circulatorio: insuficiencia venosa:** mejora de la circulación venosa

**Cambio de posición: intraoperatorio:** desplazamiento del paciente o de una parte de su cuerpo para mejorar la exposición quirúrgica al tiempo que se reduce el riesgo de incomodidad y complicaciones

**Gestión de la presión:** minimización de la presión en las diferentes zonas del cuerpo

**Vigilancia de la piel:** recopilación y análisis de datos del paciente para mantener la integridad de la piel y las mucosas

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Determinar los factores preexistentes (p. ej., nutrición escasa, enfermedades) que crean un riesgo de PPI
- (NIC) *Cambio de posición: intraoperatorio:*
  - Determinar el grado de movilidad y la estabilidad de las articulaciones del paciente
  - Comprobar la circulación periférica y el estado neurológico
  - Controlar la posición intraoperatoria del paciente
- (NIC) *Vigilancia de la piel [periodo posoperatorio]:*
  - Examinar las extremidades para controlar color, temperatura, sudor, pulso, textura, edema y úlceras
  - Controlar la piel para detectar zonas enrojecidas y dañadas
  - Controlar la temperatura y el color cutáneos

L

### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Vigilancia de la piel:* informar al familiar o al cuidador sobre los signos de daño cutáneo, según proceda

### Actividades auxiliares

- Trasladar a la enfermería de tratamiento postanestésico y comunicar cualquier factor de riesgo preexistente o cualquier síntoma observado durante la cirugía y la recuperación posoperatoria

### Otras

- Levantar al paciente al cambiarlo de posición; no arrastrarle ni empujarle
- Cambiar al paciente de posición de forma lenta y suave
- Asegurarse de que los miembros del equipo quirúrgico no se apoyan en el paciente
- (NIC) *Cambio de posición: intraoperatorio:*
  - Utilizar dispositivos de asistencia [p. ej., tira de sujeción para las piernas] para lograr la inmovilización
  - Emplear un número de personas adecuado para trasladar al cliente
  - Sujetar la cabeza y el cuello durante el traslado
  - Proteger las vías de i.v., las sondas y los tubos respiratorios
  - Mantener el cuerpo del paciente correctamente alineado [véanse los procedimientos del centro o un libro de cirugía para obtener información sobre las posiciones supina, prona, lateral y ginecológica]
  - Elevar las extremidades, según proceda
  - Colocar almohadillas [p. ej., en prominencias óseas] o evitar la presión en nervios superficiales
  - Colocar una tira de seguridad y una sujeción de los brazos, según proceda
  - Proteger los ojos, según proceda

### Personas mayores

- Tener especial cuidado para evitar la presión en prominencias óseas; las personas mayores son vulnerables al daño tisular debido a la falta de grasa subcutánea, al debilitamiento muscular y al déficit nutricional.

## MANEJAR LA SILLA DE RUEDAS, DIFICULTAD PARA

(1998, 2006)

**M**

**Definición:** limitación del manejo independiente de una silla de ruedas en el entorno [especificar el grado de limitación].

### Características definitorias

Incapacidad para manejar:

- Silla de ruedas eléctrica cuesta abajo
- Silla de ruedas eléctrica cuesta arriba
- Silla de ruedas eléctrica en superficies irregulares
- Silla de ruedas eléctrica en superficies planas
- Silla de ruedas eléctrica por la acera
- Silla de ruedas manual cuesta abajo
- Silla de ruedas manual cuesta arriba
- Silla de ruedas manual en superficies irregulares
- Silla de ruedas manual en superficies planas
- Silla de ruedas manual por la acera

### Factores relacionados

- Déficit de conocimientos
- Disfunción cognitiva
- Disfunción del condicionamiento
- Disfunción musculoesquelética (p. ej., contracturas)
- Disfunción neuromuscular
- Dolor
- Estado depresivo
- Insuficiente fuerza muscular
- Limitaciones del entorno (p. ej., escaleras, cuestas, superficies irregulares, obstáculos peligrosos, distancias, falta de personas o dispositivos de ayuda, tipo de silla de ruedas)
- Obesidad
- Resistencia limitada
- Visión defectuosa

## Sugerencias de uso

Conviene especificar los niveles de independencia, que son iguales que los correspondientes a *trastorno de la movilidad física y dificultad para moverse de la cama*:

*Nivel 0*: totalmente independiente

*Nivel 1*: necesita emplear equipamiento o algún dispositivo

*Nivel 2*: necesita la ayuda de otra persona para asistencia, supervisión o enseñanza

*Nivel 3*: necesita la ayuda de otra persona, así como equipamiento o dispositivos

*Nivel 4*: es dependiente, no participa en la actividad

Véanse las sugerencias de uso en movilidad física, trastorno, de la pág. 494.

## Otros posibles diagnósticos

Integridad cutánea, riesgo de deterioro de la

Lesión, riesgo de

Movilidad física, trastorno de la

Trasladarse desde la silla de ruedas, dificultad en la habilidad para

M

## Resultados NOC

**Deambulación: silla de ruedas**: capacidad para desplazarse de un lugar a otro en silla de ruedas

**Equilibrio**: capacidad para mantener el equilibrio corporal

**Movilidad**: capacidad para moverse a propósito en un entorno propio, de manera independiente o con un dispositivo de asistencia

**Movimiento coordinado**: capacidad de los músculos para trabajar de forma conjunta y voluntaria para realizar un movimiento

**Realización de la transferencia**: capacidad para cambiar la ubicación del cuerpo de manera independiente con o sin ayuda de un dispositivo de asistencia

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **movilidad**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: comprometida en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente, no comprometida):
  - Equilibrio, coordinación y realización del posicionamiento corporal
  - Realización de la transferencia
- Demuestra **deambulación: silla de ruedas**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: comprometida en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente, no comprometida):
  - Hace avanzar la silla de ruedas de forma segura
  - Realiza maniobras por la acera
  - Realiza maniobras en entradas

Realiza maniobras en rampas

Hace avanzar la silla de ruedas durante distancias cortas/medias/largas

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Solicitar ayuda para las actividades de movilización, según proceda
- Realizar actividades cotidianas de manera independiente con o sin dispositivos de asistencia (especificar actividad y dispositivo)
- Demostrar movimiento activo moderado de todas las articulaciones o especificar las articulaciones afectadas

### Intervenciones NIC

**Ayuda en el autocuidado: traslado:** ayudar a una persona para cambiar la ubicación de su cuerpo

**Posición: paciente en silla de ruedas:** colocación de un paciente en una silla de ruedas convenientemente seleccionada para aumentar la comodidad, mejorar la integridad cutánea y fomentar la independencia

**Promoción del ejercicio: entrenamiento de la fuerza:** realización de entrenamiento muscular de resistencia de forma regular para mantener o aumentar la fuerza muscular

**Terapia con ejercicio: control muscular:** uso de protocolos de ejercicio o actividad específicos para mejorar o restablecer el movimiento corporal controlado

**Terapia con ejercicio: equilibrio:** realización de actividades, posiciones y movimientos específicos para mantener, mejorar o recuperar el equilibrio

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Valorar las necesidades de aprendizaje del paciente relativas al uso de una silla de ruedas
- Valorar la movilidad articular y la fuerza muscular
- Valorar la capacidad cognitiva
- Determinar el grado de motivación del paciente para emplear una silla de ruedas
- (NIC) *Posición: paciente en silla de ruedas:*
  - Comprobar la posición del paciente en la silla de ruedas mientras éste se sienta sobre una almohadilla seleccionada y lleva calzado adecuado
  - Controlar la incapacidad del paciente de mantenerse en posición correcta en la silla de ruedas

#### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Posición: paciente en silla de ruedas:*
  - Indicar al paciente ejercicios para aumentar la fuerza en la parte superior del cuerpo, según proceda
  - Indicar al paciente cómo manejar la silla de ruedas, según proceda

### Actividades auxiliares

- Colaborar con fisioterapeutas y ergoterapeutas, según proceda (p. ej., asegurarse de que el tipo y tamaño de la silla de ruedas sean adecuados para el paciente)

### Otras

- Ofrecer refuerzos positivos durante las actividades
- Supervisar los intentos de manejar la silla de ruedas en aceras y pendientes
- Animar al paciente y a los familiares a afrontar de manera realista las limitaciones existentes
- (NIC) *Posición: paciente en silla de ruedas:*
  - Comprobar que los apoyapiés están al menos a cinco centímetros del suelo
  - Asegurarse de que la silla de ruedas tiene al menos cinco-siete centímetros de espacio libre desde la parte posterior de la rodilla hasta la parte anterior del asiento
  - Realizar modificaciones o adiciones a la silla de ruedas para adaptarla a los problemas o debilidad musculares del paciente

M

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores son adecuadas para los cuidados en el domicilio
- Véanse también las intervenciones del apartado “en el domicilio” de trastorno de la movilidad física, en las págs. 497-498
- Valorar la necesidad de solicitar ayuda a un centro sanitario y de realizar modificaciones especiales en la silla de ruedas (p. ej., motor)

### Personas mayores

- Véanse las intervenciones del apartado personas mayores de trastorno de la movilidad física, en la pág. 498
- Evitar el uso de sujeciones para mantener al paciente en la silla

---

## MANEJO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL

(2002)

**Definición:** un modelo para regular e integrar dentro de la vida diaria un programa(s) para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que sea suficiente para afrontar los objetivos relacionados con la salud y pueda ser fortalecido.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Describe la reducción de los factores de riesgo

Expresa el deseo para controlar la enfermedad (p. ej., tratamiento, prevención)

Expresa pequeñas dificultades con los regímenes prescritos

#### Objetivas

Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para afrontar los objetivos del tratamiento y su prevención

No tiene lugar una aceleración de los síntomas de la enfermedad

### Sugerencias de uso

Véanse sugerencias de uso para manejo eficaz terapéutico: personal, pág. 606.

## M

### Otros posibles diagnósticos

Régimen terapéutico: personal, manejo efectivo del

### Objetivos e Intervenciones de enfermería

**IMPORTANTE:** para los objetivos e intervenciones de enfermería remitirse a *manejo efectivo del régimen terapéutico: personal* en las págs. 606-608

---

## MANTENIMIENTO DE LA SALUD, ALTERACIÓN EN EL

(1982)

**Definición:** incapacidad para identificar, gestionar o buscar ayuda para mantener la salud.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Falta de expresión de interés en mejorar los comportamientos relacionados con la salud

#### Objetivas

Alteración comunicada u observada del sistema de apoyo personal

Antecedentes de falta de conductas que favorezcan la salud

Demuestra falta de comportamientos de adaptación a los cambios del entorno

Demuestra falta de conocimiento en relación a las prácticas sanitarias básicas

Incapacidad comunicada u observada para asumir la responsabilidad para cumplir con las prácticas sanitarias básicas

### Otras características definitorias (no recogidas en la NANDA internacional)

Antecedentes de síntomas crónicos sin tratar de una enfermedad en evolución  
Necesidad de seguir las creencias culturales y religiosas  
Uso limitado de las agencias y el personal sanitarios  
Uso limitado de las medidas preventivas de salud

### Factores relacionados

Afrontamiento familiar ineficaz  
Afrontamiento individual ineficaz  
Alteración de la percepción o la cognición  
Duelo disfuncional  
Falta completa y parcial de las habilidades motoras gruesas y finas  
Falta de alteración significativa en las destrezas comunicativas, bien escrita,  
oral o gestual  
Falta de recursos materiales, como equipamiento o finanzas  
Incapacidad para realizar juicios adecuados  
Sufrimiento espiritual  
Tareas de desarrollo no alcanzadas



### Otros factores relacionados (no recogidos en la NANDA internacional)

Creencias culturales  
Creencias religiosas  
Falta de apoyo social  
Trastorno motor

### Sugerencias de uso

Este diagnóstico debe usarse para pacientes que desean cambiar un estilo de vida poco sano (por ejemplo, falta de ejercicio) o que carecen de conocimientos sobre su enfermedad. No debe usarse para pacientes que no están motivados para cambiar o aprender. En comparación, *comportamientos de promoción de la salud* es un diagnóstico de bienestar que debe usarse con pacientes con un estilo de vida generalmente sano que buscan alcanzar un nivel superior de bienestar. Por ejemplo, un paciente que desea información sobre detección de la TA.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento individual: ineficaz  
Conductas de riesgo para la salud, tendencia a adoptar  
Conductas generadoras de salud  
Conocimientos, déficit de  
Incumplimiento del tratamiento (especificar)  
Negación ineficaz  
Régimen terapéutico: familiar e individual, manejo ineficaz del

## Resultados NOC

**Apoyo social:** disponibilidad percibida y provisión real de ayuda fiable de otras personas

**Autogestión de los cuidados:** el receptor de los cuidados dirige a otros que ayudan o realizan las tareas físicas, cuidados sanitarios personales

**Conducta de búsqueda de la salud:** acciones personales para promover el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimas

**Conducta de fomento de la salud:** acciones personales para mantener o aumentar el bienestar

**Conducta terapéutica: enfermedad o lesión:** acciones personales que palíen o eliminen la patología

**Conocimiento: conductas de salud:** grado de comprensión demostrado sobre la promoción y protección de la salud

**Conocimiento: fomento de la salud:** grado de comprensión demostrado sobre la información necesaria para obtener y mantener una salud óptima

M

**Conocimiento: recursos sanitarios:** grado de comprensión demostrado sobre los recursos de cuidados sanitarios correspondientes

**Conocimiento: régimen terapéutico:** grado de comprensión demostrado sobre un régimen de tratamiento específico

**Creencias sobre la salud: recursos percibidos:** convicción personal de que se cuenta con los medios adecuados para comportarse con una conducta saludable

**Detección del riesgo:** acciones personales tomadas para identificar las amenazas a la salud personal

**Estado de autocuidado:** capacidad para realizar las actividades de cuidados personales y tareas domésticas básicas

**Estado de salud de estudiantes:** estado físico, cognitivo/emocional y social de los niños en edad escolar que contribuye a la asistencia a clase, la participación en las actividades escolares y la capacidad de aprendizaje

**Estado de salud personal:** funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual general de un adulto de edad igual o superior a los 18 años

**Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria:** implicación personal en la selección y evaluación de las opciones de cuidados sanitarios para alcanzar los resultados que se desea

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra la **participación: decisiones sobre asistencia sanitaria**, según lo prueban los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: nunca, raras vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Demuestra una dirección propia en la toma de decisiones
  - Busca información relevante
  - Identifica las barreras contra el alcance de los resultados deseados
  - Utiliza técnicas de resolución de problemas para obtener los resultados deseados
  - Busca los servicios para alcanzar los resultados deseados

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Desarrollar y seguir estrategias que maximicen la salud
- Reconocer los efectos adversos de las creencias sobre la salud
- Demostrar la conciencia de que la conducta saludable requiere esfuerzo y confianza en la capacidad para gestionarla
- Seguir los regímenes de tratamiento recomendados
- Identificar los posibles riesgos para la salud creados por su estilo de vida
- Verbalizar y demostrar conocimientos sobre medidas sanitarias de prevención; por ejemplo: realizar autopalpaciones, participar en programas de revisión de salud

### Intervenciones NIC

**Apoyo en la toma de decisiones:** ofrecer información y apoyo a un paciente que está tomando una decisión relativa a los cuidados sanitarios

**Ayudar al autocambio:** reforzar el cambio autodirigido iniciado por el paciente para alcanzar objetivos de importancia para la persona

**Ayuda con recursos financieros:** ayudar a una persona o familia a garantizar y gestionar las finanzas para cubrir las necesidades de cuidados sanitarios

**Ayuda en el autocuidado: actividades instrumentales de la vida diaria (IADL):** ayudar y enseñar a una persona a realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) necesarias para funcionar en el hogar o la comunidad

**Ayuda en el autocuidado:** ayudar a otro a realizar las actividades de la vida diaria

**Chequeo sanitario:** detección de los riesgos o problemas sanitarios mediante los antecedentes clínicos, la exploración médica y otros procedimientos

**Educación sanitaria:** desarrollar e impartir formación y experiencias de aprendizaje para facilitar la adaptación voluntaria del comportamiento que obtenga como resultado unas personas, familias, grupos o comunidades sanas

**Enseñanza: individual:** planificación, implementación y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades específicas de un paciente

**Enseñanza: procedimiento o tratamiento:** preparar a un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento recetado

**Enseñanza: proceso de la enfermedad:** ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso específico de la enfermedad

**Grupo de apoyo:** uso de un entorno de grupo que proporcione apoyo emocional e información relacionada con la salud para sus miembros

**Guía del sistema sanitario:** facilitar que el paciente encuentre y use los servicios sanitarios apropiados

**Identificación de riesgos: familia con niños:** identificación de una persona o familia que probablemente experimente dificultades en el comporta-

M

miento parental y priorización de las estrategias para prevenir los problemas parentales

**Identificación de riesgos:** realizar el análisis de los posibles factores de riesgo, determinación de los riesgos para la salud y priorización de las estrategias de reducción de riesgos para una persona o grupo

**Implicación familiar:** facilitar la participación de la familia en los cuidados físicos y emocionales del paciente

**Mejora del desarrollo: adolescente:** facilitar el crecimiento físico, cognitivo, social y emocional óptimo de las personas en la transición de la infancia a la etapa adulta

**Mejora del desarrollo: niño:** facilitar o enseñar a los padres y cuidadores a facilitar el crecimiento en las destrezas motoras gruesas y finas, destrezas de lenguaje, cognitivas, sociales y emocionales de los niños preescolares y en edad escolar

**Moderación de la autorresponsabilidad:** animar al paciente a asumir más responsabilidad por su propio comportamiento

**Potenciación del sistema de apoyo:** facilitación del apoyo al paciente por parte de familia, amigos y comunidad

M

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Identificar las creencias y los déficits de conocimientos que interfieren con el mantenimiento de la salud
- Evaluar la disponibilidad y adecuación del sistema de apoyo
- (NIC) *Ayudar al autocambio:*
  - Evaluar las razones del paciente para desear cambiar
  - Evaluar el conocimiento actual del paciente y el nivel de destreza en relación con el cambio deseado

### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Guía del sistema sanitario:*
  - Explicar el sistema de cuidados sanitarios inmediato, cómo funciona y qué pueden esperar el paciente y la familia
  - Dar instrucciones escritas sobre el propósito y la ubicación de las actividades de cuidados sanitarios, según proceda
  - Informar al paciente acerca del significado de la firma de un formulario de consentimiento
  - Informar al paciente del coste, el tiempo, las alternativas y los riesgos implicados en una prueba o procedimiento específicos
  - Ofrecer al paciente una copia de la *carta de los derechos del paciente* [o un documento similar]
- (NIC) *Ayudar al autocambio:*
  - Explicar al paciente la función de las claves y los desencadenantes en la producción de la conducta

Enseñar al paciente el uso de la “expansión de pistas”, es decir, aumentar el número de pistas que provocan una conducta deseada

Enseñar al paciente el uso de la “restricción o limitación de pistas”: reducir la frecuencia de las pistas que provocan una conducta no deseada

### Actividades auxiliares

- Consultar con servicios sociales para planificar las necesidades de mantenimiento de la salud al alta
- (NIC) *Guía del sistema sanitario:*
  - Informar al paciente sobre los recursos comunitarios apropiados y sobre las personas de contacto
  - Aconsejar el uso de la segunda opinión
  - Coordinar las remisiones a los proveedores sanitarios relevantes, según corresponda
  - Coordinar y programar el tiempo que necesita cada servicio sanitario para la provisión de cuidados, según proceda

M

### Otras

- *Guía del sistema sanitario:* animar al paciente y a la familia a hacer preguntas sobre los servicios y sus costes
- (NIC) *Ayudar al autocambio:*
  - Ayudar al paciente a identificar un objetivo específico para el cambio
  - Explorar con el paciente las posibles barreras contra el cambio del comportamiento
  - Animar al paciente a identificar refuerzos y recompensas apropiados y significativos
  - Favorecer el avance hacia una dependencia principalmente del refuerzo propio, en lugar de acudir a la familia o a la enfermera para obtener gratificación
  - Ayudar al paciente a evaluar el progreso comparando los registros de la conducta anterior y la actual

### En el domicilio

- Fomentar la conversación sobre medidas sanitarias preventivas específicas para las necesidades del paciente, como cambios en la alimentación, dejar de fumar, reducción de la tensión nerviosa e implementación de un programa de ejercicio
- Ofrecer ayuda para que el cliente siga el régimen terapéutico. Por ejemplo: obtener un recipiente para los medicamentos y demostrar cómo colocar en él los medicamentos para una semana

- Considerar el uso de un acuerdo escrito con el cliente para realizar los cambios
- Ayudar al paciente a encontrar modos de incorporar los cambios relacionados con la salud, como una alimentación baja en grasas, en su estilo de vida habitual
- (NIC) *Guía del sistema sanitario:*
  - Informar al paciente sobre los recursos comunitarios apropiados y sobre las personas de contacto
  - Ayudar a la persona a rellenar los formularios de petición de ayuda, como ayuda para el alojamiento y ayuda financiera, según se necesite

### Bebés y niños

- Identificar factores de riesgo de tabaquismo adolescente, como unos padres que fuman
- Describir al adolescente los riesgos del tabaco, especialmente los asociados con el aspecto y la imagen
- Informar sobre el riesgo del tabaco sin humo
- Explorar con los adolescentes los comportamientos asertivos que les ayuden a afrontar la presión de sus iguales de fumar
- Explicar que la mayoría de las personas que fuman desearía dejarlo, pero que es un hábito difícil de cambiar
- Explicar a las mujeres embarazadas los efectos del tabaco sobre el feto, por ejemplo, bajo peso en el momento del nacimiento
- Enseñar a los padres que el humo pasivo contribuye al síndrome de la muerte súbita del lactante y a las alergias, otitis media, asma y las infecciones respiratorias en los niños

### Personas mayores

- Evaluar la función visual, auditiva y psicomotriz; comprobar que hay gafas, audífonos, andadores y otros dispositivos auxiliares disponibles y en correcto funcionamiento
- Ayudar al cliente a formular objetivos realistas para los cambios que necesiten hacerse, reconociendo que el cambio resulta difícil para muchos ancianos
- Realizar o animar al paciente a realizar exploraciones de detección, por ejemplo, para el cáncer de mama
- Evaluar la posible presencia de abuso a ancianos

---

## MANTENIMIENTO DEL HOGAR, DIFICULTADES PARA EL

(1980)

**Definición:** incapacidad para mantener de forma independiente un entorno inmediato seguro y promotor del crecimiento

### Características definitorias

#### Subjetivas

Los miembros de la familia describen deudas pendientes o crisis financieras  
Los miembros de la familia expresan dificultad para mantener su hogar de forma cómoda

Los miembros de la familia solicitan ayuda con el mantenimiento doméstico

#### Objetivas

[Acumulación de suciedad, desechos alimentarios o higiénicos ]

Entorno desordenado o sucio

Equipo de cocina, ropa personal y de cama sin lavar o inexistente

Falta del equipo necesario

Miembros de la familia sobreexplotados, p. ej., exhaustos o angustiados

Olores ofensivos

Presencia de bichos o roedores

Repetición de trastornos o infecciones causados por falta de higiene

Temperatura del hogar inapropiada

### Factores relacionados

Desconocimiento de los recursos del barrio

Enfermedad o lesión de una persona o de un miembro de la familia

Falta de conocimientos

Falta de modelos que seguir

Finanzas insuficientes

Organización o planificación familiar insuficiente

Sistema de apoyo inadecuado

Trastorno del funcionamiento

### Otros factores relacionados (diferentes a los de NANDA)

Discapacidad de desarrollo

Obstáculos del entorno doméstico

### Sugerencias de uso

Este diagnóstico subraya la incapacidad de gestionar el entorno doméstico, como la colada, la limpieza y la cocina. Si la dificultad se produce en la gestión de medicamentos o tratamientos, debe usarse *manejo ineficaz del*

M

*régimen terapéutico*. Si es principalmente una dificultad en la gestión del autocuidado, como baño y vestido, debe usarse *trastorno del autocuidado (especificar)*. Debe diferenciarse también entre esta etiqueta y *sobreesfuerzo en el rol de cuidador*.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar comprometido  
Autocuidado, déficit del (especifíquese)  
Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de  
Lesión, riesgo de (traumatismo, caídas)  
Mantenimiento de la salud, alteración en el  
Régimen terapéutico familiar o personal, manejo ineficaz del

### Resultados NOC

M

**Actuación parental:** acciones parentales para ofrecer a un niño un entorno físico, emocional y social constructivo y educativo

**Ambiente físico del hogar:** organización física para reducir al mínimo los factores medioambientales que puedan provocar lesiones o daños físicos en el hogar

**Entorno doméstico seguro:** organización física en el hogar que ofrece seguridad y estimulación a los miembros de la familia

**Funcionamiento de la familia:** capacidad del sistema familiar para cubrir las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo

**Realización de funciones:** congruencia de la conducta de una persona con las expectativas de su función

**Rol parental: seguridad en el entorno social:** acciones parentales para proteger a un niño de los contactos sociales que puedan producir daños o lesiones

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- *Dificultades para el mantenimiento del hogar* se eliminará o moderará, según lo demuestren el funcionamiento de la familia, el entorno físico familiar, la actuación parental, el rol parental: seguridad en el entorno social, la realización de funciones y entorno doméstico seguro
- La **realización de funciones** se demostrará, según lo prueben los indicadores siguientes (especificar del 1 al 5: en absoluto, ligeramente, moderadamente, sustancialmente o totalmente adecuados):
  - Habilidad para cumplir las expectativas de su función
  - Realización de las conductas de las funciones familiares
- El **funcionamiento de la familia** se demostrará, según lo prueban los indicadores siguientes (especificar del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo o habitualmente):
  - Cuida de los miembros dependientes

Regula el comportamiento de los miembros  
Los miembros realizan las funciones esperadas  
Obtiene los recursos adecuados para cubrir las necesidades de los miembros  
Los miembros se apoyan y ayudan entre sí

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Seguir un plan específico para el mantenimiento del hogar
- Identificar opciones para superar las limitaciones financieras
- Verbalizar la conciencia de las limitaciones en la situación doméstica debido a la enfermedad de un miembro de la familia
- Verbalizar el conocimiento de los recursos disponibles
- Realizar tareas de mantenimiento del hogar, como compras, preparación de comida, colada, trabajo en el patio, trabajo del hogar
- Conducir un coche, por ejemplo, para ir de compras
- Eliminar los riesgos ambientales del hogar
- Cubrir las necesidades físicas de las personas dependientes en el hogar
- Ofrecer supervisión para los niños, como compañeros de juego, trabajadores de guardería y otros

M

### Intervenciones NIC

**Ayuda al mantenimiento del hogar:** ayudar al paciente y a la familia a mantener el hogar como un lugar limpio, seguro y agradable donde vivir

**Educación parental: adolescente:** ayudar a los padres a comprender y ayudar a sus hijos adolescentes

**Educación parental: familia con niños:** ayudar a los padres a comprender y promover el crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social de sus hijos pequeños, preescolares o en edad escolar

**Gestión del entorno: seguridad:** control y manipulación del entorno físico para favorecer la seguridad

**Identificación de riesgos: familia con niños:** identificación de una persona o una familia que probablemente experimenten dificultades en el comportamiento parental y priorización de las estrategias para prevenir los problemas parentales

**Potenciación de roles:** ayudar a un paciente, pareja o familia a mejorar las relaciones, aclarando y complementando comportamientos específicos de su función

**Promoción de la integridad familiar:** promoción de la cohesión y unidad de la familia

**Promoción de la integridad familiar: familia con niños:** facilitar el crecimiento de las personas o familias que añaden un lactante a la unidad familiar

**Promoción parental:** proporcionar información parental, apoyo y coordinación sobre servicios completos a familias de alto riesgo

## Actividades de enfermería

### Valoración

- (NIC) *Ayuda al mantenimiento del hogar*: determinar los requisitos de mantenimiento del hogar del paciente

### Educación del paciente y la familia

- Ofrecer material escrito relativo al mantenimiento del hogar
- (NIC) *Ayuda al mantenimiento del hogar*: ofrecer información sobre cómo volver el entorno doméstico limpio y seguro

### Actividades auxiliares

- Evaluar y documentar la necesidad de seguimiento tras el alta por medio de un/a enfermero/a de salud pública
- Ponerse en contacto con el planificador de la descarga o con el trabajador social para establecer un plan de mantenimiento doméstico realista
- Para pacientes ingresados, remitirlos a una visita domiciliaria para evaluar las capacidades del paciente para funcionar de forma independiente tras su alta del centro
- (NIC) *Ayuda al mantenimiento del hogar*:
  - Ofrecer información sobre ayuda auxiliar, según proceda
  - Pedir los servicios de una ayuda doméstica, según proceda

M

### Otras

- Aceptar y apoyar, sin juzgarlas, las realidades de la situación doméstica
- Ayudar al paciente y a la familia o miembro de su familia a identificar obstáculos o peligros en el hogar que podrían impedir su mantenimiento
- Ayudar al paciente y a la familia o miembro de la familia a identificar puntos fuertes en la unidad familiar, así como sistemas de apoyo que ayudarán en el mantenimiento doméstico
- Iniciar una conversación con el paciente y su familia sobre el estado de salud de todos los miembros de la familia, puesto que la enfermedad de otros miembros de la familia puede afectar a la gestión del mantenimiento doméstico
- (NIC) *Ayuda al mantenimiento del hogar*:
  - Implicar al paciente y a su familia en decidir los requisitos de mantenimiento doméstico
  - Sugerir las alteraciones estructurales necesarias para volver accesible el hogar
  - Sugerir servicios para control de plagas, si se necesita
  - Sugerir servicios para reparaciones domésticas, si se necesita
  - Comentar el coste del mantenimiento necesario y los recursos disponibles

### En el domicilio

- Todas las intervenciones anteriores son apropiadas para la asistencia domiciliaria, el centro de este diagnóstico de enfermería

### Bebés y niños

- *(NIC) Educación parental: familia con niños:*
  - Facilitar que los padres comenten los métodos de disciplina disponibles, su selección y los resultados obtenidos
  - Animar a los padres a probar diferentes estrategias de cría de los niños, según proceda
  - Hacer juegos de rol sobre las técnicas para criar niños y las destrezas de comunicación
  - Enseñar la importancia de una dieta equilibrada, con tres comidas al día y tentempiés nutritivos
  - Dar a los padres una variedad de estrategias que puedan usar para regular la conducta del hijo
  - Revisar los problemas de seguridad con los padres, como los encuentros con desconocidos y la seguridad en el agua y en bicicleta
  - Ofrecer a los padres materiales escritos y otros materiales que resultarán útiles para realizar la función parental
  - Ayudar a los padres a identificar los criterios de evaluación para la guardería y la escuela

M

### Personas mayores

- Evaluar si el paciente puede funcionar de forma independiente en el hogar, por ejemplo, evaluar las capacidades de visión, oído, movilidad y otras funciones
- Ayudar al paciente a obtener los dispositivos de ayuda, como andadores o alarmas, necesarios para mantener un funcionamiento independiente
- Remitir a servicios de ayuda doméstica o ama de casa, según sea necesario
- Comprobar que los miembros de la familia saben que el paciente necesita ayuda para continuar viviendo en su hogar
- Ayudar al paciente a localizar los recursos comunitarios para obtener ayuda con las tareas de la vida cotidiana, como centros para ancianos que sirvan comidas, enfermeras comunitarias, servicios de comida a domicilio y otros
- Evaluar el entorno doméstico para comprobar los riesgos de seguridad, como asegurarse de que haya pasamanos, rieles de seguridad en el baño, iluminación adecuada y otros
- Evaluar la posible presencia de abuso a ancianos

---

## MEMBRANA MUCOSA ORAL, ALTERACIÓN DE LA (1982, 1998)

**Definición:** alteración de los labios o el tejido blando de la cavidad bucal.

### Características definatorias

#### Subjetivas

Dificultad para comer o realizar la deglución  
Disminución [o ausencia] del gusto  
Dolor e incomodidad bucal  
Sabor desagradable en la boca

#### Objetivas

Amígdalas inflamadas  
Descamación  
Desolladura mucosa  
Dificultad para hablar  
Edema  
Estomatitis  
Exudado o drenaje purulento  
Grietas, queilitis  
Halitosis  
Hemorragia  
Hiperemia  
Hiperplasia gingival  
Lengua geográfica  
Lengua saburral  
Lengua suave, atrófica  
Lesiones o úlceras bucales  
Macroplasia  
Masas rojas o azuladas (p. ej., hemangiomas)  
Palidez gingival o de la mucosa  
Placas blancas, placas esponjosas o exudado blanco gelatinoso  
Presencia de agentes patógenos  
Retracción gingival, más de 4 mm  
Vesículas, nódulos o pápulas  
Xerostomía (sequedad bucal)

### Otras características definatorias (no NANDA)

Labios secos y agrietados  
Molestia al ingerir alimentos fríos o calientes

### Factores relacionados

Cirugía en la cavidad bucal  
Depresión

Deshidratación  
 Disminución de la salivación  
 Disminución de las plaquetas  
 Efectos secundarios de medicamentos  
 Estrés  
 Higiene bucal ineficaz  
 Impedimentos para el autocuidado bucal  
 Impedimentos para el cuidado profesional  
 Infección  
 Inmunodeficiencia  
 Inmunosupresión  
 Irritantes químicos (p. ej., alcohol, tabaco, alimentos ácidos, drogas, uso regular de inhaladores u otros agentes nocivos)  
 Labio leporino o fisura palatina  
 Malnutrición [o carencia de vitaminas]  
 Mecánicos (p. ej., dentaduras mal ajustadas, aparatos y tubos [ET o NG])  
 NPO durante más de 24 horas  
 Pérdida de estructuras de apoyo  
 Pérdida de tejido conectivo, adiposo u óseo  
 Quimioterapia  
 Radioterapia  
 Reducción de los niveles hormonales (mujeres)  
 Respiración por la boca  
 Situación patológica de la cavidad bucal (no NANDA)  
 Traumatismo (p. ej., drogas, agentes nocivos)

M

### Otros posibles diagnósticos

Autocuidado: higiene (bucal), déficit del  
 Dentición, alteración de la  
 Integridad tisular, deterioro de la

### Resultados NOC

**Higiene bucal:** estado de la boca, los dientes, las encías y la lengua

**Integridad tisular: piel y mucosas:** integridad estructural y funcionamiento fisiológico normal de la piel y las mucosas

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **higiene bucal**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: comprometida en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente, en absoluto):
  - Limpieza de boca, dientes, encías, lengua, dentadura o aparatos dentales
  - Humedad de la mucosa bucal y de la lengua
  - Color de las membranas mucosas [rosa]
  - Integridad de mucosa bucal, lengua, encías y [dientes]

- Muestra **integridad tisular: piel y mucosas**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: intensa, sustancial, moderada, leve o ninguna):
  - Lesiones en la membrana tisular
  - Eritema
  - Necrosis

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Ingerir alimentos y fluidos con cada vez mayor comodidad
- No presentar halitosis
- Efectuar la limpieza bucal tal y como se prescribe e indica

### Intervenciones NIC

**Restablecimiento de la salud bucal:** mejora de la curación en un paciente que presenta una lesión dental o en la mucosa bucal

## M

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Identificar sustancias irritantes, como tabaco, alcohol, alimentos, medicamentos, temperaturas extremas de la comida o condimentos
- Valorar la comprensión del paciente y su capacidad para llevar a cabo los cuidados bucales
- (NIC) *Restablecimiento de la salud bucal:*
  - Determinar la percepción del paciente de cambios en el gusto, la deglución, la calidad de la voz y la comodidad
  - Controlar al paciente en cada turno para comprobar la sequedad de la mucosa bucal
  - Controlar los signos y síntomas de glositis y estomatitis
  - Controlar los efectos terapéuticos de anestésicos tópicos, cremas protectoras bucales y analgésicos tópicos o sistémicos, según proceda

#### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Restablecimiento de la salud bucal:*
  - Reforzar el sistema de higiene bucal como parte de la enseñanza previa al alta médica
  - Indicar al paciente que evite los enjuagues bucales comerciales
  - Indicar al paciente que informe inmediatamente a un médico de los signos de infección

#### Actividades auxiliares

- Consultar a un médico sobre la receta de un enjuague bucal antifúngico o un anestésico tópico bucal si existe una infección por hongos
- (NIC) *Restablecimiento de la salud bucal:*
  - Consultar a un médico si los signos y síntomas de glositis y estomatitis persisten o empeoran

Aplicar anestesia tópica, cremas de protección bucal y analgésicos tópicos o sistémicos, según sea necesario

### Otras

- Ofrecer cuidados bucales antes de las comidas y cuando sea necesario
- Evitar el uso de caramelos y chicles con azúcar
- Limpiar las dentaduras tras cada comida
- (NIC) *Restablecimiento de la salud bucal:*
  - Planear comidas reducidas y frecuentes, seleccionar alimentos suaves, y servir los alimentos fríos o a temperatura ambiente
  - Ayudar al paciente a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos
  - Aumentar la frecuencia de los cuidados bucales una vez cada dos horas y dos veces por la noche si la estomatitis no está controlada
  - Emplear un cepillo de dientes suave para eliminar los restos de los dientes
  - Animar al paciente a enjuagarse la boca a menudo con uno de los productos siguientes: solución de bicarbonato sódico, suero salino caliente o solución de peróxido de hidrógeno
  - Evitar el uso de enjuagues con limón y glicerina
  - Desaconsejar el consumo de tabaco y alcohol
  - Extraer la dentadura en caso de estomatitis grave

M

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores pueden adaptarse a su uso en el domicilio; la diferencia primordial es que el/la enfermero/a tiene más probabilidades de realizar las intervenciones a un paciente hospitalizado, mientras que, en el domicilio, es más probable que enseñe al paciente o al cuidador a llevar a cabo las intervenciones
- Sugerir el uso de bebidas refrescantes y Popsicles® para reducir las molestias
- Sugerir el uso de un humidificador del ambiente si el aire del domicilio está seco

### Bebés y niños

- Enseñar a los progenitores a que es normal que las encías de los niños estén enrojecidas e inflamadas durante la dentición
- Sustituir el cepillo de dientes del niño cada tres meses
- Indicar a los padres que le den al niño algo seguro para masticar durante la dentición

### Personas mayores

- Valorar si el cliente puede llevar a cabo su propia higiene bucal

- Examinar los labios y la cavidad bucal en busca de lesiones (p. ej., masas, úlceras, placas rojas o blancas, lesiones granulosas)
- Ser consciente de que muchas personas mayores visitan al dentista en contadas ocasiones. Animarles a acudir de forma regular; ayudarles a obtener transporte y ayuda financiera si fuera necesario

---

## MEMORIA, TRASTORNO DE

(1994)

**Definición:** incapacidad para recordar o retener información o técnicas de conducta. [**IMPORTANTE:** el *trastorno de memoria* puede atribuirse a causas situacionales o fisiopatológicas que pueden ser temporales o permanentes.]

M

### Características definitorias

Casos de olvidos

Incapacidad para aprender o retener nuevos conocimientos o información

Incapacidad para determinar si se ha llevado a cabo una acción

Incapacidad para realizar una acción anteriormente aprendida

Incapacidad para retener información sobre hechos

Incapacidad para retener sucesos [recientes o antiguos]

Olvida realizar acciones en el momento indicado

### Factores relacionados

Anemia

[Depresión]

Desequilibrio hídrico y de electrolitos

Disminución del gasto cardiaco

Exceso de trastornos ambientales

Hipoxia [aguda o crónica]

Trastornos neurológicos

### Sugerencias de uso

Emplee este diagnóstico sólo si es posible mejorar la memoria del paciente. Si la disfunción es permanente, considérela como una etiología de otro diagnóstico, como, por ejemplo, *déficit del autocuidado* o *riesgo de lesión*. El *trastorno de memoria* también es una característica que define otros diagnósticos, como *confusión crónica* y *alteración de los procesos de pensamiento*, en los que también aparecen otros síntomas.

### Otros posibles diagnósticos

Confusión crónica

Entorno, síndrome de interpretación alterada del

Procesos de pensamiento, alteración de los  
Perfusión tisular (cerebral), alteración de la

### Resultados NOC

**Capacidad cognitiva:** capacidad para ejecutar procesos mentales complejos

**Concentración:** capacidad para centrarse en estímulos específicos

**Estado neurológico:** capacidad del sistema nervioso central y periférico para recibir, procesar y responder a estímulos internos y externos

**Memoria:** capacidad para recuperar y referenciar cognitivamente información almacenada con anterioridad

**Orientación cognitiva:** capacidad para identificar de manera precisa las personas, los lugares y el tiempo

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra una memoria sin trastornos, como lo demuestran su capacidad cognitiva, orientación cognitiva, concentración, memoria y estado neurológico
- Muestra **orientación cognitiva**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: comprometido en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente, o en absoluto): se identifica a sí mismo; a las personas cercanas; el sitio actual; así como el día, el mes, el año y la estación
- Muestra un **estado neurológico** correcto, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: comprometido en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente, o en absoluto):
  - Orientación cognitiva
  - Comunicación adecuada a la situación
  - Capacidad cognitiva
  - Control psicomotor

M

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Emplear técnicas para mejorar la memoria
- Recordar de manera precisa información inmediata, reciente y remota
- Verbalizar para poder recordar mejor

### Intervenciones NIC

**Adiestramiento de la memoria:** ejercitación de la memoria

**Control y seguimiento neurológico:** recopilación y análisis de datos del paciente para evitar o minimizar complicaciones neurológicas

**Estimulación cognitiva:** mejora de la consciencia y la comprensión del entorno mediante el empleo de estímulos planeados

**Gestión de la demencia:** proporción de un entorno modificado para un paciente que experimente un estado de confusión crónica

**Gestión del delirio:** proporción de un entorno terapéutico y seguro para un paciente que experimente un estado de confusión aguda

**Mejora de la perfusión cerebral:** mejora de una perfusión adecuada y limitación de complicaciones en el caso de un paciente que experimente o que corra el riesgo de experimentar una perfusión cerebral

**Orientación de la realidad:** mejora de la consciencia de la identidad personal del paciente, así como del tiempo y del entorno

**Reducción de la ansiedad:** minimización de la aprensión, el miedo o la inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro potencial

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Valorar la depresión, la ansiedad o el aumento de elementos estresantes que podrían contribuir a la pérdida de memoria
- Valorar la función neurológica para determinar si el paciente sólo sufre una pérdida de memoria o también presenta otros problemas, como la demencia, que deberán comunicarse para su tratamiento
- Valorar el alcance y la naturaleza de la pérdida de memoria (p. ej., sucesos inmediatos, recientes o antiguos; pérdida gradual o repentina)
- Determinar el historial y el patrón actual en lo referente al consumo de alcohol
- Determinar qué medicamentos o drogas que consume el paciente podrían afectar a la memoria (p. ej., marihuana)
- *(NIC) Adiestramiento de la memoria:* controlar el comportamiento del paciente durante la terapia

M

### Educación del paciente y la familia

- *(NIC) Adiestramiento de la memoria:* estructurar los métodos de enseñanza según la organización de información del paciente

### Actividades auxiliares

- Remitir a los pacientes con pérdida de memoria repentina a un médico
- *(NIC) Adiestramiento de la memoria:* remitir a ergoterapia, según proceda

### Otras

- No cambiar la disposición de los muebles de la habitación
- Ayudar al paciente a relajarse para mejorar la concentración
- Mantener a los mismos cuidadores en la medida de lo posible
- *(NIC) Adiestramiento de la memoria:*
  - Comentar con el paciente y los familiares cualquier problema de memoria que se haya producido
  - Estimular la memoria repitiendo el último pensamiento expresado por el paciente, según proceda
  - Recordar experiencias pasadas con el paciente, según proceda
  - Aplicar técnicas de estimulación de la memoria adecuadas, como imágenes, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, fomento de la

memoria, técnicas de asociación, realización de listas, empleo del ordenador, empleo de etiquetas con nombres o repetición de la información

Ayudar en las tareas de aprendizaje por asociación, como la práctica del aprendizaje y el recuerdo de la información oral y pictográfica mostrada, según proceda

Ofrecer formación de orientación, como la repetición de fechas e información personal por parte del paciente, según proceda

Ofrecer posibilidades para mejorar la concentración, como juegos de búsqueda de parejas o juegos de cartas, según proceda

Ofrecer posibilidades para emplear la memoria en el caso de sucesos recientes, como preguntar al paciente sobre un paseo reciente

Mejorar la memoria de reconocimiento pictográfico, según proceda

Animar al paciente a participar en programas de ejercitación de la memoria en grupo, según proceda

M

### En el domicilio

- Etiquetar las cosas (p. ej., la puerta del baño, el fregadero, la nevera) para que el paciente las recuerde mejor
- No cambiar la disposición de los muebles del domicilio
- Valorar si el cliente necesita a familiares o amigos que le ayuden a gestionar los horarios y le recuerden las cosas (p. ej., citas médicas o tomas de medicamentos)

### Personas mayores

- Explicar al paciente mayor que las pérdidas de memoria a corto plazo ocurren a menudo en edad avanzada
- Si la memoria se sigue deteriorando y afecta al funcionamiento afectivo y cognitivo, remitir al paciente a una valoración psiquiátrica (p. ej., demencia o depresión)
- Valorar si la pérdida de memoria puede ser un efecto secundario de la medicación del paciente (p. ej., digitalización)
- Animar al cliente a trabajar para mejorar su memoria; explicarle que la mejora es posible si aplica técnicas de estimulación cerebral

## MORAL, SUFRIMIENTO

(2006)

**Definición:** respuesta a la incapacidad de llevar a cabo la decisión o acción ética/moral deseada.

### Características definitorias

Muestra angustia (p. ej., impotencia, culpa, frustración, ansiedad, inseguridad, miedo) relacionada con la dificultad de actuar según su opción moral

### Factores relacionados

Conflicto en la información que define la toma de decisiones morales/éticas

Conflicto entre quienes toman las decisiones

Conflictos culturales

Decisiones en la cercanía de la muerte

Decisiones relativas al tratamiento

Distancia física de quien toma las decisiones

Pérdida de autonomía

Restricciones de tiempo para tomar la decisión

### Sugerencias de uso

M

Conviene distinguir entre *sufrimiento moral* y *conflicto en la toma de decisiones*. Si el paciente debe elegir entre dos opciones igual de buenas (o malas) y no puede decidirse por una de ellas, utilice *conflicto en la toma de decisiones*. Si la persona cree que sabe qué es lo que debe hacer, pero, por alguna razón, no puede llevar a cabo lo que ha decidido, utilice *sufrimiento moral*. El dolor que acompaña al *aufriamiento moral* puede llevar al *deterioro de la religiosidad* y al *sufrimiento espiritual*. El *sufrimiento moral* está definido de un modo más específico y preciso que el *riesgo de deterioro de la religiosidad* y el *riesgo de sufrimiento espiritual*.

### Otros posibles diagnósticos

Religiosidad, riesgo de deterioro de la

Sufrimiento espiritual, riesgo de

Toma de decisiones, conflicto en la

### Resultados NOC

Aún no se han vinculado resultados NOC a este diagnóstico. Sin embargo, las intervenciones siguientes pueden resultar útiles.

**Autonomía personal:** acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones que toma en su vida

**Bienestar:** alcance de la percepción positiva del estado de salud y de las circunstancias vitales de cada uno

**Bienestar espiritual:** conexión con uno mismo, con otros, con un poder supremo, con la vida, con la naturaleza y el universo que trasciende y fortalece a la persona

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- El *sufrimiento moral* se reducirá, como lo demostrarán la autonomía personal, el bienestar y el bienestar espiritual

- Muestra **autonomía personal**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo o habitualmente):  
Demuestra independencia en los procesos de toma de decisiones  
Reivindica sus preferencias personales  
Toma decisiones sin la presión de [especificar]: padres, cónyuge, hijos, otros familiares, amigos, cuidador sanitario

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Mostrar satisfacción con su vida espiritual
- Demostrar capacidad para sobrellevar las situaciones
- Indicar un nivel aceptable de felicidad
- Hablar de la resolución de síntomas como culpa, frustración e inseguridad
- Afirmar que entiende que no se ha producido un acto inmoral por su parte por no poder llevar a cabo la decisión moral que había tomado



### Intervenciones NIC

Aún no se han vinculado intervenciones NIC a este diagnóstico.

Sin embargo, las intervenciones siguientes pueden resultar útiles. (**IMPOR- TANTE:** no es necesario un apoyo para la toma de decisiones, ya que, por definición, el paciente ya ha tomado una decisión.)

**Apoyo emocional:** ofrecimiento de reafirmación, aceptación y apoyo durante épocas de estrés

**Apoyo espiritual:** ayuda al paciente para alcanzar el equilibrio y la conexión con una fuerza superior

**Mejora de la autoestima:** ayuda a un paciente para mejorar la opinión o la valoración que hace de sí mismo

**Mejora del afrontamiento:** ayuda a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida

**Protección de los derechos del paciente:** protección de los derechos sanitarios de un paciente, especialmente si es menor de edad, discapacitado o no es capaz de tomar decisiones por sí mismo

**Reducción de la ansiedad:** minimización de la aprensión, el miedo o la inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro potencial

### Actividades de enfermería

Para las intervenciones de enfermería para este diagnóstico hay que tener en cuenta que el paciente está de acuerdo con la decisión moral que ha tomado y siente angustia por no ser capaz de llevar a cabo esa decisión. Las actividades deberán centrarse en (1) ayudar al paciente a hacer frente al sentimiento de sufrimiento inmediato, (2) identificar los sentimientos problemáticos (p. ej., ansiedad, impotencia), especialmente para realizar diagnósticos e intervenciones de enfermería con el fin de aliviarlos (tenga en cuenta que la *impotencia* suele asociarse al *sufrimiento moral*), y (3) recomendar al paciente

que elimine los obstáculos que le impiden llevar a cabo la decisión tomada o llegar a un acuerdo que le satisfaga. Sin embargo, en muchas situaciones (si no en la mayoría), no podrá ayudar al paciente, es decir, independientemente de la intervención, éste no podrá llevar a cabo la decisión moral que ha tomado. En ese caso, las intervenciones tendrán como objetivo mejorar la seguridad del paciente para tomar decisiones en un futuro.

### Valoración

- Detectar muestras de angustia o tristeza
- Hablar con el paciente para identificar de manera más exacta sus sentimientos (p. ej., impotencia, culpa, enfado, frustración, ansiedad, inseguridad)
- Valorar las manifestaciones físicas y en el comportamiento de la ansiedad
- Averiguar quién está autorizado legalmente a tomar decisiones en nombre del paciente
- Valorar la confianza del paciente en su propio criterio

M

### Educación del paciente y la familia

- Ofrecer información objetiva sobre la situación que se ha producido; esclarecer cualquier malentendido
- Ofrecer información acerca de directrices previas
- Enseñar al paciente a relajarse y realizar un control mental
- Ofrecer al paciente una copia de un documento con los derechos de los pacientes, un escrito de alguna asociación de pacientes o similar

### Actividades auxiliares

- Consultar al comité ético del centro
- Remitir al paciente al capellán o a otro consejero espiritual que elija el paciente
- Comunicarse con los administradores y miembros del equipo sanitario para cumplir los deseos del paciente y los familiares

### Otras

- Mostrar empatía y aceptación; establecer una relación de confianza; realizar comentarios positivos
- Emplear el contacto físico, según proceda
- Ofrecer oportunidades para realizar actividades espirituales
- Realizar una escucha activa; animar al paciente a expresar sus preocupaciones y sentimientos
- Sopesar si al paciente le ayudaría esclarecer sus valores
- Animarle a identificar su propia fortaleza y volver a evaluar las acepciones negativas que tiene de sí mismo
- Analizar las razones por las que se siente culpable
- Respetar la privacidad de las conversaciones entre el paciente, las personas cercanas y el personal sanitario

- No imponer el tratamiento
- Ayudar al paciente a reconocer y expresar sus sentimientos (p. ej., culpa, tristeza, impotencia)
- Animar al paciente a hablar o llorar para aliviar la tensión
- Ayudar al paciente a identificar los valores que defiende
- Ayudar al paciente a identificar las ayudas disponibles

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores son adecuadas para los cuidados en el domicilio

M

## MOVERSE DE LA CAMA, DIFICULTAD PARA

(1998, 2006)

**Definición:** limitación del movimiento independiente desde la cama a otro sitio (especificar el nivel de independencia).

### Características definitorias

Disminución de la capacidad para realizar lo siguiente:

Cambiar de posición en la cama

Desplazarse de posición prona a posición supina

Desplazarse de posición recostada a posición supina

Desplazarse de posición sentada a posición supina

Desplazarse de posición supina a posición prona

Desplazarse de posición supina a posición recostada

Desplazarse de posición supina a posición sentada

Girar de un lado a otro

### Factores relacionados

Conocimiento insuficiente (no NANDA)

Disfunción cognitiva

Disfunción del condicionamiento

Disfunción musculoesquelética (p. ej., contracturas)

Disfunción neuromuscular

Dolor

Insuficiente fuerza muscular

Limitaciones del entorno (p. ej., tamaño de la cama, tipo de cama, equipo de tratamiento, sujeciones)

Obesidad

Sedantes

### Sugerencias de uso

1. Cuando no se puede mejorar la movilidad en cama del paciente, esta etiqueta deberá emplearse como factor de riesgo o factor relacionado con otros diagnósticos de enfermería, como *riesgo de deterioro de la integridad cutánea*.

2. Especificar el grado de movilidad, al igual que se haría para *trastorno de la movilidad física y dificultad para manejar la silla de ruedas*:

*Nivel 0*: totalmente independiente

*Nivel 1*: necesita emplear equipamiento o algún dispositivo

*Nivel 2*: necesita la ayuda de otra persona para asistencia, supervisión o enseñanza

*Nivel 3*: necesita la ayuda de otra persona, así como equipamiento/dispositivo

*Nivel 4*: es dependiente, no participa en la actividad

3. Véase el apartado sugerencias de uso en movilidad física, trastorno de la, en la pág. 294.

### M Otros posibles diagnósticos

Integridad cutánea, riesgo de deterioro de la  
Lesión, riesgo de  
Movilidad física, trastorno de la  
Síndrome de desuso, riesgo de

### Resultados NOC

**Cambio de posición corporal: autoiniciado:** capacidad para cambiar de posición corporal de manera independiente con o sin ayuda de un dispositivo de asistencia

**Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas:** gravedad del deterioro del funcionamiento fisiológico debido al trastorno de la movilidad física

**Movilidad:** capacidad para moverse a propósito en un entorno propio, de manera independiente o con un dispositivo de asistencia

**Movimiento articular: activo (especificar articulación):** amplio grado de movilidad de \_\_\_\_\_ (especificar articulación) con un movimiento autoiniciado

**Movimiento articular: pasivo:** movimiento articular con asistencia

**Movimiento coordinado:** capacidad de los músculos para trabajar de forma conjunta y voluntaria para realizar un movimiento

**Rendimiento de los mecanismos corporales:** acciones personales para mantener una alineación corporal adecuada y evitar la tensión musculoesquelética

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta movilidad en la cama, como lo demuestran el posicionamiento corporal autoiniciado, el rendimiento de los mecanismos corporales, el movimiento coordinado, el movimiento articular activo y una movilidad satisfactoria

- Muestra **movilidad**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: comprometida en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente, o en absoluto):
  - Coordinación
  - Rendimiento del posicionamiento corporal
  - Movimiento muscular y articular

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Realizar movimientos completos de todas las articulaciones
- Moverse por sí mismo en la cama o establecer el nivel real de ayuda que necesita
- Mostrar un uso correcto de los dispositivos de asistencia (p. ej., trapecio)
- Solicitar ayuda para cambiar de posición, según sea necesario

### Intervenciones NIC

M

**Ayuda en el autocuidado:** ayuda a otra persona para realizar actividades cotidianas

**Cuidado en el reposo en cama:** mejora de la comodidad y la seguridad, así como prevención de complicaciones de un paciente que no puede levantarse de la cama

**Posición:** colocación deliberada del paciente o de parte de su cuerpo para mejorar el bienestar fisiológico y psicológico

**Promoción de los mecanismos corporales:** facilitación de la aplicación de posturas y movimientos en las actividades diarias para prevenir la fatiga y las lesiones o la tensión musculoesqueléticas

**Promoción del ejercicio: entrenamiento de la fuerza:** realización de entrenamiento muscular de resistencia de forma regular para mantener o aumentar la fuerza muscular

**Terapia con ejercicio: control muscular:** uso de protocolos de ejercicio o actividad específicos para mejorar o restablecer el movimiento corporal controlado

**Terapia con ejercicio: movilidad articular:** realización de movimientos corporales activos o pasivos para mantener o recuperar la flexibilidad articular

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Realizar una valoración continua de la movilidad del paciente
- Valorar el grado de consciencia
- Valorar la fuerza muscular y la movilidad articular (amplitud de movimientos)

#### Educación del paciente y la familia

- Indicar al paciente ejercicios de amplitud de movimientos tanto activos como pasivos para mejorar la fuerza y el tono muscular
- Enseñarle técnicas para girarse y corregir la alineación corporal

### Actividades auxiliares

- Emplear la ayuda de ergoterapeutas o fisioterapeutas para desarrollar un plan con el fin de mantener y mejorar la movilidad en la cama

### Otras

- Colocar un avisador luminoso o un botón al alcance del paciente
- Ofrecer dispositivos de ayuda (p. ej., trapecio)
- Ofrecer refuerzos positivos durante las actividades
- Aplicar medidas de control del dolor antes de comenzar los ejercicios o la fisioterapia
- Asegurarse de que el plan de cuidados incluye la cantidad de personas necesaria para girar al paciente

## M

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores también son adecuadas para los cuidados en el domicilio
- Valorar la capacidad de los cuidadores para mover y girar al paciente; obtener cuidados domésticos, según proceda
- Valorar la necesidad de ayuda por parte de un centro de salud u otra organización
- Valorar la necesidad de disponer de un equipo médico duradero; ayudar a obtenerlo si fuera necesario
- Enseñar a los cuidadores cómo manejar el cuerpo del paciente
- Enseñar a los cuidadores y al paciente cómo emplear los dispositivos de ayuda
- Emplear la cama habitual del paciente si es posible. Por ejemplo, se pueden usar bloques para elevar el cabecero de la cama.
- Adquirir una cama hospitalaria si el estado médico del paciente la hace necesaria, o si los cuidadores la necesitan para poder cuidar del paciente
- Sugerir que la cama del paciente se sitúe en una zona del domicilio de fácil acceso y donde el paciente pueda interactuar con los demás familiares
- Indicar a los cuidadores que permitan al cliente participar en el autocuidado en la medida de lo posible; explicar las ventajas de mantener la independencia

## MOVILIDAD FÍSICA, TRASTORNO DE LA

(1973, 1998)

**Definición:** limitación del movimiento físico independiente y voluntario del cuerpo o de una o más extremidades [especificar el nivel]:

- Nivel 0:* totalmente independiente
- Nivel 1:* necesita emplear equipamiento o algún dispositivo
- Nivel 2:* necesita la ayuda de otra persona para asistencia, supervisión o enseñanza
- Nivel 3:* necesita la ayuda de otra persona, así como equipamiento o dispositivos
- Nivel 4:* es dependiente, no participa en la actividad

### Características definitorias

#### Objetivas

- Amplitud de movimientos limitada
- Cambios en la marcha (p. ej., disfunción al andar, velocidad, dificultad para iniciar la marcha, pasos pequeños, pies arrastrados, balanceo postural lateral exagerado)
- Capacidad limitada para realizar actividades motoras generales
- Capacidad limitada para realizar actividades motoras precisas
- Dificultad para girar
- Disminución del tiempo de reacción
- Disnea de esfuerzo
- Inestabilidad postural (durante la realización de actividades cotidianas rutinarias)
- Movimiento entrecortado
- Movimientos más lentos
- Movimientos no fluidos o descoordinados
- Se involucra en las sustituciones de movimiento (p. ej., aumento de atención hacia la actividad de los demás, control de las acciones, concentración en actividad de discapacidad o anterior a la enfermedad)
- Temblor provocado por el movimiento

M

### Factores relacionados

- Alteración del desarrollo
- Contracturas o anquilosamiento articular
- Creencias culturales relativas a la actividad adecuada para la edad del paciente
- Deficiencia sensorio-perceptual
- Déficit de conocimientos sobre la importancia de la actividad física
- Disfunción cognitiva
- Disfunción musculoesquelética
- Disfunción neuromuscular
- Disminución de la integridad de las estructuras óseas
- Dolor
- Estado de ánimo depresivo o ansiedad
- Estilo de vida sedentario, desuso o disfunción del condicionamiento
- Falta de apoyos ambientales físicos o sociales
- Índice de masa corporal por encima del percentil 75 correspondiente a la edad
- Intolerancia a la actividad y reducción de la fuerza y la resistencia

Malnutrición [selectiva o generalizada]  
Medicación  
Metabolismo celular alterado  
Molestias  
Reducción de la fuerza, el control o la masa muscular  
Resistencia cardiovascular limitada  
Restricciones de movimientos prescritos  
Reticencia para iniciar un movimiento

### Sugerencias de uso

Utilice *trastorno de la movilidad física* para describir a personas con una capacidad limitada de movimientos físicos independientes, como una reducción de la capacidad para mover brazos y piernas o una debilidad muscular generalizada, o cuando las intervenciones de enfermería se centren en la restauración de la movilidad y la función o en la prevención del desarrollo del deterioro. Por ejemplo, un diagnóstico adecuado sería *trastorno de la movilidad física relacionado con la gestión ineficaz del dolor crónico debido a artritis reumatoide*.

No emplee esta etiqueta para describir una inmovilidad temporal que no puede modificarse mediante acciones de enfermería (p. ej., tracción, reposo absoluto prescrito) o para describir una parálisis permanente. En estos casos y en muchos otros, el trastorno de la movilidad física puede emplearse eficazmente como etiología de un problema. Un ejemplo de ello sería *deterioro de la integridad tisular (úlceras de decúbito) relacionado con un trastorno de la movilidad física +4*. Cuando sea apropiado, emplee etiquetas más específicas, como *dificultad para moverse de la cama, dificultad en la habilidad para trasladarse desde la silla de ruedas, dificultad para manejar la silla de ruedas o dificultad para caminar*.

### Otros posibles diagnósticos

Autocuidado, déficit del  
Caminar, dificultad para  
Lesión, riesgo de  
Manejar la silla de ruedas, dificultad para  
Moverse de la cama, dificultad para  
Síndrome de desuso, riesgo de  
Trasladarse desde la silla de ruedas, dificultad en la habilidad para

### Resultados NOC

**Deambulación:** capacidad para caminar de un lugar a otro de manera independiente, con o sin dispositivos de asistencia

**Deambulación: silla de ruedas:** capacidad para desplazarse de un lugar a otro en silla de ruedas

**Equilibrio:** capacidad para mantener el equilibrio corporal

**Función esquelética:** capacidad de los huesos para soportar el cuerpo y facilitar el movimiento

**Movilidad:** capacidad para moverse a propósito en un entorno propio, de manera independiente o con un dispositivo de asistencia

**Movimiento articular (especificar articulación):** amplio grado de movilidad de \_\_\_\_\_ (especificar articulación) con un movimiento autoiniciado

**Movimiento coordinado:** capacidad de los músculos para trabajar de forma conjunta y voluntaria para realizar un movimiento

**Realización de la transferencia:** capacidad para cambiar la ubicación del cuerpo de manera independiente con o sin ayuda de un dispositivo de asistencia

**Rendimiento de los mecanismos corporales:** acciones personales para mantener una alineación corporal adecuada y evitar la tensión musculoesquelética

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC



- Muestra **movilidad**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: comprometida en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente, o en absoluto):
  - Equilibrio
  - Coordinación
  - Rendimiento de la posición corporal
  - Movimiento muscular y articular
  - Camino
  - Desplazamiento sin problemas

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Mostrar un uso correcto de los dispositivos de asistencia con supervisión
- Solicitar ayuda para las actividades de movilización, según proceda
- Realizar actividades cotidianas de manera independiente con dispositivos de asistencia (especificar actividad y dispositivo)
- Soportar peso
- Andar con una marcha eficaz a lo largo de \_\_\_\_\_ (especificar distancia)
- Trasladarse desde o hacia la silla o silla de ruedas
- Manejar la silla de ruedas de manera eficaz

## Intervenciones NIC

**Ayuda en el autocuidado: traslado:** ayuda a una persona para cambiar la ubicación de su cuerpo

**Posición:** colocación deliberada del paciente o de parte de su cuerpo para mejorar el bienestar fisiológico o psicológico

**Posición: paciente en silla de ruedas:** colocación de un paciente en una silla de ruedas convenientemente seleccionada para aumentar la comodidad,

mejorar la integridad cutánea y fomentar la independencia

**Promoción de los mecanismos corporales:** facilitación de la aplicación de posturas y movimientos en las actividades diarias para prevenir la fatiga y las lesiones o la tensión musculoesqueléticas

**Promoción del ejercicio: entrenamiento de la fuerza:** realización de entrenamiento muscular de resistencia de forma regular para mantener o aumentar la fuerza muscular

**Terapia con ejercicio: control muscular:** uso de protocolos de ejercicio o actividad específicos para mejorar o restablecer el movimiento corporal controlado

**Terapia con ejercicio: deambulación:** fomento y ayuda al andar para mantener o recuperar las funciones corporales voluntarias y autónomas durante el tratamiento y la recuperación de una enfermedad o lesión

**Terapia con ejercicio: equilibrio:** realización de actividades, posiciones y movimientos específicos para mantener, mejorar o recuperar el equilibrio

M

**Terapia con ejercicio: movilidad articular:** realización de movimientos corporales activos o pasivos para mantener o recuperar la flexibilidad articular

## Actividades de enfermería

La evaluación es un proceso continuo para determinar el nivel del *trastorno de la movilidad física* del paciente.

### Actividades de enfermería: nivel 1

- Valorar la necesidad de asistencia sanitaria en el domicilio y de un equipo médico duradero
- Informar al paciente y controlar la utilización de los dispositivos de movilidad (p. ej., bastón, andador, muletas o silla de ruedas)
- Enseñarle y ayudarle en los procesos de traslado (p. ej., de la cama a la silla)
- Remitirle a un fisioterapeuta para elaborar un programa de ejercicios
- Ofrecer refuerzos positivos durante las actividades
- Ayudar al paciente a elegir calzado antideslizante que le ayude a andar
- (NIC) *Posición:*
  - Indicar al paciente cómo adoptar una posición adecuada y una mecánica corporal correcta al realizar cualquier actividad
  - Controlar los dispositivos de asistencia para comprobar su correcta colocación

### Actividades de enfermería: nivel 2

- Valorar las necesidades de aprendizaje del paciente
- Valorar la necesidad de asistencia por parte de un centro sanitario en el domicilio y de un equipo médico duradero
- Enseñar y animar al paciente a realizar ejercicios de movimientos amplios activos o pasivos para mantener o desarrollar la fuerza y la resistencia muscular
- Enseñar y animar al paciente a emplear un trapecio o pesos para mejorar y mantener la fuerza de las extremidades superiores
- Enseñarle técnicas para una ambulación y un traslado seguros

- Informar al paciente sobre el estado del soporte de peso
- Informar al paciente acerca de la correcta alineación corporal
- Emplear como recurso a fisioterapeutas y ergoterapeutas para desarrollar un plan de mantenimiento o aumento de la movilidad
- Ofrecer refuerzos positivos durante las actividades
- Supervisar todos los intentos de movilización y ayudar al paciente si es necesario
- Emplear una cinta para andar al ayudar con el traslado o la deambulaci3n

### Actividades de enfermería: niveles 3 y 4

- Determinar el nivel de motivaci3n del paciente para mantener o recuperar la movilidad de las articulaciones y los m3sculos
- Emplear como recurso a fisioterapeutas y ergoterapeutas para planificar las actividades del paciente
- Animar al paciente y a los familiares a afrontar de manera realista las limitaciones existentes
- Ofrecer refuerzos positivos durante las actividades
- Administrar analg3sicos antes de comenzar los ejercicios
- Desarrollar un plan en el que se especifique lo siguiente:
  - Tipo de dispositivo de asistencia
  - Posicionamiento del paciente en cama o en silla
  - Maneras de trasladar y girar al paciente
  - Cantidad de personal necesaria para mover al paciente
  - Equipo de residuos necesario (p. ej., orinal, cuña)
  - Planificaci3n de las actividades
- (NIC) Posici3n:
  - Controlar los dispositivos de asistencia para comprobar su correcta colocaci3n
  - Colocar al paciente sobre una cama o colch3n terap3utico apropiado
  - Colocar al paciente con una alineaci3n del cuerpo adecuada
  - Colocar al paciente en la posici3n terap3utica designada [p. ej., evitar colocar el mu3n3n de la amputaci3n en posici3n flexionada; elevar la parte del cuerpo afectada, seg3n proceda; inmovilizar o sujetar la parte del cuerpo afectada, seg3n proceda]
  - Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, seg3n la planificaci3n espec3fica, seg3n proceda
  - Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama y el avisador luminoso al alcance del paciente
  - Animar al paciente a realizar ejercicios de movimientos activos o pasivos, seg3n proceda

M

### En el domicilio

- Valorar el entorno del domicilio en busca de barreras para la movilidad (p. ej., escaleras, pavimento irregular)

- Remitir al paciente a servicios sanitarios a domicilio para ayudarle con las actividades cotidianas
- Remitir al paciente a servicios de fisioterapia para mejorar la fuerza, el equilibrio y realizar ejercicios de marcha
- Remitir al paciente a servicios de ergoterapia en lo relativo a los dispositivos de asistencia
- Sugerir la realización de ejercicios con un familiar o amigo
- Enseñar al paciente a levantarse de la cama despacio

### Personas mayores

- Controlar las complicaciones de la inmovilidad (p. ej., neumonía, úlceras de decúbito), que se producen más rápidamente en personas mayores
- Evaluar la depresión y el deterioro de la capacidad cognitiva
- Controlar la hipotensión ortostática; al ayudar al cliente a levantarse, hacer que se balancee antes de ponerse en pie

## N

---

## NÁUSEAS

(1998, 2002)

**Definición:** sensación subjetiva desagradable a modo de oleada en la parte inferior de la garganta, en el epigastrio o en el abdomen que puede derivar en la necesidad o necesidad apremiante de vomitar.

### Características definitorias

#### *Subjetivas*

Acidez en la boca

Aumento de la deglución

Aumento de la salivación

Aversión por la comida

Indicación de sensación de “náusea” [o “dolor de estómago”]

Sensación de náuseas

### Síntomas no pertenecientes a la terminología estandarizada de la NANDA

Pueden ir acompañadas de palidez, piel fría y pegajosa, taquicardia y estasis gástrica. La diarrea suele preceder al vómito, pero también puede producirse tras vomitar o sin que se produzca el vómito.

### Factores relacionados

#### *Relacionados con el tratamiento*

Dilatación gástrica (p. ej., retraso en el vaciado gástrico debido a medicamentos farmacológicos como narcóticos y anestésicos)

Irritación gástrica [p. ej., debido a medicamentos farmacológicos (p. ej., ácido acetilsalicílico, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), corticoesteroides, antibióticos), alcohol, hierro y sangre]  
 Medicamentos farmacológicos (p. ej., analgésicos, antivíricos para el VIH, ácido acetilsalicílico, opioides) y quimioterápicos  
 Toxinas (p. ej., radioterapia)

#### Biofísicos

Dilatación gástrica (p. ej., debido a un retraso en el vaciado gástrico; obstrucción pilórica; dilatación genitourinaria y biliar; estasis del intestino delgado; compresión externa del estómago, el hígado, el bazo u otro órgano; alargamiento que ralentiza el funcionamiento estomacal; ingesta excesiva de alimentos)

Dolor

Estrechamiento del hígado o de la cápsula esplénica

Factores físicos, como aumento de la presión intracraneal y meningitis

Irritación gástrica (p. ej., debido a una inflamación faríngea y peritoneal)

Mareo, síndrome de Ménière o vértigo laberíntico recurrente

Toxinas (p. ej., enlaces peptídicos provocados por tumores, metabolitos anormales a causa de cáncer)

Trastorno esofágico o del páncreas

Trastornos bioquímicos (p. ej., uremia, cetoacidosis diabética, embarazo)

Tumores intraabdominales

Tumores localizados como neurinoma del estatoacústico, tumores cerebrales primarios o secundarios, o metástasis ósea en la base del cráneo

#### Situacionales

Factores psicológicos como dolor, miedo, ansiedad, olores nocivos, sabores nocivos o estímulos visuales desagradables

#### Sugerencias de uso

Esta etiqueta es adecuada para episodios breves de náuseas y vómitos (p. ej., tras una operación). Cuando las náuseas sean graves o prolongadas y puedan poner en peligro una nutrición adecuada, utilice *riesgo de alteración de la nutrición: por defecto a causa de las náuseas*.

#### Otros posibles diagnósticos

Nutrición: por defecto, riesgo de alteración de la

Volumen de líquidos, riesgo de déficit de

#### Resultados NOC

**Apetito:** deseo de comer de un paciente enfermo o que recibe tratamiento

**Control de náuseas y vómitos:** acciones personales para controlar los síntomas de náuseas, arcadas y vómitos

**Estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos:** cantidad de alimentos y líquidos ingeridos durante un periodo de 24 horas

**Gravedad de náuseas y vómitos:** gravedad de los síntomas de náuseas, arcadas y vómitos

**Hidratación:** cantidad adecuada de agua en los espacios intracelulares y extracelulares del organismo

**Náuseas y vómitos: efecto adverso:** gravedad de los efectos perjudiciales observados o notificados de náuseas, arcadas y vómitos que afectan al funcionamiento cotidiano

**Nivel de comodidad:** alcance de la percepción positiva del confort físico y psicológico

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Las *náuseas* se reducirán, como lo demostrará lo siguiente: mejora sustancial del apetito y nivel de comodidad, ausencia de problemas de hidratación, control de náuseas y vómitos y estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos adecuado
- Muestra niveles aceptables de **náuseas y vómitos: efecto adverso**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: grave, sustancial, moderado, ligero o ninguno):
  - Reducción de la ingesta de líquidos
  - Reducción de la ingesta de alimentos
  - Reducción de la eliminación urinaria
  - Alteración del equilibrio hídrico
  - Alteración de los electrolitos séricos
  - Alteración del estado nutricional
  - Pérdida de peso
- Muestra **hidratación**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: comprometida en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente, o en absoluto):
  - Aumento del hematocrito
  - Mucosas húmedas
- Muestra **hidratación**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: intensa, sustancial, moderada, suave o nula):
  - Aumento del hematocrito
  - Sed
  - Globos oculares hundidos
  - Descenso de la presión sanguínea
  - Pulso acelerado y filiforme

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Indicar un alivio de las náuseas
- Identificar y aplicar medidas que reduzcan las náuseas

## Intervenciones NIC

**Control de las náuseas:** prevención y alivio de las náuseas

**Control y seguimiento de la nutrición:** recopilación y análisis de datos de los pacientes para prevenir o minimizar la malnutrición

**Gestión de la medicación:** fomento de un uso seguro y eficaz de los medicamentos prescritos y sin receta

**Gestión de líquidos y electrolitos:** regulación y prevención de las complicaciones derivadas de unos niveles alterados de fluidos o electrolitos

**Monitorización de líquidos:** recopilación y análisis de datos del paciente para regular el equilibrio de fluidos

**Tratamiento de los vómitos:** prevención y alivio de los vómitos

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Controlar los síntomas subjetivos de náuseas del paciente
- Controlar el color, la cantidad y la densidad relativa de la orina
- Valorar las causas de las náuseas (p. ej., obstrucción intestinal, efectos secundarios de medicamentos)
- *(NIC) Control y seguimiento de la nutrición:*
  - Controlar las tendencias de pérdida o ganancia de peso
  - Controlar la sequedad o fragilidad de la piel despigmentada
  - Controlar la turgencia cutánea, según proceda
  - Controlar las encías para detectar hinchazón, esponjosidad, retracción y aumento del sangrado
  - Controlar los niveles de energía, malestar general, fatiga y debilidad
  - Controlar la ingesta calórica y de nutrientes
- *(NIC) Gestión de líquidos:*
  - Mantener un registro preciso del balance hídrico
  - Controlar los signos vitales, según proceda
  - Controlar la ingesta de alimentos sólidos y líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, según proceda
  - Controlar el estado de hidratación (p. ej., mucosas húmedas, pulso adecuado y presión ortostática), según proceda

N

### Educación del paciente y la familia

- Explicar las causas de las náuseas
- Si es posible, explicar al paciente la duración aproximada de las náuseas
- Enseñar al paciente a realizar degluciones intencionadas o respirar profundamente para evitar el reflejo de vómitos
- Enseñar al paciente a comer despacio
- Indicar al paciente que no ingiera líquidos una hora antes, una hora después y durante las comidas

### Actividades auxiliares

- Administrar los antieméticos prescritos
- Consultar a un médico para ofrecer medicamentos que controlen el dolor adecuadamente y que no causen náuseas al paciente
- *(NIC) Gestión de líquidos:* administrar terapias i.v. según se haya prescrito

### Otras

- Elevar el cabecero de la cama o colocar al paciente de lado para evitar la aspiración (en el caso de sujetos con movilidad reducida)
- Mantener al paciente y la cama limpios cuando se produzcan vómitos
- Eliminar inmediatamente las sustancias que emitan olores (p. ej., orinales, alimentos)
- No planificar procedimientos dolorosos o que produzcan náuseas cerca de los horarios de las comidas
- Ofrecer cuidados bucales tras los vómitos
- Aplicar paños fríos y húmedos en las muñecas, el cuello y la frente del paciente
- Ofrecer alimentos fríos y otros alimentos que no emitan olores demasiado fuertes
- (NIC) *Control y seguimiento de la nutrición*: Anotar los cambios significativos en el estado nutricional e iniciar los tratamientos, según proceda

## N

### En el domicilio

- Todas las intervenciones antes mencionadas se pueden aplicar en el domicilio
- Enseñar a evitar los olores a comida al prepararla en el domicilio (p. ej., dejar que otra persona prepare la comida, permanecer fuera de la cocina, salir del domicilio durante la preparación de la comida)

### Bebés y niños

- Los bebés y los niños sufren un mayor riesgo de *déficit de volumen de líquidos* como resultado de las *náuseas*, ya que suelen rechazar los alimentos.

### Personas mayores

- Controlar cuidadosamente los efectos secundarios de los antieméticos (p. ej., sedantes)
- Valorar si las náuseas pueden haber sido ocasionadas por algún AINE que esté tomando el paciente para la artritis

---

## NEGACIÓN INEFICAZ

(1988, 2006)

**Definición:** intento consciente o inconsciente de negar el conocimiento o el significado de un acontecimiento para reducir la angustia y el temor, pero resultante en perjuicio para la salud.

## Características definitorias

### Subjetivas

- Es incapaz de admitir el efecto de la enfermedad sobre el modo de vida
- Minimiza los síntomas
- Muestra afecto inapropiado
- No admite el miedo a la muerte o a la invalidez
- Sustituye al temor del impacto del problema

### Objetivas

- Desplaza la fuente de los síntomas a otros órganos
- No percibe la importancia ni el peligro de los síntomas para sí
- Realiza comentarios o gestos displicentes al hablar de acontecimientos perturbadores
- Retrasa la petición de atención sanitaria o la rechaza, en detrimento de su salud
- Se automedica

## Factores relacionados

- Amenaza de inadecuación al tratar con emociones fuertes
- Amenaza de realidad desagradable
- Angustia
- Falta de apoyo emocional de otros
- Falta de control de la situación vital
- Incompetencia en el uso de mecanismos eficaces de defensa
- Temor a la muerte
- Temor a la pérdida de autonomía
- Temor a la separación
- Tensión nerviosa abrumadora

N

## Sugerencias de uso

Puede que sea necesaria una cierta negación en respuesta a la enfermedad u otras crisis para poder enfrentarse a la situación. Dicha negación normal se ve gradualmente sustituida por la aceptación o por el intento de cambiar la situación y no interfiere con el régimen de tratamiento. La *negación ineficaz* debe utilizarse para aquellos pacientes cuya negación continúa o interfiere con el tratamiento.

Por ejemplo, un paciente recientemente diagnosticado de infarto de miocardio puede reaccionar con negación y, por lo tanto, no hacer los cambios en su estilo de vida que necesita para prevenir más daños cardíacos.

## Otros posibles diagnósticos

- Afrontamiento defensivo
- Afrontamiento individual: ineficaz
- Duelo disfuncional
- Incumplimiento, del tratamiento (especificar)
- Régimen terapéutico: personal, manejo ineficaz del
- Síndrome traumático de violación: reacción silente

## Resultados NOC

**Aceptación: estado de salud:** reconciliación con el cambio significativo en las circunstancias de la salud

**Autocontrol de la ansiedad:** acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos de aprensión, tensión o malestar por una fuente no identificable

**Autocontrol del miedo:** acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma que despierta una fuente identificable

**Control de los síntomas:** acciones personales para reducir al mínimo los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional

**Creencias sobre la salud: amenaza percibida:** convicción personal de que un problema sanitario amenazador es grave y tiene posibles consecuencias negativas para el estilo de vida

## Objetivos/criterios de evaluación

### N Ejemplos con los términos NOC

- El paciente no utilizará la *negación ineficaz*, según se pruebe mediante las creencias sobre la salud: amenaza percibida, el autocontrol de la ansiedad, el autocontrol del miedo y el control de los síntomas
- El paciente demostrará **aceptación: estado de salud** según se manifieste por los indicadores siguientes (especificar del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo o habitualmente):
  - Abandona el concepto anterior de salud personal
  - Reconoce la realidad de su estado de salud
  - Busca información sobre la salud
  - Afronta su estado de salud
  - Toma decisiones sobre su salud

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Reconocer y aceptar la importancia de los síntomas
- Informar sobre los síntomas significativos
- No mostrar manifestaciones físicas y conductuales de angustia
- Reconocer su vulnerabilidad ante el problema de salud

## Intervenciones NIC

**Apoyo emocional:** proporcionar seguridad, aceptación y ánimo durante los momentos de tensión nerviosa

**Asesoramiento:** usar un proceso interactivo de ayuda centrado en las necesidades, los problemas o los sentimientos del paciente y de sus seres queridos para mejorar o apoyar las relaciones interpersonales, el afrontamiento y la resolución de problemas

**Ayudar al autocambio:** reforzar el cambio autodirigido iniciado por el paciente para alcanzar objetivos de importancia para la persona

**Educación sanitaria:** desarrollar e impartir formación y experiencias de aprendizaje para facilitar la adaptación voluntaria del comportamiento que lleve a unas personas, familias, grupos o comunidades sanos

**Enseñanza: proceso de la enfermedad:** ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso específico de la enfermedad

**Facilitar la autorresponsabilidad:** animar al paciente a asumir más responsabilidad por su propio comportamiento

**Fomento de la seguridad:** intensificar la sensación de seguridad física y psicológica del paciente

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar a un paciente a adaptarse a las causas de tensión nerviosa, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con la respuesta a las exigencias y funciones vitales

**Mejorar la autoconciencia:** ayudar a un paciente a explorar y comprender sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamientos

**Reducción de la ansiedad:** reducir la aprensión, el temor, los malos presentimientos o la inquietud relacionados con una fuente de peligro anticipado sin identificar

**Técnica tranquilizadora:** reducir la ansiedad en los pacientes que sufran tensión nerviosa aguda

N

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Evaluar la comprensión de los síntomas y de la enfermedad
- Valorar los signos de angustia
- Determinar si la percepción del paciente sobre su estado de salud es realista
- (NIC) *Reducción de la ansiedad:*
  - Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente
  - Identificar cuándo cambia el nivel de angustia

### Educación del paciente

- Enseñar el reconocimiento de los síntomas y las respuestas del paciente que se desean
- (NIC) *Reducción de la ansiedad:* ofrecer información fáctica sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico

### Actividades auxiliares

- Remitir a cuidados psiquiátricos, si están indicados
- Incluir a paciente y familia en una conferencia multidisciplinaria para desarrollar un plan de acción. El plan puede incluir:
  - Organizar apoyo de seguimiento tras el alta
  - Reuniones con pacientes en situaciones similares para aprender nuevos modos de enfrentarse a ellas y de reducir la ansiedad y el temor

### Otras

- Establecer una relación terapéutica con el paciente que permita la exploración de la negación

- Usar todas las oportunidades para reforzar las consecuencias de las acciones del paciente
- Conseguir que el paciente participe en una conversación sobre la ansiedad, los temores, los síntomas y los efectos de la enfermedad
- Identificar y reforzar los puntos fuertes del paciente
- Demostrar empatía, calidez y autenticidad
- (NIC) *Reducción de la ansiedad:*
  - Intentar comprender el punto de vista del paciente ante una situación angustiosa
  - Reforzar el comportamiento, si procede
  - Animar a la verbalización de los sentimientos, las percepciones y los temores
  - Apoyar el uso de los mecanismos de defensa adecuados
  - Ayudar al paciente a articular una descripción realista de un acontecimiento por venir

## N

### En el domicilio

- Evaluar las interacciones familiares para determinar si el paciente utiliza la negación con el fin de proteger a un miembro de su familia
- Proporcionar los números de los servicios de emergencia y las líneas de ayuda

### Personas mayores

- Evaluar las percepciones del paciente y ofrecer reacciones que validen las percepciones realistas
- Evaluar las pérdidas recientes (p. ej.: de funciones, de su compañero) que puedan retrasar la adaptación del paciente a los cambios en su estado de salud

## NUTRICIÓN, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA

(2002)

**Definición:** patrón de ingesta de nutrientes que resulta suficiente para cubrir las necesidades metabólicas y que se puede reforzar.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Actitud hacia la comida y la bebida coincidente con los objetivos de salud  
Conocimientos sobre las elecciones saludables de alimentos sólidos y líquidos  
Deseo de mejorar la nutrición

#### Objetivas

Comidas regulares

Consumo adecuado de alimentos sólidos y líquidos  
Preparación y almacenamiento seguro de alimentos sólidos y líquidos  
Seguimiento de un estándar adecuado de ingestas (p. ej., la pirámide alimenticia o las directrices de la asociación de diabéticos de EE.UU. [*American Diabetic Association*])

### Factores relacionados

Este diagnóstico es positivo, por lo que no se necesita ninguna etiología.

### Sugerencias de uso

Si observan factores de riesgo, emplee *riesgo de alteración de la nutrición*.

### Otros posibles diagnósticos

Conocimientos (especificar), disposición para mejorar los  
Nutrición, riesgo de alteración de la  
Régimen terapéutico: personal, manejo eficaz del  
Volumen de líquidos, disposición para mejorar el equilibrio del

N

### Resultados NOC

**Conocimiento: dieta:** alcance de la comprensión de la dieta recomendada

**Estado nutricional:** punto hasta el cual los nutrientes están disponibles para cubrir las necesidades metabólicas

**Estado nutricional: ingesta de nutrientes:** adecuación del patrón habitual de ingesta de nutrientes

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **estado nutricional**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: desviación del rango normal grave, sustancial, moderada, leve o inexistente): ingesta de nutrientes, ingesta de alimentos, ingesta de líquidos, relación peso/altura, energía

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Mantener el peso ideal de \_\_\_\_\_ (especificar)
- Aplicar una dieta equilibrada
- Indicar el valor nutricional mejorado de los alimentos consumidos (p. ej., comer menos alimentos procesados, menos grasas saturadas)

### Intervenciones NIC

**Asesoramiento nutricional:** empleo de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificar la dieta

**Enseñanza: dieta prescrita:** preparación de un paciente para seguir de forma correcta la dieta prescrita

**Enseñanza: individual:** planificación, implantación y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para hacer frente a las necesidades particulares de un paciente

**Gestión de la nutrición:** ayuda para lograr una ingesta equilibrada de alimentos y líquidos

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Controlar la presencia de factores de riesgo para la ganancia o pérdida de peso
- Valorar los planes para mejorar la dieta
- *(NIC) Asesoramiento nutricional:*
  - Determinar la ingesta de alimentos y los hábitos alimentarios del paciente
  - Facilitar la identificación de comportamientos alimentarios que se deben modificar
  - Comentar los gustos alimentarios del paciente
- Determinar el peso corporal ideal del paciente
- Determinar el porcentaje ideal de grasa corporal del paciente
- Enseñar al paciente a pesarse a intervalos de tiempo adecuados

### Educación del paciente y la familia

- Ofrecer información relativa a los recursos comunitarios disponibles, como asesoramiento dietético, programas de ejercicio o grupos de autoayuda
- Destacar hábitos y factores culturales y hereditarios que influyen en el peso
- Comentar la importancia de mantener un peso saludable
- Ofrecer información acerca de la adquisición, preparación y almacenamiento de alimentos nutritivos
- Ayudar en el desarrollo de planes de alimentación saludables
- *(NIC) Asesoramiento nutricional:*
  - Comentar con el paciente sus conocimientos sobre los cuatro grupos principales de alimentos, así como su sensación de necesidad de modificación de la dieta
  - Ofrecer información, según sea necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción de sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc.

### Otras

- Realizar frecuentes comentarios positivos cuando se produzca una nutrición adecuada

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores pueden aplicarse o adaptarse a los cuidados en el domicilio

### Bebés y niños

- Enseñar a los progenitores a dar importancia a una alimentación saludable y ofrecer una dieta equilibrada
- Enseñar a los progenitores a no emplear los alimentos como recompensa por un buen comportamiento
- Implicar al niño en la planificación y preparación de las comidas
- Animar a los progenitores a limitar las horas de televisión a una o dos horas al día; en su lugar, deben participar con los niños en actividades físicas (p. ej., natación, ciclismo)
- Véase también el apartado bebés y niños del diagnóstico nutrición: por defecto, alteración de la, en la pág. 516.

N

## NUTRICIÓN: POR DEFECTO, ALTERACIÓN DE LA (1975, 2000)

**Definición:** ingesta insuficiente de nutrientes para cubrir las necesidades metabólicas.

### Características definitorias

Los autores recomiendan emplear esta etiqueta sólo en el caso de que se detecte uno de los siguientes aspectos NANDA:

Informe de ingesta inadecuada de alimentos por debajo de las cantidades diarias recomendadas (RDA)

Ingesta de alimentos inferior a las necesidades metabólicas, ya sea en cuanto a calorías totales o en cuanto a nutrientes específicos (no NANDA)

Pérdida de peso a pesar de una ingesta adecuada de alimentos

Peso corporal al menos un 20% por debajo del peso ideal en cuanto a altura y complexión

### Subjetivas

Calambres abdominales

Dolor abdominal [con o sin patología]

Inapetencia

Indigestión (no NANDA)

[Informe de] falta de alimentos

Informe de sentido del gusto alterado

Percepción de incapacidad para ingerir alimentos

Saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos

### Objetivas

Bajo tono muscular

Debilidad de los músculos necesarios para la deglución o para masticar

Diarrea o esteatorrea

Dolor [inflamación] de la cavidad bucal  
[Evidencia de] falta de alimentos  
Falta de información, información errónea  
Falta de interés por la comida  
Fragilidad capilar  
Hiperactividad de ruidos hidroaéreos abdominales  
Ideas falsas  
Mucosas pálidas  
Pérdida excesiva de cabello  
Rechazo a comer (no NANDA)

### Factores relacionados

Incapacidad para ingerir o digerir alimentos o absorber nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos o económicos, incluidos los ejemplos siguientes que no pertenecen a la NANDA:

Acceso limitado a alimentos  
Dependencia química (especificar)  
Dificultad para la deglución o para masticar  
Disfunción psicológica (especificar)  
Enfermedad crónica (especificar)  
Factores económicos  
Falta de conocimientos básicos sobre la nutrición  
Intolerancia alimentaria  
Náuseas y vómitos  
Necesidades metabólicas elevadas  
Negligencia de los progenitores  
Pérdida de apetito  
Reflejo de succión inadecuado del bebé

N

### Sugerencias de uso

Utilice esta etiqueta para pacientes que sean capaces de comer pero no puedan ingerir, digerir o absorber nutrientes para cubrir de forma adecuada sus necesidades metabólicas. La ingesta inadecuada puede producirse por una disminución del apetito, náuseas o pobreza entre otras muchas situaciones. Algunos ejemplos de pacientes que no son capaces de digerir alimentos o absorber los nutrientes particulares son aquellos que padecen alergias, diarrea, intolerancia a la lactosa o que tienen problemas de fijación de la dentadura.

No utilice esta etiqueta de forma habitual para personas con NPO o que sean totalmente incapaces de ingerir alimentos por otras razones (p. ej., pacientes inconscientes). Los/las enfermeros/as no pueden prescribir intervenciones de enfermería independientes para diagnósticos como *alteración de la nutrición: por defecto a causa de NPO*. No pueden suministrar los nutrientes que faltan y no pueden alterar la orden de NPO. Además, el paciente suele tener una NPO durante un corto periodo de tiempo antes y después de una operación; por lo tanto, cualquier falta de nutrientes será temporal y se resolverá sin necesidad de una intervención de enfermería. Una NPO de larga dura-

ción es un factor de riesgo para otros diagnósticos de enfermería, como *riesgo de alteración de la membrana mucosa oral*, así como para problemas conjuntos, como posible complicación: desequilibrio de electrolitos.

El paciente podría sufrir un déficit de nutrientes total o quizá sólo de un nutriente. Cuando el déficit no sea total, deberá especificarse como en el ejemplo siguiente: *alteración de la nutrición: por defecto en cuanto a proteínas debido a la falta de conocimientos sobre alimentos nutritivos y un presupuesto limitado para adquirir alimentos*.

### Otros posibles diagnósticos

Alimentación ineficaz del lactante, patrón de autocuidado: alimentación, déficit del:

Deglución, deterioro de la

Dentición, alteración de la

Desarrollo, deterioro de la capacidad del adulto para mantener su

Lactancia materna, ineficaz

Náuseas

Régimen terapéutico: personal, manejo ineficaz del



### Resultados NOC

**Apetito:** deseo de comer de un paciente enfermo o que recibe tratamiento

**Autocuidado: comer:** capacidad para preparar e ingerir alimentos y fluidos de manera independiente, con o sin dispositivo de asistencia

**Establecimiento de la lactancia materna: neonato:** establecimiento de la unión y la succión del pecho de la madre por parte del lactante para su alimentación durante las primeras tres semanas de lactancia

**Estado nutricional:** punto hasta el cual los nutrientes están disponibles para cubrir las necesidades metabólicas

**Estado nutricional: determinaciones bioquímicas:** componentes de fluidos corporales e índices químicos del estado nutricional

**Estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos:** cantidad de alimentos y líquidos ingeridos por el organismo durante un periodo de 24 horas

**Estado nutricional: ingesta de nutrientes:** adecuación del patrón habitual de ingesta de nutrientes

**Peso: masa corporal:** punto hasta el que el peso, los músculos y la grasa corporales son adecuados para la altura, la complexión, el sexo y la edad

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: nada, ligeramente, moderadamente, sustancialmente o totalmente adecuado):
  - Alimentación oral, alimentación por sonda o ingesta nutricional parenteral
  - Ingesta de fluidos oral o i.v.

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Mantener un peso de \_\_\_\_\_ kg o ganar \_\_\_\_\_ kg el \_\_\_\_\_ (especificar fecha)
- Describir los componentes de una dieta nutricionalmente adecuada
- Afirmar que desea seguir la dieta
- Tolerar la dieta prescrita
- Mantener la masa y el peso corporal dentro de los límites normales
- Tener unos resultados analíticos (p. ej., transferrina, albúmina y electrolitos) dentro de los límites normales
- Presentar niveles de energía adecuados

### Intervenciones NIC

**Asesoramiento para la lactancia:** empleo de un proceso de ayuda interactiva para ayudar a la realización de una lactancia correcta

**Ayuda en el autocuidado: alimentación:** asistencia a una persona para comer

**Ayuda en la lactancia materna:** preparación de una madre para dar el pecho a su bebé

**Ayuda para ganar peso:** suministro de ayudas para ganar peso corporal

**Control y seguimiento de la nutrición:** recopilación y análisis de datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición

**Gestión de electrolitos:** fomento del equilibrio electrolítico y prevención de complicaciones resultantes de unos niveles de electrolitos séricos no deseados o anormales

**Gestión de la nutrición:** ayuda para lograr una ingesta equilibrada de alimentos y líquidos

**Gestión de líquidos y electrolitos:** regulación y prevención de las complicaciones derivadas de unos niveles alterados de fluidos o electrolitos

**Gestión de los trastornos de la alimentación:** prevención y tratamiento de graves restricciones de la dieta y de un exceso de ejercicio o atracones y purgas de alimentos y líquidos

**Monitorización de electrolitos:** recopilación y análisis de datos del paciente para regular el equilibrio de electrolitos

**Monitorización de líquidos:** recopilación y análisis de datos del paciente para regular el equilibrio de fluidos

**Terapia nutricional:** administración de alimentos y líquidos para ayudar a los procesos metabólicos de un paciente que sufre malnutrición o que tiene un alto riesgo de padecer malnutrición

### Actividades de enfermería

#### Actividades generales para todos los casos de alteración de la nutrición

##### Valoración

- Determinar la motivación del paciente para cambiar los hábitos alimentarios
- Controlar los resultados analíticos, especialmente la transferrina, la albúmina y los electrolitos

- (NIC) *Gestión de la nutrición:*
  - Establecer las preferencias alimentarias del paciente
  - Determinar la capacidad del paciente para cubrir sus necesidades nutricionales
  - Controlar la ingesta registrada en cuanto a calorías y contenido nutricional
  - Pesar al paciente a intervalos regulares

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar al paciente un método para la planificación de comidas
- Informar al paciente y a los familiares sobre los alimentos nutritivos y económicos
- (NIC) *Gestión de la nutrición:* ofrecer información sobre las necesidades nutricionales y cómo cubrirlas

### Actividades auxiliares

- Consultar a un dietista para establecer los requisitos proteínicos de los pacientes que tengan una ingesta inadecuada de proteínas o falta de proteínas (p. ej., pacientes con anorexia nerviosa, afección glomerular o diálisis peritoneal)
- Consultar a un médico en relación con la necesidad de un estimulante del apetito, alimentos suplementarios, alimentación por sonda o nutrición parenteral total para mantener una ingesta calórica adecuada
- Remitir al paciente a un médico para determinar la causa de la alteración en la nutrición
- Remitir al paciente a programas nutricionales comunitarios correspondientes (p. ej., comida a domicilio, banco de alimentos) si el paciente no puede adquirir o preparar comida adecuada
- (NIC) *Gestión de la nutrición:* determinar (con ayuda de un dietista si fuera necesario) el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para cubrir los requisitos de nutrición [especialmente en el caso de pacientes con elevadas necesidades energéticas, como pacientes postoperatorios o con quemaduras, traumatismos, fiebre o heridas].

**N**

### Otras

- Desarrollar con el paciente un plan de comidas que incluya la planificación de las comidas, el entorno, las preferencias del paciente y la temperatura de los alimentos
- Animar a los familiares para que lleven al paciente sus platos favoritos
- Ayudar al paciente a establecer objetivos semanales realistas en cuanto al ejercicio y la ingesta de alimentos
- Animar al paciente a colocar los objetivos de alimentación y ejercicio en un lugar visible y revisarlos cada día
- Ofrecer la comida más copiosa en el momento del día en que el paciente muestre un mayor apetito
- Crear un entorno agradable para las comidas (p. ej., eliminar elementos y excreciones antiestéticos)

- Evitar realizar procedimientos invasivos antes de las comidas
- Alimentar al paciente según proceda
- (NIC) *Gestión de la nutrición:*
  - Ofrecer al paciente alimentos y líquidos ricos en proteínas, calorías y nutrientes que pueden consumirse fácilmente, según proceda
  - Enseñar al paciente a llevar un diario de alimentación, según proceda

### Dificultad en la masticación y la deglución

Véase también el apartado actividades de enfermería correspondiente a las actividades generales de alteración de la nutrición: por defecto, en las págs. 512-517, así como el apartado actividades de enfermería de deglución, deterioro de la, en las págs. 240-242.

#### Valoración

- Valorar y documentar el grado de dificultad para masticar y deglutir

#### N Actividades auxiliares

- Solicitar una consulta con un ergoterapeuta

#### Otras

- Tranquilizar al paciente y ofrecer un ambiente relajado durante las comidas
- Disponer de sondas de aspiración junto a la cama y aspiración durante las comidas, según proceda
- Colocar al paciente en posición semi-Fowler o Fowler alta para facilitar la deglución; hacer que el paciente permanezca en esa posición durante 30 minutos después de las comidas para evitar la aspiración
- Colocar los alimentos en la parte de la boca que no esté afectada para facilitar la deglución
- Al alimentar al paciente, utilizar una jeringa, si fuera necesario, para facilitar la deglución
- (NIC) *Gestión de la nutrición:* animar al paciente a llevar la dentadura correctamente ajustada o recibir cuidados dentales

### Náuseas/vómitos

Véase también el apartado actividades de enfermería correspondiente a las actividades generales de alteración de la nutrición, en las págs. 512-513, así como el apartado actividades de enfermería de náuseas, en las págs. 501-502.

#### Valoración

- Identificar factores que fomentan las náuseas y los vómitos
- Documentar el color, la cantidad y la frecuencia de los vómitos

#### Educación del paciente y la familia

- Enseñar al paciente a respirar profundamente y despacio, así como a realizar una deglución voluntaria para reducir las náuseas y los vómitos

### Actividades auxiliares

- Administrar antieméticos o analgésicos antes de comer o según la planificación prescrita

### Otras

- Minimizar los factores que pueden acelerar las náuseas y los vómitos; especificar los factores
- Ofrecer paños frescos y húmedos para colocarlos en la frente o en la nuca
- Realizar una higiene bucal antes de las comidas
- Limitar la dieta a trozos de hielo y líquidos claros si los síntomas son graves; progresar con la dieta según proceda

### Pérdida de apetito

Véase también el apartado actividades de enfermería correspondiente a las actividades generales de todos los pacientes con alteración de la nutrición: por defecto, en las págs. 512-517.

**N**

### Valoración

- Identificar los factores que pueden contribuir a la pérdida de apetito por parte del paciente (p. ej., medicación, problemas emocionales)

### Otros

- Animar a un paciente que demuestre un mayor apetito
- Ofrecer alimentos según las preferencias personales, culturales y religiosas del paciente
- (NIC) *Gestión de la nutrición:*
  - Ofrecer tentempiés (p. ej., bebidas frecuentes y zumos frescos o de frutas), según proceda
- Ofrecer una variedad de alimentos nutritivos hipercalóricos entre los que elegir

### Trastornos alimenticios

Véase también el apartado actividades de enfermería correspondiente a las actividades generales de alteración de la nutrición por defecto, en las págs. 512-517.

### Valoración

- Controlar al paciente para detectar comportamientos relacionados con la pérdida de peso

### Actividades auxiliares

- Consultar a un dietista para determinar la ingesta calórica diaria necesaria para alcanzar el peso objetivo
- Avisar al médico si el paciente se niega a comer
- Trabajar conjuntamente con un médico, un nutricionista y el paciente para establecer unos objetivos de ingesta y de peso
- Solicitar cuidados psiquiátricos

### Otras

- Establecer una relación de confianza y apoyo con el paciente
- Comunicar las expectativas de una ingesta de alimentos y líquidos adecuada, así como de la cantidad de ejercicio
- Limitar la ingesta del paciente a las comidas y tentempiés planificados
- Acompañar al paciente al baño tras las comidas o los tentempiés para detectar vómitos autoinducidos
- Desarrollar un programa de modificación del comportamiento específico adaptado a las necesidades del paciente
- Ofrecer un refuerzo positivo al ganar peso y adoptar comportamientos alimentarios adecuados, pero no centrar las interacciones en los alimentos o el hecho de comer
- Examinar con el paciente y sus personas cercanas otros aspectos personales (p. ej., imagen corporal) que influyen en los comportamientos alimentarios
- Indicar que el paciente es responsable de las elecciones relacionadas con la comida y la actividad física
- Comentar las ventajas de los comportamientos alimentarios saludables y las consecuencias de no adoptarlos

N

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores son adecuadas o pueden adaptarse a los cuidados en el domicilio
- Si se diagnostica una depresión, remitir al paciente a servicios de cuidados domésticos de psiquiatría

### Bebés y niños

- Adaptar la comunicación a la etapa de desarrollo del niño
- Enseñar a los progenitores la importancia de elegir tentempiés saludables (p. ej., fruta y verdura fresca, palomitas, huevos cocidos, mantequilla de cacahuete, queso) en lugar de alimentos con alto contenido en azúcares, sal o grasas (p. ej., gominolas, patatas fritas, helado)
- Si es posible y resulta necesario, limitar la ingesta de leche del niño para que tenga ganas de comer otros alimentos; algunos niños prefieren beber casi exclusivamente leche
- Informar a los progenitores acerca de las necesidades nutricionales durante las diferentes etapas del desarrollo
- No permitir que la alimentación se convierta en un motivo de pelea entre padres e hijos
- Animar a hacer de las comidas un evento social agradable para la familia
- Ofrecer raciones pequeñas y una variedad suficiente de alimentos

### Personas mayores

- Valorar la capacidad cognitiva y funcional que podría reducir la habilidad del paciente para preparar e ingerir alimentos (p. ej., capacidad para alcanzar los estantes donde están guardados los alimentos, abrir latas, vigilar el fuego; estado de la dentadura o de los dientes)
- Valorar si el paciente se puede permitir adquirir los alimentos adecuados
- Si el paciente vive solo, ayudarle a encontrar un centro que ofrezca comidas para personas mayores al menos una vez al día o, como mínimo, organizar comidas a domicilio
- Organizar transporte para ir a comprar comida si fuera necesario
- Valorar la malnutrición de proteínas y energética, algo muy común entre las personas mayores
- Ofrecer suplementos hiperproteicos, según proceda; ofrecer suplementos líquidos, según proceda
- Valorar la depresión como causa de la pérdida de apetito
- Valorar los efectos secundarios de la medicación que podrían originar la falta de apetito

N

## NUTRICIÓN: POR EXCESO, ALTERACIÓN DE LA (1975, 2000)

**Definición:** ingesta de nutrientes que supera las necesidades metabólicas.

### Características definitorias

Los autores recomiendan emplear este diagnóstico sólo en el caso de que se detecten uno o más de los siguientes aspectos NANDA:

Peso un 20% por encima del peso ideal con respecto a la altura y la complexión  
Pliegue cutáneo del tríceps superior a 15 mm en hombres y a 25 mm en mujeres

### Objetivas

Comida en respuesta a elementos externos, como la hora del día y la situación social

Comida en respuesta a elementos internos diferentes del hambre (p. ej., ansiedad, [enfado, depresión, aburrimiento, estrés, soledad])

Concentración de la ingesta alimentaria al final del día

Nivel de actividad sedentario

Patrón de comida disfuncional (p. ej., simultanear la alimentación con otras actividades)

### Otras características definitorias (no NANDA)

Informe u observación de un peso inicial más elevado al principio de cada embarazo

Transición rápida por los percentiles de crecimiento en bebés y niños

## Factores relacionados

Ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas

### Otros factores relacionados (no NANDA)

Aumento del apetito

Dependencia química

Empleo de comida sólida como principal fuente de alimento antes de los cinco meses de edad

Falta de conocimientos básicos sobre nutrición

Medicamentos que estimulan el apetito

Necesidades metabólicas reducidas (p. ej., derivadas de un reposo absoluto prescrito)

Normas étnicas y culturales

Obesidad de uno o ambos progenitores

Selección de alimentos que no cubren las necesidades diarias

Sustitución de dulces por adicción

N

Uso de alimentos como recompensa o medida de consuelo

## Sugerencias de uso

Este diagnóstico es especialmente apropiado para pacientes que están motivados para perder peso (p. ej., una mujer que ha ganado peso tras el embarazo). Para pacientes que tengan sobrepeso y no estén motivados para participar en un programa de pérdida de peso, emplee en su lugar el diagnóstico *alteración en el mantenimiento de la salud*. Tenga en cuenta que *alteración de la nutrición: por exceso* se centra en la nutrición, y no en los cambios de estilo de vida necesarios para perder peso (p. ej., ejercicio). Comer como respuesta a una situación de estrés se puede describir mejor como *afrentamiento individual: ineficaz*.

Aunque algunas acciones de enfermería y una de las intervenciones NIC describen la “gestión de los trastornos de la alimentación” como una intervención para este diagnóstico, el objetivo principal para un paciente que se da atracones o realiza purgas es mucho más complejo que la ingesta excesiva de calorías. Este diagnóstico tiene un uso limitado en esa situación, aunque las acciones de enfermería ofrezcan intervenciones de apoyo.

## Otros posibles diagnósticos

Afrentamiento individual: ineficaz

Mantenimiento de la salud, alteración en el

Nutrición: por exceso, riesgo de alternación de la

Régimen terapéutico: personal, manejo ineficaz del

## Resultados NOC

**Control del peso:** acciones personales para alcanzar y mantener un peso corporal óptimo

**Estado nutricional:** punto hasta el cual los nutrientes están disponibles para cubrir las necesidades metabólicas

**Estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos:** cantidad de alimentos y líquidos ingeridos por el organismo durante un periodo de 24 horas

**Estado nutricional: ingesta de nutrientes:** adecuación del patrón habitual de ingesta de nutrientes

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos**, como evidencia el indicador siguiente (especifique del 1 al 5: nada, ligeramente, moderadamente, sustancialmente o totalmente adecuado): ingesta oral de alimentos y líquidos [no excesiva]

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Reconocer el problema de peso
- Afirmar que desea perder peso
- Participar en un programa estructurado de pérdida de peso
- Participar en un programa de ejercicios regulares
- Acercarse al peso ideal de \_\_\_\_\_ (especificar)
- Evitar los atracones compulsivos
- Realizar una ingesta adecuada y no excesiva de calorías, grasas, hidratos de carbono, vitaminas, minerales, hierro y calcio

N

### Intervenciones NIC

**Asesoramiento nutricional:** empleo de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificar la dieta

**Ayuda para disminuir peso:** facilitación de la pérdida de peso y de grasa corporal

**Control y seguimiento de la nutrición:** recopilación y análisis de datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición

**Gestión de la nutrición:** ayuda para lograr una ingesta equilibrada de alimentos y líquidos

**Gestión de los trastornos de la alimentación:** prevención y tratamiento de graves restricciones de la dieta y de un exceso de ejercicio o atracones y purgas de alimentos y líquidos

**Modificación de conducta:** fomento de un cambio en la conducta

### Actividades de enfermería

Véase también el apartado actividades de enfermería de riesgo de alteración de la nutrición: por exceso, en las págs. 523-525.

#### Valoración

- (NIC) *Ayuda para disminuir peso:*
  - Determinar el deseo y la motivación del paciente para perder peso o grasa corporal
  - Determinar los patrones de alimentación actuales haciendo que el paciente anote en un diario qué, cuándo y dónde come
  - Pesar al paciente cada semana
- Controlar la ingesta registrada en cuanto a calorías y contenido nutricional

### Educación del paciente y la familia

- Animar al paciente a seguir una dieta de hidratos de carbono simples y proteínas y a evitar los azúcares simples, las grasas de absorción rápida, la cafeína y los refrescos
- (NIC) *Gestión de la nutrición*:  
Ofrecer información sobre las necesidades nutricionales y cómo cubrirlas
- (NIC) *Ayuda para disminuir peso*:  
Comentar con el paciente y los familiares la influencia del consumo de alcohol en la ingesta de alimentos  
Enseñar al paciente a leer las etiquetas cuando compre alimentos, así como a controlar la cantidad de grasas y calorías de la comida que va a consumir  
Enseñar al paciente a seleccionar alimentos en restaurantes y encuentros sociales que sean coherentes con la ingesta de calorías y nutrientes planeada  
Enseñar al paciente a calcular el porcentaje de grasa en los productos alimentarios

## N

### Actividades auxiliares

- Consultar a un dietista para aplicar un programa de pérdida de peso que incluya una gestión de la dieta y del gasto energético
- (NIC) *Gestión de la nutrición*: determinar (en colaboración con un dietista si fuera necesario) el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para cubrir las necesidades nutricionales
- (NIC) *Ayuda para disminuir peso*: animar al paciente a acudir a reuniones en grupo para la pérdida de peso (p. ej., *TOPS Club* o *Weight Watchers*)

### Otras

- Establecer una relación de confianza y apoyo con el paciente
- Ayudar al paciente a identificar los problemas físicos que pueden estar relacionados con la obesidad o el trastorno alimentarios
- Para pacientes con trastornos de ingesta compulsiva, establecer objetivos de comportamientos alimentarios adecuados, ingesta de alimentos y líquidos, así como cantidad de ejercicio
- Examinar con el paciente aspectos personales que podrían contribuir a la ingesta excesiva
- Indicar que el propio paciente es el responsable de las elecciones relacionadas con la comida y la actividad física
- Realizar comentarios positivos en caso de pérdida de peso, mantenimiento de la dieta, mejora del comportamiento alimentario y práctica de ejercicio
- Centrarse en los sentimientos del paciente hacia sí mismo más que en la obesidad
- Hablar con el paciente sobre las emociones o las situaciones de alto riesgo que estimulan la ingesta (p. ej., tipos de alimentos, situaciones sociales, estrés interpersonal, incumplimiento de expectativas personales, ingesta en secreto o en privado)

- (NIC) *Ayuda para disminuir peso:*
  - Establecer un objetivo semanal para la pérdida de peso
  - Ayudar al paciente a identificar la motivación para comer y los elementos internos y externos asociados con la ingesta
  - Determinar con el paciente la pérdida de peso deseada
  - Ayudar al paciente a ajustar la dieta a su estilo de vida y nivel de actividad
  - Establecer un plan realista con el paciente que incluya una reducción de la ingesta de alimentos y un aumento del gasto energético [el plan debería especificar la frecuencia de las comidas y los tentempiés e incluir actividades de autocontrol]
  - Animar al paciente a sustituir los hábitos no deseables por hábitos deseables
  - Planificar un programa de ejercicios teniendo en cuenta las limitaciones del paciente
  - Crear sistemas de recompensas internas cuando se alcancen los objetivos

**N**

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores pueden aplicarse o adaptarse a los cuidados en el domicilio
- Véase también el apartado de intervenciones en el domicilio de nutrición: por defecto, alteración de la, en la pág. 516.

### Bebés y niños

- A los niños no se les debería poner “a dieta” para perder peso. En lugar de ello, conviene promover una alimentación saludable
- Enseñar a los progenitores a no emplear los alimentos como recompensa por un buen comportamiento
- Implicar al niño en la planificación y preparación de las comidas
- Animar a los progenitores a limitar las horas de televisión a una o dos horas al día; en su lugar, deben participar con los niños en actividades físicas (p. ej., natación, ciclismo)
- Véase también el apartado bebés y niños del diagnóstico nutrición: por defecto, alteración de la, en la pág. 516.

### Personas mayores

- Valorar la capacidad funcional cognitiva que podría reducir la habilidad del paciente para preparar e ingerir alimentos bajos en calorías y saludables (p. ej., capacidad para alcanzar los estantes donde están guardados los alimentos, abrir latas, vigilar el fuego)
- Valorar el estado de la dentadura o de los dientes. Los pacientes que tengan dificultades para masticar pueden ingerir tentempiés empaquetados y blandos (p. ej., pasteles, helado)
- Valorar si el cliente puede permitirse comprar alimentos como verduras y frutas frescas, pescado o carne magra

- Valorar los sentidos del olfato y del gusto del cliente; una disminución del olfato y del gusto puede hacer que las personas añadan azúcar y sal a los alimentos y se sientan menos satisfechas tras comer
- Enseñar al cliente a emplear condimentos diferentes del azúcar y la sal
- Explicar que, debido a que con la edad el metabolismo es cada vez más lento, las necesidades calóricas son menores; por lo tanto, hay que cambiar los patrones de alimentación anteriores para evitar ganar peso

---

## NUTRICIÓN: POR EXCESO, RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA

**N** (1980, 2000)

**Definición:** riesgo de una ingesta de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

### Factores de riesgo

#### Subjetivos

Aumento del apetito (no NANDA)

Comida en respuesta a elementos externos (p. ej., hora del día o situación social)

Comida en respuesta a elementos internos diferentes del hambre (p. ej., ansiedad)

Informe de ingesta de comida sólida como principal fuente de alimento antes de los cinco meses de edad

#### Objetivos

Concentración de la ingesta alimentaria al final del día

Ingesta de comida de forma simultánea con otras actividades

Obesidad de uno o ambos progenitores

Observación de un peso inicial más elevado al principio de cada embarazo

Observación de uso de alimentos como recompensa o medida de consuelo

Patrones de alimentación disfuncionales

Transición rápida por los percentiles de crecimiento en bebés y niños

#### Otros factores de riesgo (no NANDA)

Ausencia de ejercicio físico

Dependencia química

Falta de conocimientos básicos sobre nutrición

Normas étnicas y culturales

Reducción de las necesidades metabólicas

## Sugerencias de uso

Véase el apartado sugerencias de uso de nutrición: por exceso, alteración de la, en la pág. 518.

## Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento individual: ineficaz

Mantenimiento de la salud, alteración en el

Régimen terapéutico: personal, manejo ineficaz del

## Resultados NOC

**Control del peso:** acciones personales para alcanzar y mantener un peso corporal óptimo

**Estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos:** cantidad de alimentos y líquidos ingeridos por el organismo durante un periodo de 24 horas

**Estado nutricional: ingesta de nutrientes:** adecuación del patrón habitual de ingesta de nutrientes

N

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos**, como evidencia el indicador siguiente (especifique del 1 al 5: nada, ligeramente, moderadamente, sustancialmente o totalmente adecuado): ingesta oral de alimentos y líquidos [no excesiva]

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Reconocer la presencia de factores de riesgo
- Participar en un programa de ejercicios regulares
- Mantener el peso ideal de \_\_\_\_\_ (especificar)
- Aplicar una dieta equilibrada

## Intervenciones NIC

**Control y seguimiento de la nutrición:** recopilación y análisis de datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición

**Gestión de la nutrición:** ayuda para lograr una ingesta equilibrada de alimentos y líquidos

**Gestión del peso:** facilitación del mantenimiento del porcentaje de grasa y del peso corporal óptimos

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Controlar la presencia de factores de riesgo para la ganancia de peso
- (NIC) *Gestión del peso:*  
Determinar el peso corporal ideal del individuo

Determinar el porcentaje de grasa corporal ideal del individuo

- (NIC) *Gestión de la nutrición*: pesar al paciente a intervalos regulares

### Educación del paciente y la familia

- Ofrecer información relativa a los recursos comunitarios disponibles, como asesoramiento dietético, programas de ejercicio o grupos de autoayuda
- (NIC) *Gestión del peso*:
  - Comentar con la persona las relaciones existentes entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso
  - Comentar con la persona las condiciones médicas que pueden influir en el peso
  - Comentar con la persona los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que influyen en el peso
  - Comentar los riesgos asociados al sobrepeso y a un peso insuficiente
  - Ayudar en el desarrollo de planes de alimentación equilibrados y adaptados al nivel de gasto energético

## N

### Otras

- Desarrollar un plan de gestión del peso
- Desarrollar un plan para gestionar la alimentación que incluya lo siguiente:
  - Frecuencia de comidas y tentempiés
  - Dieta rica en hidratos de carbono complejos y proteínas
  - Eliminación de azúcares simples, grasa alimentaria, cafeína y refrescos
  - Reconocimiento de las situaciones de alto riesgo (p. ej., tipos de alimentos, situaciones sociales, estrés interpersonal, incumplimiento de expectativas personales, ingesta en secreto o en privado)
- Realizar comentarios positivos cuando se produzca una nutrición adecuada y se realice ejercicio

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores pueden aplicarse o adaptarse a los cuidados en el domicilio
- Véase también el apartado de intervenciones en el domicilio de nutrición: por defecto, alteración de la, en la pág. 516.

### Bebés y niños

- Enseñar a los progenitores a dar importancia a una alimentación saludable y ofrecer una dieta equilibrada
- Enseñar a los progenitores a no emplear los alimentos como recompensa por un buen comportamiento
- Implicar al niño en la planificación y preparación de las comidas
- Animar a los progenitores a limitar las horas de televisión a una o dos horas al día; en su lugar, deben participar con los niños en actividades físicas (p. ej., natación, ciclismo)

- Véase también el apartado bebés y niños del diagnóstico nutrición: por defecto, alteración de la, en la pág. 517.

### Personas mayores

Véase el apartado personas mayores de nutrición: por exceso, alteración de la, en la pág. 517.

---

## PARENTAL, ALTERACIÓN

(1978, 1998)

**Definición:** incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que fomente el crecimiento y desarrollo óptimos del niño.

### Características definitorias

#### Bebé o niño

#### Objetivas

Accidentes frecuentes  
 Ausencia de ansiedad por la separación  
 Ausencia de vinculación afectiva  
 Bajo desarrollo cognitivo  
 Bajo rendimiento académico  
 Desórdenes del comportamiento  
 Enfermedades frecuentes  
 Escapismo  
 Escasa competencia social  
 Incidencia de trauma [o abuso] físico y psicológico  
 Retraso del crecimiento

#### Progenitores

#### Subjetivas

Afirmaciones de incapacidad para cubrir las necesidades del niño  
 Afirmaciones negativas sobre el niño  
 Expresión de frustración  
 Expresión de incapacidad de adecuación para desempeñar el papel de madre/  
 padre  
 Expresión de incapacidad para controlar al niño

#### Objetivas

Abandono  
 Abuso  
 Ausencia de flexibilidad para cubrir las necesidades del niño  
 Castigos frecuentes

P

Conocimientos inadecuados sobre cuidados [p. ej., formación sobre el aseo personal, el sueño y el descanso, la alimentación, la disciplina]

Cuidado inconsistente

Déficit de la interacción entre madre e hijo

Entorno inseguro en el hogar

Escasez de abrazos

Escasa interacción entre progenitores e hijo

Estimulación visual, táctil o auditiva inadecuada

Gestión del comportamiento incoherente

Mantenimiento inadecuado de la salud del niño

Negligencia

Planificaciones inadecuadas para el cuidado del niño

Rechazo u hostilidad hacia el niño

Vinculación afectiva inadecuada

#### Otras características definitorias (no NANDA)

Búsqueda compulsiva de la aprobación por parte de otros del papel de padre/madre

P

Cuidado del niño por parte de varios cuidadores sin tener en cuenta las necesidades del bebé o del niño

Incumplimiento de las citas sanitarias del niño

Retraso en el crecimiento y en el desarrollo

#### Factores relacionados

##### Bebé o niño

Capacidades perceptivas alteradas

Conflictos temperamentales con las expectativas de los progenitores

Desorden de hiperactividad y déficit de atención

Discapacidad o retraso en el desarrollo

Enfermedad

Nacimiento prematuro

Partos múltiples

Separación [prolongada] del progenitor

Separación del progenitor al nacer

Sexo no deseado

Temperamento difícil

##### Conocimiento

Déficit de conocimientos acerca de las habilidades

Déficit de conocimientos sobre el desarrollo del niño

Déficit de conocimientos sobre el mantenimiento de la salud del niño

Escasez de recursos de comunicación

Expectativas no realistas [para uno mismo, el niño, el compañero]

Falta de educación

Falta de preparación cognitiva para desarrollar el papel de progenitor

Funcionamiento cognitivo limitado  
Incapacidad para responder ante los impulsos del lactante  
Preferencia del castigo físico

#### Fisiológicos

Enfermedad física

#### Psicológicos

Ausencia de cuidado prenatal [o cuidado tardío]  
Depresión  
Dificultades durante el parto  
Discapacidad  
Elevado número de embarazos muy poco espaciados  
Historial de abuso de sustancias tóxicas  
Historial de enfermedades mentales  
Paternidad/maternidad precoz  
Privación o interrupción del sueño

P

#### Otros factores relacionados (no NANDA)

Partos múltiples  
Separación del lactante o del niño

#### Sociales

Aislamiento social  
Baja autoestima situacional  
Cambio en la unidad familiar  
Clase socioeconómica baja  
Conflicto marital  
Desempleo o problemas laborales  
Dificultades económicas  
Dificultades legales  
Embarazo no planeado o no deseado  
Entorno familiar pobre  
Estrategias de adaptación erróneas  
Falta de cohesión familiar  
Falta de implicación de la madre del niño  
Falta de implicación del padre del niño  
Falta de modelo paterno/materno o modelo deficiente  
Falta de recursos  
Falta de redes de apoyo social  
Falta de transporte  
Falta de valoración de la paternidad  
Historial de abusos recibidos  
Historial de realización de abusos  
Incapacidad para anteponer las necesidades del niño a las propias  
Planificaciones inadecuadas para el cuidado del niño

Pobreza

Presencia de estrés (p. ej., financiero, legal, crisis reciente, tendencia cultural)

Presión o sobreesfuerzo del rol

Progenitor soltero

Técnicas de resolución de problemas pobres

Traslado

### Sugerencias de uso

“La adecuación al estado parental en general es un proceso natural de maduración que provoca comportamientos de enfermería relativos a la prevención de posibles problemas y al fomento de la salud” (NANDA internacional, 1999, pág. 55). Esta etiqueta representa un nivel de actuación menos sano que el de *conflicto del rol parental*, en el que uno o ambos progenitores actúan de forma satisfactoria, pero se enfrentan a retos situacionales (p. ej., divorcio, enfermedad) que crean un conflicto y una confusión de roles. Un *conflicto del rol parental* sin resolver puede conllevar una *alteración parental*.

### P Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante

Desarrollo, riesgo de alteración del

Crecimiento, riesgo de alteración del

Crecimiento y desarrollo, alteración del

Cuidador (real o potencial), sobreesfuerzo en el rol de

Parental, riesgo de alteración

Procesos familiares, alteración de los

Rol, alteración en el desempeño del

Rol parental, conflicto del

### Resultados NOC

**Actuación parental:** acciones parentales para ofrecer al niño un entorno físico, emocional y social constructivo y de educación

**Afrontamiento familiar:** acciones de la familia para gestionar el estrés que pone a prueba los recursos familiares

**Ambiente de la familia:** entorno de ayuda caracterizado por los objetivos y las relaciones de los miembros de la familia

**Apoyo social:** disponibilidad percibida y ofrecimiento real de ayuda por parte de otras personas

**Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar:** adaptaciones físicas para minimizar los factores del entorno que podrían causar daños o lesiones físicas en el hogar

**Desarrollo del niño (2, 4, 6 y 12 meses; 2, 3, 4 y 5 años; niñez y adolescencia):** hitos del progreso físico, cognitivo y psicológico a la edad de \_\_\_\_\_. [IMPORTANTE: NOC tiene indicadores y resultados individuales para cada edad.]

**Desempeño del rol:** coherencia del desempeño del rol de una persona con respecto a las expectativas del rol

**Funcionamiento de la familia:** capacidad del sistema familiar para cubrir las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo

**Rol parental: seguridad en el entorno social:** acciones parentales para proteger al niño de contactos sociales que podrían causarle daños o lesiones

**Vínculo padres-hijo:** comportamientos de padres e hijos que demuestra una vinculación afectiva sólida

### Objetivos/criterios de evaluación

Véase también el apartado objetivos/criterios de evaluación de alteración del crecimiento y desarrollo, en las págs. 223-224, así como de riesgo de alteración parental, en las págs. 535-536.

### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **vínculo padres-hijo**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo o habitualmente): El/los progenitor/es:
  - Expresan sentimientos positivos hacia el niño
  - Tocan, abrazan, dan palmaditas, besan y sonríen al niño
  - Acuden a la enfermería
  - Hablan al niño
  - Se colocan cara a cara y mantienen el contacto visual
- Muestra **actuación parental**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo o habitualmente):
  - Cubre las necesidades físicas del niño
  - Estimula el desarrollo cognitivo y social
  - Estimula el desarrollo emocional y espiritual
  - Muestra una relación de cariño
  - Ofrece cuidados sanitarios regulares y preventivos
- Muestra **desempeño del rol**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: nada, ligeramente, moderadamente, sustancialmente o totalmente adecuado):
  - Rendimiento de los comportamientos correspondientes al rol parental
  - Capacidad para cubrir las expectativas del rol
- Muestra **rol parental: seguridad en el ambiente físico del hogar**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: nada, ligeramente, moderadamente, sustancialmente o totalmente adecuada):
  - Mantenimiento de los detectores de humo
  - Eliminación de los medicamentos no utilizados
  - Almacenamiento seguro de armas de fuego para evitar accidentes
  - Almacenamiento seguro de material peligroso para evitar lesiones
  - Creación de una zona de juegos segura
  - Uso de protectores para las tomas eléctricas

### Otros ejemplos

El/los progenitor/es será/n capaces de:

- Demostrar una disciplina constructiva
- Identificar métodos eficaces para demostrar enfado y frustración sin dañar al niño
- Participar activamente en clases parentales y de asesoramiento
- Identificar y emplear los recursos de la comunidad que ofrecen ayuda con los cuidados domésticos
- Identificar a las personas que pueden ofrecer información y apoyo emocional cuando sea necesario
- Mostrar disposición para pedir ayuda a otros

El niño será capaz de:

- Alcanzar logros físicos, cognitivos y psicológicos en los momentos esperados (referirse al grupo de edad correspondiente para obtener normas de desarrollo específicas)

### Intervenciones NIC

P

**Apoyo familiar:** fomento de los valores, intereses y objetivos familiares

**Cuidado del recién nacido:** gestión del recién nacido durante la transición a la vida extrauterina y el posterior periodo de estabilización

**Cuidado marsupial:** fomento de la cercanía entre los progenitores y un lactante prematuro estable fisiológicamente mediante la preparación de los progenitores y la creación de un entorno adecuado para el contacto cutáneo

**Educación paterna: adolescentes:** asistencia a los progenitores para comprender y ayudar a sus hijos adolescentes

**Educación paterna: crianza familiar de los niños:** ayuda a los progenitores para comprender y fomentar el crecimiento físico, psicológico y social, así como el desarrollo de sus hijos de 2-3 años, en edad preescolar o en edad escolar

**Educación paterna: familia con un nuevo bebé:** información sobre la alimentación y los cuidados físicos necesarios durante el primer año de vida

**Fomento del desarrollo: adolescente:** fomento de un crecimiento físico, cognitivo, social y emocional óptimo durante la transición de la niñez a la edad adulta

**Fomento del desarrollo: niño:** ayuda o formación a los progenitores y cuidadores para facilitar un desarrollo de las habilidades motoras gruesas y finas, del lenguaje, cognitivo, social y emocional óptimo de un niño durante la edad preescolar y la edad escolar

**Gestión del entorno: proceso de acercamiento:** manipulación del entorno del paciente para facilitar el desarrollo de la relación padres-niño

**Gestión del entorno: seguridad:** control y manipulación del entorno físico para mejorar la seguridad

**Grupo de apoyo:** empleo de un entorno grupal para ofrecer apoyo emocional e información sobre salud a sus miembros

**Identificación de riesgos: familia con un nuevo bebé:** identificación de un individuo o una familia que pueda experimentar dificultades parentales y de priorización de estrategias para prevenir problemas parentales

**Mantenimiento de los procesos familiares:** minimización de los efectos de la alteración de los procesos familiares

**Mejora del afrontamiento:** ayuda a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida

**Potenciación de roles:** ayuda a un paciente, una persona cercana o un familiar a mejorar sus relaciones explicando y ofreciendo información sobre los comportamientos específicos del rol

**Potenciación del sistema de apoyo:** ofrecimiento de apoyo al paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad

**Promoción de la implicación familiar:** promoción de la participación familiar en el cuidado emocional y físico del paciente

**Promoción de la integridad familiar:** promoción de la cohesión y unidad familiar

**Promoción de la integridad familiar: familia con niño:** promoción del crecimiento de los individuos o familias que añaden un niño a la unidad familiar

**Promoción de la paternidad:** ofrecimiento de información, apoyo y coordinación parental de todos los servicios para familias de alto riesgo

**Promoción del acercamiento:** fomento del desarrollo de la relación padre-hijo

**Protección contra abusos del niño:** identificación de acciones y relaciones del niño dependientes y de alto riesgo para evitar posibles o mayores daños físicos, sexuales o emocionales, o una negligencia de las necesidades vitales básicas

**Vigilancia: seguridad:** recopilación y análisis continuados e intencionados de información sobre el paciente y el entorno para emplearlos con el fin de mejorar y mantener la seguridad del paciente

P

### Actividades de enfermería

Véase el apartado actividades de enfermería de parental, riesgo de alteración, en las págs. 537-538.

#### Valoración

- Valorar la depresión puerperal, entre otras
- Valorar a los progenitores para detectar abusos de la pareja
- Valorar los síntomas de *alteración parental* (véase el apartado características definitorias, en las págs. 525-526)

#### Actividades auxiliares

- Ofrecer la realización de la primera llamada telefónica a los recursos comunitarios correspondientes
- (NIC) *Protección contra abusos del niño:*  
Remitir a las familias a servicios de salud y profesionales de asesoramiento, según proceda

Ofrecer a los progenitores información sobre recursos comunitarios en la que se incluyan las direcciones y números de teléfono de agencias que ofrezcan ayuda en el cuidado, cuidados de urgencia de niños, asistencia doméstica, tratamiento por abuso de sustancias tóxicas, servicios de asesoramiento de cuotas flexibles, almacenamiento de alimentos, centros de distribución de ropa, servicios sanitarios, líneas de atención telefónica y refugios para víctimas de abusos domésticos  
Referir sospechas de abuso o negligencia a las autoridades competentes  
Referir a los progenitores a grupos de padres anónimos para obtener apoyo grupal, según proceda

### Otras

- Animarles a expresar los sentimientos (p. ej., culpa, enfado, ambivalencia) relacionados con el rol parental
- Ayudar a los progenitores a identificar las deficiencias y las alteraciones de las técnicas parentales
- Ofrecer frecuentes oportunidades de interacción padres-hijo
- Establecer el rol de las habilidades parentales
- Ayudar a identificar las expectativas realistas del rol parental
- Reconocer y reforzar los puntos fuertes y las habilidades parentales
- *(NIC) Promoción de la integridad parental:*
  - Establecer una relación de confianza con los familiares
  - Ayudar a la familia a resolver conflictos
  - Ayudar a la familia a superar el sentimiento de culpa
  - Fomentar un ambiente de unidad en la familia
  - Fomentar la comunicación abierta entre los familiares

### Durante el embarazo

- *(NIC) Promoción del acercamiento:*
  - Comentar la reacción de los progenitores ante el embarazo
  - Ofrecer a los progenitores la oportunidad de escuchar el ritmo fetal cuanto antes
  - Comentar la reacción de los progenitores al escuchar el ritmo fetal, ver la ecografía, etc.
  - Ayudar al padre o a la persona cercana durante la participación en el embarazo y el parto

### Parto

- *(NIC) Promoción del acercamiento:*
  - Colocar al lactante sobre el cuerpo de la madre nada más nacer
  - Ofrecer al padre la oportunidad de sujetar al recién nacido en la zona de parto
  - Ofrecer analgésicos a la madre
  - Ofrecer privacidad a la familia durante el comienzo de la interacción con el recién nacido
  - Animar a los progenitores a acariciar y hablar al recién nacido

### En el domicilio

- Muchas de las intervenciones antes mencionadas se pueden adaptar a su uso en el domicilio
- Valorar la interacción padres-hijo en el domicilio
- Valorar el entorno del domicilio para detectar signos de habilidades de cuidado insuficientes (p. ej., restos de comida sin limpiar, cubos de basura rebosantes, falta de alimentos en la nevera o en los armarios)

### Personas mayores

- Informar a los progenitores y a los abuelos acerca de la importancia de los abuelos para el desarrollo del niño

## PARENTAL, RIESGO DE ALTERACIÓN

P

(1978, 1998)

**Definición:** riesgo de incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que fomente el crecimiento y desarrollo óptimos del niño.

### Factores de riesgo

#### Bebé o niño

Alteración del desarrollo  
 Capacidades perceptivas alteradas  
 Conflictos temperamentales con las expectativas parentales  
 Desorden de hiperactividad y déficit de la atención  
 Discapacidad  
 Enfermedad  
 Nacimiento prematuro  
 Partos múltiples  
 Separación prolongada del progenitor  
 Sexo no deseado  
 Temperamento difícil

#### No NANDA internacional:

Niño no planeado o no deseado

#### Conocimiento

Déficit de conocimientos sobre el desarrollo del niño  
 Déficit de conocimientos acerca de las habilidades parentales  
 Déficit de conocimientos sobre el mantenimiento de la salud del niño

Escasez de recursos de comunicación  
Expectativas no realistas con respecto al niño  
Falta de preparación cognitiva para desarrollar el papel de progenitor  
Funcionamiento cognitivo bajo  
Incapacidad para responder ante los impulsos del lactante  
Nivel educativo o adquisitivo bajo  
Preferencia del castigo físico

### Fisiológicos

Enfermedad física

### Psicológicos

Depresión  
Dificultades durante el parto  
Discapacidad  
Elevado número de embarazos  
Embarazos muy poco espaciados  
Historial de abuso de sustancias tóxicas  
Historial de enfermedades mentales  
Paternidad/maternidad precoz  
Privación o interrupción del sueño

P

### Sociales

Aislamiento social  
Ausencia de cuidado prenatal o cuidado tardío  
Cambio en la unidad familiar  
Clase socioeconómica baja  
Conflicto marital  
Desempleo o problemas laborales  
Dificultades económicas  
Dificultades legales  
Embarazo no planeado o no deseado  
Entorno familiar pobre  
Estrategias de adaptación erróneas  
Estrés  
Falta de acceso a recursos  
Falta de cohesión familiar  
Falta de implicación de la madre del niño  
Falta de implicación del padre del niño  
Falta de modelo de rol parental  
Falta de recursos  
Falta de red de apoyo social  
Falta de transporte  
Falta de valoración de la paternidad  
Historial de abusos recibidos  
Historial de realización de abusos

Modelo de rol parental insuficiente  
 Planificaciones inadecuadas para el cuidado del niño  
 Pobreza  
 Presión [o sobrecarga] del modelo  
 Progenitor soltero  
 Separación entre el progenitor y el niño  
 Situación de baja autoestima crónica o situacional  
 Técnicas de resolución de problemas pobres  
 Traslado

### Sugerencias de uso

La terminología estandarizada de la NANDA establece que, en general, la adaptación a las funciones parentales es un proceso de maduración normal que requiere de intervenciones de enfermería para prevenir posibles problemas y fomentar la salud.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido  
 Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo  
 Apego parental lactante/niño, riesgo de alteración del  
 Cuidador, riesgo de sobreesfuerzo en el rol de  
 Procesos familiares, alteración de los  
 Rol, alteración en el desempeño del  
 Rol parental, conflicto del

P

### Resultados NOC

**Actuación parental:** acciones parentales para ofrecer al niño un entorno físico, emocional y social constructivo y de educación

**Desempeño del rol:** coherencia del desempeño del rol de una persona con respecto a las expectativas del rol

**Rol parental: seguridad en el entorno social:** acciones parentales para proteger al niño de contactos sociales que podrían causarle daños o lesiones

**Rol parental: seguridad física del adolescente:** acciones parentales para evitar daños físicos a un adolescente de entre 12 y 17 años

**Rol parental: seguridad física del niño:** acciones parentales para evitar daños físicos a un niño de entre 3 y 11 años

**Rol parental: seguridad física del niño pequeño:** acciones parentales para evitar daños físicos a un niño desde su nacimiento hasta la edad de dos años

### Objetivos/criterios de evaluación

Véase también el apartado objetivos/criterios de evaluación de parental, alteración, en las págs. 529-530.

### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **actuación parental**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo o habitualmente):

Emplea una disciplina adecuada  
Expresa satisfacción con respecto al rol parental  
Expresa las características positivas del niño  
Muestra una relación de cariño

### Otros ejemplos

El/los progenitor/es será/n capaces de:

- Mostrar comportamientos de vinculación afectiva durante el embarazo y tras el nacimiento del lactante
- Identificar los factores de riesgo que pueden ocasionar acciones parentales ineficaces
- Identificar las situaciones de alto riesgo que pueden ocasionar acciones parentales ineficaces
- Reconocer y compensar sus limitaciones físicas, cognitivas o psicológicas para ofrecer cuidados
- Mostrar una recuperación de abusos emocionales pasados (p. ej., expresar confianza y autoestima)
- Buscar ayuda en caso de neurosis/problemas emocionales
- Expresar una sensación de control sobre el comportamiento propio y la situación vital
- Indicar la existencia de relaciones interpersonales positivas

P

### Intervenciones NIC

**Educación paterna: adolescentes:** asistencia a los progenitores para comprender y ayudar a sus hijos adolescentes

**Educación paterna: crianza familiar de los niños:** ayuda a los progenitores para comprender y fomentar el crecimiento físico, psicológico y social, así como el desarrollo de sus hijos de 2-3 años, en edad preescolar o escolar

**Enseñanza: cuidado del bebé:** instrucciones de seguridad durante el primer año de vida

**Enseñanza: seguridad del niño pequeño:** instrucciones sobre seguridad durante el segundo y tercer año de vida edad, la preescolar o la edad escolar

**Fomento del desarrollo: adolescente:** fomento de un crecimiento físico, cognitivo, social y emocional óptimo durante la transición de la niñez a la edad adulta

**Fomento del desarrollo: niño:** ayuda o formación a los progenitores y cuidadores para facilitar un desarrollo de las habilidades motoras gruesas y finas, del lenguaje, cognitivo, social y emocional óptimo de un niño durante la edad preescolar y la edad escolar

**Promoción de la integridad familiar:** promoción de la cohesión y la unidad familiar

**Promoción de la integridad familiar: familia con niño:** promoción del crecimiento de los individuos o familias que añaden un niño a la unidad familiar

**Promoción de la normalización:** asistencia a los progenitores y otros familiares de niños con discapacidades o enfermedades crónicas para ofrecer una vida normal a dichos niños y sus familias

**Promoción de la paternidad:** ofrecimiento de información, apoyo y coordinación parental de todos los servicios para familias de alto riesgo

**Promoción del acercamiento:** fomento del desarrollo de la relación padre-hijo

**Potenciación de roles:** ayuda a un paciente, una persona cercana o un familiar a mejorar sus relaciones explicando y ofreciendo información sobre los comportamientos específicos del rol

**Protección contra abusos del niño:** identificación de acciones y relaciones del niño dependientes y de alto riesgo para evitar posibles o mayores daños físicos, sexuales o emocionales, o una negligencia de las necesidades vitales básicas

### Actividades de enfermería

Véase también el apartado actividades de enfermería de disposición para mejorar el rol parental, en las págs. 639-640.

### Valoración

P

- Determinar si los progenitores tienen expectativas poco realistas con respecto al comportamiento del niño o atribuyen aspectos negativos al comportamiento del niño
- (NIC) *Protección contra abusos del niño:*
  - Identificar a progenitores que hayan perdido la custodia de otro niño o que hayan dejado a otros niños con familiares durante largos periodos de tiempo
  - Identificar a progenitores que tengan un historial de abuso de sustancias tóxicas, depresión o enfermedad psíquica grave
  - Identificar a progenitores que tengan un historial de violencia doméstica o una madre que tenga un historial de numerosas lesiones “accidentales”
  - Identificar situaciones de crisis que podrían derivar en abusos (p. ej., pobreza, desempleo, divorcio, indigencia y violencia doméstica)
  - Identificar a lactantes con elevadas necesidades de cuidados (p. ej., prematuros, bajo peso al nacer, cólicos, intolerancias alimentarias, problemas graves de salud durante el primer año de vida, discapacidades de desarrollo, hiperactividad y desórdenes de déficit de la atención)
- Durante el embarazo, preguntar a los progenitores si han elegido nombres para ambos sexos
- Observar a los nuevos progenitores para detectar comportamientos que indiquen una falta de vinculación afectiva (p. ej., repulsa al cambiar un pañal, miedo o desacuerdo con el sexo del bebé)
- Valorar los conocimientos de los progenitores sobre las necesidades básicas de cuidados del lactante o del niño
- (NIC) *Promoción de la integridad familiar:*

Determinar las relaciones familiares habituales  
Controlar las relaciones familiares actuales

### Educación del paciente y los progenitores

- (NIC) *Protección contra abusos del niño:*
  - Enseñar a los padres a resolver problemas, tomar decisiones y adquirir conocimientos parentales y de crianza del niño o enviar a los progenitores a programas donde puedan adquirir esos conocimientos
  - Ofrecer a los progenitores información sobre cómo enfrentarse a un llanto prolongado del lactante, destacando que no deben zarandear al bebé
  - Informar a los progenitores sobre métodos de castigo no físicos para disciplinar a los niños
- (NIC) *Fomento del desarrollo: niño:* enseñar a los cuidadores las etapas del desarrollo normal y los comportamientos asociados a ellas

### Actividades auxiliares

P

- Remitir al interesado a programas educativos y de apoyo de la comunidad que ofrezcan ayuda en el desarrollo de las habilidades parentales y sirvan de guía previa
- Animar a los progenitores a acudir a clases de educación prenatal
- (NIC) *Protección contra abusos del niño:*
  - Remitir a las mujeres embarazadas y a los padres de recién nacidos con riesgo a los servicios de visitas de enfermería a domicilio
  - Ofrecer a las familias con riesgo la referencia de un servicio de enfermería para garantizar que se controla el entorno del hogar, que se valora a los hermanos y que las familias reciben asistencia de forma continua

### Otras

- (NIC) *Promoción de la integridad familiar: familia con niño:*
  - Ofrecerse para escuchar
  - Preparar al/a los progenitor/es para los cambios en los roles que se producirán al convertirse en padres
  - Animarles a mantener las aficiones individuales o intereses externos

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores pueden adaptarse a los cuidados en el domicilio
- Si hay un niño enfermo, valorar la necesidad de ofrecer ayuda de cuidadores

## PATRÓN DE SUEÑO, ALTERACIÓN DEL

(1980, 1998, 2006)

**Definición:** alteración en la cantidad y calidad de sueño que impide el funcionamiento.

### Características definitorias

- Aumento del absentismo laboral/escolar
- Detección de cambios en el comportamiento
- Detección de falta de energía
- El paciente refiere cambios de humor
- El paciente refiere dificultades de concentración
- El paciente refiere dificultades para conciliar el sueño
- El paciente refiere dificultades para mantenerse dormido
- El paciente refiere falta de energía
- El paciente refiere un aumento de accidentes
- El paciente refiere un peor estado de salud
- El paciente refiere un sueño no reparador
- El paciente refiere un sueño poco satisfactorio (actual)
- El paciente refiere una peor calidad de vida
- El paciente refiere problemas a la hora de dormir que tienen consecuencias al día siguiente
- El paciente refiere que se levanta demasiado pronto

P

### Factores relacionados

- Ansiedad
- Cambios hormonales relacionados con el sexo
- Depresión
- Dolor
- Estrés (p. ej., patrón de meditación antes del sueño)
- Factores ambientales (p. ej., ruido ambiente, exposición a la luz del día/oscuridad, temperatura/humedad ambiente, entorno desconocido)
- Higiene del sueño inadecuada (actual)
- Imposibilidad de adquirir un patrón del sueño normal (p. ej., viaje, trabajo por turnos, responsabilidades parentales, interrupciones por intervenciones)
- Incomodidad física (p. ej., temperatura corporal, dolor, insuficiencia respiratoria, tos, reflujo gastroesofágico, náuseas, incontinencia/micción imperiosa)
- Ingesta de alcohol
- Ingesta de estimulantes
- Medicación
- Miedo
- Patrón de actividad (p. ej., tiempo, cantidad)

### Sugerencias de uso

La *alteración del patrón de sueño* se emplea cuando la interrupción del sueño causa molestias o interfiere con el estilo de vida deseado del paciente. *alteración del patrón de sueño* es un diagnóstico general. Los factores etiológicos algunas veces pueden hacer que resulte lo suficientemente específico como para suponer una intervención de enfermería, como en el caso de *alteración del patrón de sueño relacionado con el despertar del lactante durante la noche*. Cuando sea posible, identifique el tipo de *alteración del patrón de sueño* específico (desde el punto de vista del diagnóstico) para especificar mejor los cuidados de enfermería. A continuación, se muestran ejemplos de diagnósticos apropiados:

*Alteración del patrón de sueño (despertarse pronto) relacionada con una depresión*

*Alteración del patrón de sueño (retraso a la hora de dormirse) relacionada con una sobreestimulación antes de acostarse*

### Otros posibles diagnósticos

**P** Actividad, intolerancia a la  
Fatiga  
Sueño, privación del

### Resultados NOC

**Bienestar:** alcance de la percepción positiva del estado de salud y de las circunstancias vitales de cada uno

**Sueño:** suspensión natural periódica de la consciencia durante la cual el organismo se restaura

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- El paciente muestra **sueño**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: comprometido en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente, en absoluto):
  - Horas de sueño (al menos 5/24 horas para un adulto)
  - Rutina, calidad y patrón de sueño
  - Se siente rejuvenecido tras el sueño
  - Se despierta según un horario adecuado

#### Otros ejemplos

El paciente deberá:

- Identificar medidas que mejoren el descanso o el sueño
- Demostrar un bienestar físico y psicológico

### Intervenciones NIC

**Gestión del entorno: comodidad:** manipulación del entorno del paciente para proporcionar una comodidad óptima

**Mejorar el afrontamiento:** ayuda a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida

**Mejorar el sueño:** facilitación de ciclos regulares de sueño-vigilia

## Actividades de enfermería

### Valoración

- *(NIC) Mejorar el sueño:*
  - Determinar los efectos de la medicación del paciente en el patrón de sueño
  - Controlar el patrón de sueño del paciente y anotar las circunstancias físicas (p. ej., apnea del sueño, obstrucción de vías respiratorias, dolor o incomodidad, y frecuencia urinaria) o psicológicas (p. ej., miedo o ansiedad) que interrumpan el sueño

### Educación del paciente y la familia

- Explicar que el alcohol puede ayudar a que la persona se duerma, pero que también reduce la calidad del sueño al hacer que la persona se despierte a menudo y tenga pesadillas; recomendar la no ingesta de alcohol durante las cuatro o seis horas anteriores a la hora de acostarse
- No recomendar el uso de píldoras para dormir sin receta médica; explicar que interfieren con la calidad del sueño, causan somnolencia durante el día y pierden efectividad tras unas semanas; aconsejar al paciente que consulte a su médico de cabecera
- *(NIC) Mejorar el sueño:*
  - Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, una enfermedad, estrés psicosocial, etc.
  - Indicar al paciente que evite tomar alimentos o bebidas a la hora de dormir que puedan interferir con el sueño
  - Informar al paciente y a sus personas cercanas acerca de los factores (p. ej., fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, frecuentes cambios de turno de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, demasiadas horas de trabajo y otros factores ambientales) que contribuyen a generar problemas en el patrón de sueño

P

### Actividades auxiliares

- Consultar al médico acerca de la necesidad de revisar la medicación en caso de que interfiera con el patrón de sueño
- Remitir al paciente a una unidad del sueño si fuera necesario
- *(NIC) Mejorar el sueño:* recomendar el uso de medicación para favorecer el sueño que no contenga supresores de sueño desincronizado

### Otras

- Evitar ruidos fuertes y el empleo de luz directa durante el sueño nocturno, ofrecer un entorno tranquilo y minimizar las interrupciones

- Encontrar un compañero de habitación compatible con el paciente si es posible
- Ayudar a que el paciente identifique las posibles causas subyacentes de su insomnio, como el miedo, problemas no resueltos o conflictos
- Asegurar al paciente que la irritabilidad y las alteraciones del estado de ánimo son consecuencia de la falta de sueño
- Ayudar al cliente a darse un baño caliente por la noche
- (NIC) *Mejorar el sueño:*
  - Facilitar el mantenimiento de la rutina habitual del paciente, las reacciones o los rituales antes de acostarse (p. ej., para niños, su manta o juguete favoritos, mecedora, chupete o cuento; para adultos, un libro para leer, etc.), según proceda
  - Ayudar al paciente a limitar las horas de sueño durante el día ofreciéndole actividades que le mantengan despierto, según proceda
  - Iniciar o aumentar medidas de comodidad en forma de masaje, posición y caricias
  - Recomendar siestas durante el día, si es recomendable, para cumplir los requisitos de sueño
  - Agrupar las actividades sanitarias para minimizar el número de veces que se debe despertar; permitir ciclos de sueño de, al menos, 90 minutos

P

### En el domicilio

- Todas las intervenciones antes mencionadas se pueden adaptar a su uso en el domicilio
- Hablar con el compañero de cuarto para valorar el comportamiento de sueño y las posibles causas que contribuyan a agravar el problema (p. ej., preguntar si el paciente ronca)
- Hacer que el cliente duerma una vez al día
- Enseñar técnicas de relajación

### Bebés y niños

- Mantener la rutina de la hora de acostarse habitual del niño. Ofrecer objetos familiares, como su manta o juguete favorito, mecedora o chupete; leer un cuento; cantarle; etc.
- Ayudar al niño a sentirse cómodo y seguro durante la noche: utilizar una lamparilla, asegurarle que estará cerca
- Ayudar al niño cuando llegue la hora de acostarse pasando a actividades más tranquilas, menos activas, una hora antes de acostarse (p. ej., acurrucarse, leer un cuento)

### Personas mayores

- Debido a los cambios en la calidad del sueño que se producen con la edad, las personas mayores necesitan pasar más tiempo en la cama para

lograr un efecto restaurador. Sin embargo, el tiempo de sueño real disminuye con la edad.

- Tener en cuenta que las personas mayores tienen más problemas para dormirse y se despiertan con mayor facilidad que los jóvenes
- Recomendar que el cliente limite la ingesta de líquidos por la tarde para reducir la posibilidad de despertarse para ir al baño
- Recomendar al cliente la ingesta de diuréticos por la mañana si es posible
- Valorar la depresión o la ansiedad, ya que son problemas comunes en las personas mayores
- Ayudar al cliente a seleccionar actividades físicas y sociales durante el día adaptadas a sus posibilidades (p. ej., andar)
- Recomendar al cliente que reduzca las siestas durante el día o, si son necesarias, que las realice lo antes posible y que limite su duración
- Informar a los clientes de los cambios en el patrón de sueño que se producen con la edad
- Utilizar una lámpara por motivos de seguridad
- En el caso de clientes con demencia, ayudar a las familias a obtener una cama de tipo hospitalario con raíles laterales y con la posibilidad de colocarse en posición baja
- Sopesar la posibilidad de colocar una mesita junto a la cama para usarla por la noche, aunque no sea necesaria durante el día

P

## PATRÓN RESPIRATORIO, INEFICAZ

(1980, 1996, 1998)

**Definición:** inspiración y/o espiración que no proporcionan una ventilación adecuada.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Disnea  
Falta de aliento

#### Objetivas

Alteración del movimiento torácico  
Aumento del diámetro anteroposterior del tórax  
Bradipnea  
Disminución de la presión inspiratoria-espiratoria  
Disminución de las ventilaciones/minuto  
Ensanchamiento de las aletas de la nariz  
Espiraciones prolongadas

Frecuencia respiratoria:

Adultos (edad igual o superior a 14 años): <11 ó >24 [respiraciones por minuto]

Edad 5-14 años: <15 ó >25

Edad 1-4 años: <20 ó >30

Lactantes: <25 ó >60

Instauración de la posición de tres puntos

Ortopnea

Profundidad de la respiración (adultos,  $V_T$  de 500 ml en reposo, niños, 6-8 ml/kg)

Proporción del tiempo

Reducción de la capacidad vital

Respirar a través de los labios fruncidos

Taquipnea

Uso de los músculos accesorios para respirar

### Factores relacionados

- P Alteraciones neuromusculares
- P Alteraciones perceptivas o cognitivas
- Ansiedad
- Deformidad de la pared torácica
- Deformidad ósea
- Disfunción neuromuscular
- Disminución de la energía y fatiga
- Dolor
- Fatiga de los músculos respiratorios
- Hiperventilación
- Inmadurez neurológica
- Lesiones de la médula espinal
- Obesidad
- Posición del cuerpo
- Síndrome de hipoventilación

### Sugerencias de uso

Este diagnóstico se puede utilizar para distintos trastornos, como hiperventilación, respiración superficial secundaria a dolor, o disnea fisiológica como la producida por efecto secundario de algunos medicamentos o en ciertas enfermedades (p. ej., asma, reacción alérgica). No utilizar este diagnóstico si el trastorno no se puede tratar mediante acciones de enfermería únicamente. Considérese asimismo que el *patrón respiratorio ineficaz* puede ser un síntoma de otro diagnóstico más útil, como *ansiedad*; o bien podría ser la etiología de otro diagnóstico, como *intolerancia a la actividad*. Diferenciar cuidadosamente entre éste y los otros posibles diagnósticos. Véanse también las sugerencias de uso para limpieza ineficaz de las vías aéreas, en la pág. 732.

## Otros posibles diagnósticos

Actividad, intolerancia a la  
Intercambio gaseoso, deterioro del  
Síndrome de desuso, riesgo de  
Vías aéreas, limpieza ineficaz de las

## Resultados NOC

**Reacción a la respiración asistida: adulto:** el intercambio alveolar y la perfusión tisular están mantenidos por la respiración asistida

**Reacción al destete de la respiración asistida: adulto:** adaptación respiratoria y psicológica a la supresión progresiva de la respiración asistida

**Reacción alérgica: sistémica:** gravedad de la respuesta inmunitaria sistémica de hipersensibilidad, a un antígeno ambiental (exógeno) específico

**Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias:** árbol traqueobronquial abierto y despejado para realizar el intercambio gaseoso

**Estado respiratorio: ventilación:** entrada y salida de aire de los pulmones

**Signos vitales:** en qué medida la temperatura, el pulso, la respiración y la presión arterial están dentro de los valores normales

P

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra respiración efectiva, puesta de manifiesto por estado respiratorio: ventilación y estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias, no comprometidos; y signos vitales en los valores normales
- Demuestra **estado respiratorio: ventilación** no comprometido, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o nada comprometido)
  - Profundidad de la inspiración y facilidad de la respiración
  - Expansión torácica simétrica
- Demuestra **estado respiratorio: ventilación** no comprometido, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: graves, sustanciales, moderados, leves o ausentes):
  - Uso de los músculos accesorios
  - Ruidos respiratorios anómalos
  - Falta de aliento

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Demostrar una respiración óptima cuando está en ventilación mecánica
- Tener una frecuencia y un ritmo respiratorios en los límites normales
- Presentar pruebas de función pulmonar dentro de los límites normales para ese paciente
- Solicitar ayuda para respirar cuando lo necesite
- Describir un plan de cuidados en el domicilio

- Identificar aquellos factores (p. ej., alergenicos) que desencadenan patrones respiratorios ineficaces y tomar medidas para evitarlos

### Intervenciones NIC

**Asistencia en la ventilación:** promover un patrón respiratorio espontáneo óptimo, que consiga el máximo intercambio posible de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones

**Aspiración de las vías aéreas:** eliminación de secreciones de las vías respiratorias mediante la inserción de un catéter de aspiración en la boca y/o tráquea del paciente

**Control y seguimiento respiratorio:** recogida y análisis de datos del paciente para asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias y un intercambio gaseoso apropiado

**Destete de la ventilación mecánica:** ayudar al paciente a respirar sin la ayuda del respirador

**Gestión de las reacciones anafilácticas:** promover la ventilación y perfusión tisular adecuadas en una persona que sufre una reacción alérgica (antígeno-anticuerpo) grave

P

**Gestión de las vías aéreas:** facilitar la permeabilidad del aparato respiratorio

**Gestión de las vías aéreas artificiales:** mantenimiento de los catéteres endotraqueales y de traqueostomía y prevención de las complicaciones asociadas con su uso

**Gestión del asma:** identificación, tratamiento y prevención de las reacciones provocadas por la inflamación o constricción de las vías respiratorias

**Monitorización de los signos vitales:** recogida y análisis de los datos cardiovasculares, respiratorios y de temperatura corporal para determinar y prevenir las complicaciones

**Ventilación mecánica:** uso de un dispositivo artificial para ayudar a un paciente a respirar

### Actividades de enfermería

En general, las actividades de enfermería en este diagnóstico se centran en evaluar las causas de la respiración ineficaz, vigilar el estado respiratorio, enseñar el automanejo de las alergias, adiestrar al paciente para que respire más despacio y controle sus reacciones, ayudar a los pacientes con tratamientos respiratorios y tranquilizar al paciente en los periodos de disnea y de falta de aliento.

### Valoración

- Vigilar la aparición de palidez y cianosis
- Vigilar el efecto de los medicamentos sobre el estado respiratorio
- Determinar la localización y extensión de crepitantes en el tórax
- Evaluar la necesidad de insertar una vía aérea
- Observar y registrar la expansión torácica bilateral del paciente en respiración asistida

- (NIC) *Control y seguimiento respiratorio:*
  - Vigilar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo respiratorios
  - Observar el movimiento torácico, y en especial la simetría, el uso de los músculos accesorios y la retracción supraclavicular y de los músculos intercostales
  - Vigilar posibles respiraciones ruidosas, como ronquidos o graznidos
  - Vigilar los patrones respiratorios: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiración de Kussmaul, de Cheyne-Stokes, respiración apneica, respiración de Biot y patrones atáxicos
  - Observar la localización de la tráquea
  - Auscultar los sonidos respiratorios, observando si existen áreas donde la ventilación está reducida o ausente y hay ruidos anómalos
  - Vigilar aumentos de la inquietud, la ansiedad y el hambre de aire
  - Observar cambios en la saturación arterial y venosa de O<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub> residual (*end-tidal*) y los valores de los gases sanguíneos arteriales, si es apropiado

P

### Enseñanza del paciente y la familia

- Informar al paciente y la familia acerca de las técnicas de relajación para mejorar el patrón respiratorio; especificar las técnicas
- Analizar el plan de cuidados en el domicilio, incluyendo medicamentos, equipo auxiliar, signos y síntomas de las complicaciones que deben comunicar, y recursos comunitarios
- Analizar cómo evitar los alérgenos, p. ej.:
  - Comprobar si existen hongos en las paredes
  - No utilizar alfombras ni moquetas
  - Utilizar filtros electrostáticos en hornos y aires acondicionados
- Enseñar a toser eficazmente
- Informar al paciente y la familia de que está prohibido fumar en la habitación
- Enseñar al paciente y la familia a avisar a la enfermera en cuanto comience un patrón respiratorio ineficaz

### Actividades auxiliares

- Consultar con terapia respiratoria para asegurar un funcionamiento correcto del respirador
- Comunicar cambios en el nivel de conciencia, los ruidos respiratorios, el patrón respiratorio, los gases arteriales, el esputo y demás, según sea necesario, o de acuerdo con el protocolo
- Administrar medicamentos (p. ej., broncodilatadores) según las órdenes médicas o los protocolos
- Administrar tratamientos de nebulización por ultrasonidos y aire humidificado y oxígeno de acuerdo con las órdenes médicas o los protocolos de la institución
- Dar analgésicos para favorecer un patrón respiratorio óptimo, especificar la frecuencia

### Otras

- Correlacionar y registrar todos los datos de la valoración (p. ej., nivel de conciencia del paciente, sonidos respiratorios, patrón respiratorio, gases arteriales, esputo, efecto de los medicamentos)
  - Ayudar al paciente a utilizar el espirómetro incentivado, si es preciso
  - Tranquilizar al paciente durante los periodos de malestar respiratorio
  - Para ayudar a disminuir la frecuencia respiratoria, adiestrar al paciente en las técnicas de respiración controlada y respirar con los labios fruncidos
  - Aspirar cuando sea necesario para eliminar secreciones
  - Hacer que el paciente se gire, tosa y respire profundamente cada \_\_\_\_\_
  - Informar al paciente antes de iniciar los procedimientos previstos, para reducir la ansiedad y aumentar la sensación de control
  - Mantener el oxígeno con un flujo bajo mediante gafas nasales, mascarilla, capucha o tienda; especificar el flujo
  - Colocar al paciente de tal modo que su respiración sea óptima; especificar la postura
- P** Sincronizar el patrón respiratorio del paciente con la frecuencia del respirador

### En el domicilio

- Si se utilizan respiradores o equipos eléctricos, evaluar la seguridad eléctrica del domicilio y avisar a la empresa suministradora, de modo que puedan garantizar un servicio rápido en caso de cortes de luz

### Bebés y niños

- Recordar que los recién nacidos respiran siempre por la nariz; que sus respiraciones normales son las abdominales y que, por su irregularidad respiratoria (también normal), hay que contar las respiraciones de un minuto entero. Una frecuencia normal para los recién nacidos es de 30-50 respiraciones/minuto, y son normales periodos de apnea de hasta 15 segundos
- Para disminuir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, los bebés deben ser colocados boca arriba o de lado para dormir, y no boca abajo
- Los niños siguen respirando con el abdomen hasta los cinco años, aproximadamente, y el menor diámetro de sus vías respiratorias aumenta el riesgo de obstrucción de las mismas

### Personas mayores

- Animarlos a que estén activos tanto como sea posible, para aumentar la ventilación

---

## PATRONES DE SEXUALIDAD, ALTERACIÓN DE LOS (1986, 2006)

**Definición:** expresión de preocupación en lo referente a la propia sexualidad.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Alteración de la relación con la persona cercana  
Alteraciones a la hora de desempeñar un rol sexual percibido  
Cambios referidos en las actividades o comportamientos sexuales  
Conflictos relacionados con los valores  
Dificultades referidas en las actividades o comportamientos sexuales  
Limitaciones referidas en las actividades o comportamientos sexuales

### Factores relacionados

Ausencia de la persona cercana  
Conflictos con la orientación sexual o las preferencias alternativas  
Déficit de conocimientos o técnicas sobre respuestas alternativas ante transiciones relacionadas con la salud, alteración de la función o estructura corporal, enfermedad o tratamiento médico  
Falta de privacidad  
Miedo al embarazo o a contagiarse de una enfermedad de transmisión sexual  
Modelos de rol ausentes o ineficaces  
Trastorno de la relación con la persona cercana

P

#### Otros factores relacionados (no NANDA)

Baja autoestima  
Enfermedad o tratamientos médicos  
Trastorno de la imagen corporal

### Sugerencias de uso

Cuando sea posible, emplee una etiqueta más específica, como *disfunción sexual*.

### Otros posibles diagnósticos

Autoestima, baja  
Disfunción sexual  
Imagen corporal, trastorno de la  
Síndrome traumático de violación: reacción silente

### Resultados NOC

**Autoestima:** valoración personal de la propia valía

**Desempeño del rol:** coherencia del desempeño del rol de una persona con respecto a las expectativas del rol

**Identidad sexual:** reconocimiento y aceptación de la propia identidad sexual

**Imagen corporal:** percepción del aspecto y las funciones corporales de uno mismo

**Maduración física: hombre:** cambios físicos normales que se producen en el hombre durante la transición de la edad infantil a la edad adulta

**Maduración física: mujer:** cambios físicos normales que se producen en la mujer durante la transición de la edad infantil a la edad adulta

**Recuperación del abuso: sexual:** alcance de la curación de los daños físicos y psicológicos tras una explotación o abuso sexual

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra una **recuperación del abuso: sexual**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: nula, limitada, moderada, sustancial, amplia):
  - Evidencia de relaciones normales con personas del mismo sexo
  - Evidencia de relaciones normales con personas del sexo opuesto
  - Demostración de comodidad con la identidad y la orientación sexuales
- Muestra **autoestima**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo o habitualmente):
  - Expresa autoaceptación
  - Sentimientos de autoestima
  - Espera de respuesta por parte de los demás

P

### Otros ejemplos

El paciente y su pareja serán capaces de:

- Participar activamente en el asesoramiento
- Solicitar la información necesaria sobre sexualidad
- Reconocer la importancia de comentar los asuntos sexuales con la pareja
- Comentar las preocupaciones sobre sexualidad
- Demostrar satisfacción con la sexualidad

## Intervenciones NIC

**Asesoramiento sexual:** empleo de un proceso de asistencia interactivo que se centra en la necesidad de realizar ajustes en las prácticas sexuales o de mejorar el afrontamiento de un desorden o suceso sexual

**Enseñanza: sexo seguro:** ofrecimiento de instrucciones relativas a la protección sexual durante la actividad sexual

**Enseñanza: sexualidad:** asistencia a los individuos para que comprendan las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y del desarrollo sexual

**Mejorar el afrontamiento:** ayuda a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida

**Mejorar la autoestima:** ayuda a un paciente para mejorar la opinión o la valoración que tiene de sí mismo

**Mejorar la imagen corporal:** mejora de las percepciones conscientes e inconscientes de un paciente y de las actitudes hacia su propio cuerpo

**Potenciación de roles:** ayuda a un paciente, una persona cercana o un familiar para mejorar sus relaciones explicando y ofreciendo información sobre los comportamientos específicos del rol

### Actividades de enfermería

Véase el apartado actividades de enfermería correspondiente a disfunción sexual, en las págs. 281-282.

---

## PERFUSIÓN TISULAR (PERIFÉRICA), ALTERACIÓN DE LA (1980, 1998)

**Definición:** disminución del aporte de oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar.

[**IMPORTANTE:** NANDA internacional incluye la *alteración de la perfusión tisular periférica* dentro de la *alteración de la perfusión tisular* (cardiopulmonar/cerebral/gastrointestinal/renal).]

La tabla 9 resulta de gran ayuda para identificar la *alteración de la perfusión tisular (periférica)*

P

**Tabla 9**

Datos objetivos	Probabilidad de que las características estén presentes en los diagnósticos dados	Probabilidad de que las características no se puedan explicar por cualquier otro diagnóstico
Temperatura de la piel: extremidades frías	Alta	Baja
Color de la piel: dependiendo, azul o morado	Moderada	Baja
Palidecer al levantar la pierna, el color no vuelve al bajarla	Alta	Alta
Presión arterial disminuida	Alta	Alta
Piel brillante	Alta	Baja
Falta de lanugo; cicatrices circulares cubiertas con piel atrofiada	Alta	Moderada
Gangrena	Baja	Alta
Uñas de crecimiento lento, secas y quebradizas	Alta	Moderada
Claudicación	Moderada	Alta
Cambios en la presión sanguínea de las extremidades	Moderada	Moderada
Soplos	Moderada	Moderada
Cura de lesiones lenta	Alta	Baja

## Características definitorias

### Subjetivas

Alteración de la sensibilidad

### Objetivas

Alteración de las características de la piel (p. ej., vello, uñas, humedad)

Cambios en la temperatura de la piel

Claudicación

Cura retardada

Decoloración de la piel

Edema

Palidez al elevar la extremidad que no desaparece cuando se vuelve a bajar

Presión arterial disminuida

Pulsos débiles o ausentes

Signo de Homan positivo

Soplos

## Factores relacionados

**P** Alteración de la afinidad de la hemoglobina por el oxígeno

Descoordinación entre la ventilación y el flujo sanguíneo

Deterioro del transporte de oxígeno por las membranas alveolares o capilares

Disminución de la concentración de hemoglobina en sangre

Hipervolemia

Hipoventilación

Hipovolemia

Interrupción del flujo arterial

Interrupción del flujo venoso

Intoxicación enzimática

Problemas de intercambio

## Sugerencias de uso

Debido a que algunas intervenciones de enfermería son diferentes, suele ser importante determinar si la *alteración de la perfusión tisular periférica* tiene un origen arterial o venoso.

## Otros posibles diagnósticos

Lesión, riesgo de

Disfunción neurovascular periférica, riesgo de

Integridad cutánea, riesgo de deterioro de la

Integridad tisular, deterioro de la

## Resultados NOC

**Estado de la circulación:** flujo sanguíneo no obstruido y unidireccional con una presión adecuada a través de vasos sanguíneos largos de los circuitos pulmonares y sistémico

**Función sensitiva: cutánea:** límite en el que la estimulación de la piel funciona correctamente

**Integridad tisular: piel y mucosas:** estructura impecable y funciones fisiológicas normales de la piel y las membranas mucosas

**Perfusión tisular: periférica:** adecuación del flujo sanguíneo a través de los vasos pequeños de las extremidades para mantener la función tisular

**Severidad de la sobrecarga de líquidos:** gravedad de exceso de fluidos en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **equilibrio de líquidos**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o nada):
  - Tensión arterial
  - Pulsos periféricos
  - Turgencia cutánea
- Presenta integridad tisular: piel y mucosas, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometida gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o nada):
  - Temperatura, sensibilidad, elasticidad, hidratación, integridad y grosor de la piel
  - Perfusión tisular
- Presenta **perfusión tisular: periférica**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o nada):
  - Recambio capilar (dedos)
  - Color de la piel
  - Sensibilidad
  - Integridad cutánea

P

### Otros ejemplos

El paciente describirá el plan de cuidado en el domicilio

Las extremidades estarán libres de lesiones

## Intervenciones NIC

**Control y seguimiento neurológico:** recogida y análisis de datos del paciente para prevenir o minimizar complicaciones neurológicas

**Cuidado circulatorio: insuficiencia arterial:** promoción de la circulación arterial

**Cuidado circulatorio: insuficiencia venosa:** promoción de la circulación venosa

**Cuidado del embolismo: periférico:** limitación de las complicaciones para un paciente que sufre, o tiene riesgo de hacerlo, oclusión de la circulación periférica

**Gestión de la hipervolemia:** reducción del volumen de líquidos intra- y extracelular y prevención de complicaciones en un paciente deplecionado de volumen de líquidos

**Gestión de la sensibilidad periférica:** prevención o minimización de lesiones o incomodidades en el paciente con la sensibilidad alterada

**Gestión de líquidos:** promoción del equilibrio de los líquidos y la prevención de complicaciones resultantes de niveles de líquidos anormales o no deseados

**Gestión de líquidos y electrolitos:** regulación y prevención de complicaciones procedentes de la alteración de los niveles de líquidos o electrolitos

**Vigilancia de la piel:** recogida y análisis de los datos de los pacientes para mantener la integridad de la piel y la membrana mucosa

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Evaluar las úlceras por estasis y los síntomas de celulitis (es decir dolor, rojez, e hinchazón en las extremidades)
- (NIC) *Cuidado circulatorio: insuficiencia arterial y venosa:*
  - Realizar una evaluación comprensiva de la circulación periférica (p. ej., comprobar pulsos periféricos, edemas, recarga capilar, color y temperatura [de la extremidad])
  - Controlar el grado de incomodidad o dolor con el ejercicio, por la noche o durante el descanso [arterial]
  - Controlar el estado de líquidos, incluyendo la ingesta y la expulsión
- (NIC) *Gestión de la sensibilidad periférica:*
  - Controlar [periféricamente] el discernimiento agudo, sordo, caliente o frío
  - Controlar la parestesia: atontamiento, hormigueo, hiperestesia, e hipoestesia
  - Controlar la tromboflebitis y la trombosis venosa profunda
  - Controlar el ajuste de los dispositivos del brazo, prótesis, zapatos, y ropa

### Educación del paciente y la familia

Instruir al paciente y a su familia sobre:

- Evitar temperaturas extremas en las extremidades
- La importancia del cumplimiento de la dieta y el régimen de medicación
- Signos y síntomas que puedan ser notificados al médico
- La importancia de la prevención de la estasis venosa (p. ej., no cruzar las piernas, levantar los pies sin doblar las rodillas, y hacer ejercicio)
- (NIC) *Cuidado circulatorio: insuficiencia arterial y venosa:* instruir al paciente en el cuidado apropiado de los pies
- (NIC) *Gestión de la sensibilidad periférica:*
  - Instruir al paciente o a la familia para controlar la posición de las partes del cuerpo mientras el paciente se está bañando, está sentado, tumbado, o cambiando de postura
  - Instruir al paciente o familia para examinar la piel a diario por si se observan cambios en la integridad de la piel

### Actividades auxiliares

- Suministrar analgésicos, comunicarse con el médico si no desaparece el dolor
- (NIC) *Cuidado circulatorio: insuficiencia arterial y venosa*: administrar medicamentos anticoagulantes si es necesario

### Otras

- Evitar traumatismos químicos, mecánicos, o térmicos que impliquen a la extremidad
- Desalentar el tabaquismo y el consumo de estimulantes
- (NIC) *Cuidado circulatorio: insuficiencia arterial*:  
Posicionar la extremidad de forma independiente si es necesario
- (NIC) *Cuidado circulatorio: insuficiencia venosa*:  
Emplear modalidades de terapia compresiva (vendajes de poca o mucha elasticidad), según se necesite  
Eleva la extremidad afectada 20° o más sobre el nivel del corazón, según convenga  
Fomentar la variedad de ejercicios de con movimientos activos o pasivos, especialmente de las extremidades inferiores, durante el descanso
- (NIC) *Gestión de la sensibilidad periférica*:  
Evitar o controlar cuidadosamente el uso de calor y frío, como mantas eléctricas, bolsas de agua caliente, y bolsas de hielo  
Colocar el arco protector para la cama sobre las partes del cuerpo afectadas para que la ropa no roce las áreas afectadas.  
Discutir o identificar las causas de sensaciones anormales o cambio de sensaciones

P

### En el domicilio

- Las actividades precedentes pueden usarse o adaptarse para el cuidado en el domicilio

### Personas mayores

- Estar especialmente alerta ante los síntomas de embolismo pulmonar en personas mayores

---

## PERFUSIÓN TISULAR (CARDIOPULMONAR, CEREBRAL, GASTROINTESTINAL, RENAL), ALTERACIÓN DE LA

(1980, 1998)

**Definición:** disminución de oxígeno causada por el fallo de alimentación de los tejidos a nivel capilar.

## Características definitorias

### Cardiopulmonar

#### Subjetivas

Disnea  
Dolor en el pecho  
Sensación de muerte inminente

#### Objetivas

Arritmias  
Broncoespasmos  
Ensanchamiento nasal  
Frecuencia respiratoria alterada por encima de los parámetros aceptables  
Gases anormales en la sangre arterial  
Recambio capilar mayor de tres segundos  
Retracción del pecho  
Uso de los músculos secundarios

### Cerebral

P

#### Objetivas

Alteración del estado mental  
Anomalías del habla  
Cambios de conducta  
Cambios en la respuesta motora  
Cambios en las reacciones de la pupila  
Debilidad extrema o parálisis  
Dificultades en la deglución  
Parálisis

### Gastrointestinal

#### Subjetivas

Dolor abdominal  
Náuseas

#### Objetivas

Hinchazón abdominal  
Sonidos intestinales hipoactivos o ausentes

### Renal

#### Objetivas

Alteraciones del BP por encima de los parámetros aceptables  
Cociente BUN/creatinina elevado  
Hematuria  
Oliguria o anuria

## Factores relacionados

Alteración en la afinidad de la hemoglobina con el oxígeno

Perfusión tisular (cardiopulmonar, cerebral, gastrointestinal, renal), alteración de la **557**

Deterioro del transporte de oxígeno a lo largo de la membrana alveolar o capilar

Disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre

Hipervolemia

Hipoventilación

Hipovolemia

Interrupción del flujo arterial o venoso

Intoxicación enzimática

No coincidencia de la ventilación con el flujo sanguíneo

Problemas de intercambio

### Sugerencias de uso

A excepción de *alteración de la perfusión tisular periférica*, no recomendamos el uso de este diagnóstico. El siguiente apartado otros posibles diagnósticos ofrece etiquetas alternativas que de forma específica dirigen las respuestas a la alteración de la perfusión renal, cerebral, cardiopulmonar, y del tejido gastrointestinal. *Alteración de la perfusión tisular* puede utilizarse apropiadamente como una etiología para otros diagnósticos (p. ej., *confusión aguda relacionada con la alteración de la perfusión del tejido cerebral*).

P

La alteración de la perfusión del tejido cardiopulmonar, cerebral, gastrointestinal, y renal representa en realidad diagnósticos o enfermedades médicos. Los resultados e intervenciones para la alteración de la perfusión tisular son tratamientos médico-quirúrgicos. El papel del enfermero es el de controlar y detectar cambios en la situación del paciente. Por lo tanto, el cuidado de los enfermeros podría estar más dirigido por el uso de otros diagnósticos de enfermería o problemas colaborativos. Sin embargo, ya que el NOC y el NIC han unido los resultados e intervenciones para este diagnóstico, este tema también los incluye.

### Otros posibles diagnósticos

#### Cardiopulmonar

Actividad, intolerancia a la

Actividad, riesgo de intolerancia a la

Comunicación verbal, trastorno de la

Destete del respirador (DVWR), respuesta disfuncional al

Fatiga

Gasto cardiaco, disminución del

Intercambio gaseoso, deterioro del

Patrón respiratorio, ineficaz

Respiración espontánea, dificultad para mantener la

#### Cerebral

Confusión aguda o crónica

Lesión, riesgo de

Sensoperceptivas (especificar) (auditivas, gustativas, cinestésicas, olfatorias, visuales), alteraciones

### Gastrointestinal

Dolor agudo  
Dolor crónico  
Infección, riesgo de

### Renal

Volumen de líquidos, exceso de  
Volumen de líquidos, riesgo de desequilibrio del

## Resultados NOC

### Perfusión del tejido cardiopulmonar

**Eficacia del bombeo cardiaco:** volumen sanguíneo apropiado expulsado del ventrículo izquierdo para ayudar a la perfusión de la presión sistémica

**Estado de la circulación:** flujo sanguíneo despejado, unidireccional a una presión apropiada a través de los grandes vasos de los circuitos sistémicos y pulmonares

**Estado respiratorio: intercambio gaseoso:** intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno para mantener las concentraciones de gases sanguíneos arteriales

**Perfusión tisular: cardiaca:** capacidad del flujo sanguíneo a través de la vascularidad coronaria para el mantenimiento del funcionamiento del corazón

**Perfusión tisular: pulmonar:** capacidad del flujo sanguíneo a través de la vascularidad pulmonar para revestir la unidad alveolar/capilar

**Signos vitales:** nivel en el que la temperatura, el pulso, la respiración, y la presión arterial están dentro de la escala normal

### Perfusión tisular cerebral

**Cognición:** capacidad para ejecutar procesos mentales complejos

**Estado de la circulación:** flujo sanguíneo despejado, unidireccional a una presión apropiada a través de los grandes vasos de los circuitos sistémicos y pulmonares

**Estado neurológico:** habilidad de los sistemas nerviosos periférico y central para recibir, procesar, y responder a los estímulos internos y externos

**Estado neurológico: conciencia:** excitación, orientación, y atención hacia el entorno

**Perfusión tisular: cerebral:** capacidad del flujo sanguíneo a través de la vascularidad cerebral para mantener la función del cerebro

### Perfusión tisular gastrointestinal

**Equilibrio de electrolitos y ácido-base:** equilibrio entre los electrolitos y los no electrolitos en los compartimentos intra- y extracelulares del cuerpo

**Equilibrio hídrico:** equilibrio del agua en los compartimentos intra- y extracelulares del cuerpo

Perfusión tisular (cardiopulmonar, cerebral, gastrointestinal, renal), alteración de la **559**

**Estado de la circulación:** flujo sanguíneo despejado, unidireccional a una presión apropiada a través de los grandes vasos sanguíneos de los circuitos sistémicos y pulmonares

**Hidratación:** suficiente agua en los compartimentos intra- y extracelulares del cuerpo

**Perfusión tisular: órganos abdominales:** fluido sanguíneo apropiado a través de los pequeños vasos de las vísceras del abdomen para mantener el funcionamiento de los órganos

### Perfusión tisular renal

**Equilibrio de electrolitos y ácido-base:** equilibrio entre los electrolitos y los no electrolitos en los compartimentos intra- y extracelulares del cuerpo

**Equilibrio hídrico:** equilibrio del agua en los compartimentos intra- y extracelulares del cuerpo

**Estado de la circulación:** flujo sanguíneo despejado, unidireccional a una presión apropiada a través de los grandes vasos sanguíneos de los circuitos sistémicos y pulmonares

**Función del riñón:** filtración de la sangre y eliminación de los desperdicios metabólicos a través de la formación de orina

**Gravedad por la sobrecarga de líquidos:** gravedad por el exceso de líquidos en los compartimentos intra- y extracelulares del cuerpo

**Perfusión tisular: órganos abdominales:** fluido sanguíneo apropiado a través de los pequeños vasos de las vísceras del abdomen para mantener el funcionamiento de los órganos

P

## Objetivos/criterios de evaluación

### Cardiopulmonar

#### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **eficacia del bombeo cardíaco, perfusión tisular: cardíaca, y perfusión tisular: pulmonar**
- Presenta **estado de la circulación**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o nada):
  - PaO<sub>2</sub> y PaCO<sub>2</sub> o presión parcial del oxígeno o dióxido de carbono
  - Carótida, branquial, radial, femoral, y pulso pedio, izquierdo y derecho
  - BP sistólica, BP diastólica, presión del pulso, término medio BP, CVP, y la porción de la presión pulmonar
- Presenta **estado de la circulación**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: grave, sustancial, moderado, leve, o ninguno):
  - Angina
  - Sonidos adventicios respiratorios, hinchazón de la vena del cuello, edema (pulmonar), o soplos en los vasos grandes
  - Fatiga extrema
  - Edema periférico y ascitis

### Cerebral

#### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **estado de la circulación**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o nada): BP sistólica y diastólica
- Presenta **estado de la circulación**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: grave, sustancial, moderado, leve, o ninguno):
  - Soplos en los vasos grandes
  - Hipotensión ortostática
- Presenta **cognición**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o no nada):
  - Comunicarse clara y apropiadamente para cada edad y capacidad
  - Atención, concentración y orientación cognitiva
  - Mostrar los recuerdos recientes y remotos
  - Procesar información
  - Tomar decisiones adecuadas

#### P

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Tener el sistema nervioso central y periférico intacto
- Demostrar un funcionamiento sensitivo y motor craneal intacto
- Exhibir un funcionamiento automático intacto
- Tener las pupilas iguales y reactivas
- Estar libre de experimentar ataques
- No sufrir dolores de cabeza

### Gastrointestinal

#### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **estado de la circulación**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o nada): BP sistólica y diastólica
- Presenta **equilibrio de electrolitos y ácido-base**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o nada):
  - Agudeza mental, orientación cognitiva, y fuerza muscular
  - Test de laboratorio (p. ej., suero Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, CL<sup>-</sup>, Ca<sup>2+</sup>, Mg<sup>2+</sup>, bicarbonato)
- Presenta **equilibrio hídrico**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o nada): 24 horas de consumo y rendimiento
- Presenta **equilibrio hídrico**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: grave, sustancial, moderado, leve, o ninguno):
  - Sonidos adventicios respiratorios
  - Hinchazón de la vena del cuello

Perfusión tisular (cardiopulmonar, cerebral, gastrointestinal, renal), alteración de la **561**

- Presenta **hidratación**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o nada): producción de orina, sodio en suero, membrana mucosa húmeda
- Presenta **hidratación**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: grave, sustancial, moderado, leve, o ninguno):
  - Sed (anormal)
  - Aumento del hematocrito
  - Aumento de nitrógeno ureico en la sangre

### Otros ejemplos

- Demuestra el consumo adecuado de alimentos, líquidos y nutrientes
- Refiere tener suficiente energía
- Presenta una masa corporal y un peso dentro de la escala esperada

## Renal

### Ejemplos con los términos NOC

P

- Presenta **estado de la circulación**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o nada):
  - BP sistólica y diastólica
  - Producción de orina
- Presenta **equilibrio hídrico**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o nada):
  - Agudeza mental, orientación cognitiva, y fuerza muscular
  - Pruebas de laboratorio (p. ej., suero Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, CL<sup>-</sup>, Ca<sup>2+</sup>, Mg<sup>2+</sup>, bicarbonato)
- Presenta **equilibrio hídrico**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o nada): 24 horas de consumo y rendimiento
- Presenta **equilibrio hídrico**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: grave, sustancial, moderado, leve, o ninguno):
  - Sonidos adventicios respiratorios
  - Hinchazón de la vena del cuello
- Presenta **hidratación**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o nada): producción de orina, sodio sérico, membrana mucosa húmeda
- Presenta **hidratación**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: grave, sustancial, moderado, leve, o ninguno):
  - Sed (anormal)
  - Aumento del hematocrito
  - Aumento de nitrógeno ureico en la sangre

### Otros ejemplos

- Olor y color de la orina dentro de la escala esperada
- Orina limpia
- Pruebas de laboratorio dentro de los límites normales (p. ej., gravedad específica de la orina, glucosa, acetona, pH, y niveles de las proteínas y resultados microscópicos)
- PCO<sub>2</sub> arterial dentro de los límites normales

## Intervenciones NIC

### Cardiopulmonar

**Control respiratorio:** colección y análisis de los datos del paciente para asegurar la apertura de las vías aéreas y el intercambio adecuado de gases

**Cuidado cardíaco: durante el episodio agudo:** limitación de las complicaciones para el paciente que haya experimentado recientemente un episodio de desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno al miocardio, que resulta en una alteración del funcionamiento cardíaco

**Cuidado circulatorio: insuficiencia arterial:** mejora de la circulación arterial

P

**Cuidado circulatorio: insuficiencia venosa:** mejora de la circulación venosa

**Cuidado del embolismo: pulmonar:** limitación de las complicaciones para el paciente que sufra, o este en riesgo de sufrir, una oclusión de la circulación pulmonar

**Gestión de la disritmia:** prevenir, reconocer, y facilitar el tratamiento de los ritmos cardíacos anormales

**Gestión del equilibrio ácido-base: acidosis respiratoria:** mejora del equilibrio ácido-base y prevención de las complicaciones que resultan de los niveles de suero pCO<sub>2</sub> más altos de lo deseado

**Gestión del equilibrio ácido-base: alcalosis respiratoria:** mejora del equilibrio ácido-base y prevención de las complicaciones que resultan de los niveles de suero pCO<sub>2</sub> más bajos de lo deseado

**Gestión del shock: cardíaco:** mejora de la perfusión tisular adecuada para un paciente con la funcionamiento del bombeo del corazón en grave peligro

**Monitorización de los signos vitales:** colección y análisis de los datos cardiovasculares, respiratorios, y de la temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones

**Monitorización del equilibrio ácido-base:** colección y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio ácido-base

**Oxigenoterapia:** administración de oxígeno y control de su efectividad

**Regulación hemodinámica:** optimización del ritmo del corazón, antes de la carga, después de la carga, y contrayéndose

### Cerebral

**Gestión de la sensibilidad periférica:** prevención o reducción del daño o de la incomodidad en el paciente con sensibilidad alterada

**Mejora de la perfusión cerebral:** mejora de la perfusión adecuada y limitación de las complicaciones para un paciente que sufra o este en riesgo de sufrir una perfusión cerebral inadecuada

Perfusión tisular (cardiopulmonar, cerebral, gastrointestinal, renal), alteración de la **563**

**Monitorización de la presión intracraneal (ICP):** medida e interpretación de los datos del paciente para regular la presión intracraneal

**Monitorización neurológica:** colección y análisis de los datos del paciente para prevenir o minimizar las complicaciones neurológicas

### Gastrointestinal

**Gestión de electrolitos:** mejora del equilibrio de electrolitos y prevención de las complicaciones que resultan de niveles de electrolitos en suero anormales o indeseados

**Gestión de la hipovolemia:** expansión del volumen de líquido intravascular en un paciente cuyo volumen está agotado

**Gestión de la nutrición:** ayudar o proporcionar una dieta de consumo de alimentos y líquidos equilibrada

**Gestión de líquidos y electrolitos:** regulación y prevención de las complicaciones de los niveles de líquidos y electrolitos alterados

**Gestión de líquidos:** mejora del equilibrio de líquidos y prevención de las complicaciones que resultan de niveles de líquidos anormales o indeseados

**Intubación gastrointestinal:** introducción de un tubo dentro del tracto gastrointestinal

**Regulación hemodinámica:** optimización del ritmo del corazón, antes de la carga, después de la carga, y contrayéndose

**Terapia intravenosa (i.v.):** administración y control de los líquidos y medicamentos intravenosos

P

### Renal

**Gestión de electrolitos:** mejora del equilibrio de electrolitos y prevención de las complicaciones que resultan de unos niveles de electrolitos en suero anormales o indeseados

**Gestión de la hipovolemia:** expansión del volumen de fluido intravascular en un paciente cuyo volumen está agotado

**Gestión de líquidos y electrolitos:** regulación y prevención de las complicaciones producidas por los niveles de líquidos y electrolitos alterados

**Gestión de líquidos:** mejora del equilibrio de líquidos y prevención de las complicaciones producidas por los niveles de líquidos anormales o indeseados

**Monitorización del equilibrio ácido-base:** colección y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio ácido-base

**Terapia de diálisis peritoneal:** administración y control de la solución de la diálisis dentro y fuera de la cavidad peritoneal

**Terapia de hemodiálisis:** gestión del conducto extracorpóreo de la sangre del paciente a través de un dializador

**Terapia de hemofiltración:** purificador de la sangre sumamente enferma del paciente a través de un hemofiltro controlado por la presión hidrostática del paciente

## Actividades de enfermería

### Cardiopulmonar

#### Valoración

- Controlar el dolor del pecho (p. ej., intensidad, duración, y factores que lo causan)
- Observar los cambios ST en el electrocardiograma
- Controlar la velocidad y el ritmo cardiaco
- Auscultar los sonidos del corazón y de los pulmones
- Controlar los estudios de coagulación [p. ej., tiempo de protombina (PT), tiempo de tromboplastina parcial (PTT), y recuento de plaquetas]
- Pesar diariamente al paciente
- Controlar los valores de electrolitos asociados con las disritmias (p. ej., potasio y magnesio en suero)
- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (p. ej., pulso periférico, edemas, recambio capilar, color de la piel, y temperatura)
- Controlar el consumo y el rendimiento
- Controlar el pulso periférico y los edemas
- *(NIC) Control respiratorio:*
  - Controlar el aumento de inquietud, ansiedad, y falta de aire
  - Anotar los cambios en  $\text{SaO}_2$ ,  $\text{SvO}_2$ ,  $\text{CO}_2$  al final de una exhalación y valores de ABG, cuando sea apropiado

P

#### Educación del paciente y la familia

- Enseñar al paciente a que evite la realización de la maniobra de Valsalva (p. ej., no esforzarse durante la evacuación de vientre)
- Explicar las restricciones de cafeína, sodio, colesterol, y consumo de grasas
- Explicar las razones de tomar comidas poco abundantes y cada poco tiempo

#### Actividades auxiliares

- Administrar medicamentos según el orden de los protocolos (p. ej., analgésicos, anticoagulantes, nitroglicerina, vasodilatadores, diuréticos, y medicamentos y cardiotónicos y que afectan positivamente la fuerza de las contracciones)

#### Otras

- Asegurar al paciente y a la familia que las llamadas con una campanilla, las luces y los mensajes serán respondidos inmediatamente
- Mejorar el descanso (p. ej., limitar los visitantes, controlar los estímulos del entorno)
- No tomar la temperatura por vía rectal
- Aplicar una terapia de compresión, cuando sea necesario (p. ej., almacenamiento del antiembolismo, aparato de compresión secuencial)

### Cerebral

#### Valoración

- Controlar lo siguiente:

Perfusión tisular (cardiopulmonar, cerebral, gastrointestinal, renal), alteración de la **565**

- Las constantes vitales: temperatura, BP, pulso, y respiración
- PO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub>, pH, y niveles de bicarbonato
- PaCO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub>, y niveles de hemoglobina para determinar la liberación de oxígeno en los tejidos
- Tamaño, forma, simetría, y reacción de la pupila
- Diplopía, nistagmo, visión borrosa, y agudeza visual
- Dolor de cabeza
- Nivel de conciencia y orientación
- Memoria, humor, y afecto
- Rendimiento cardíaco
- Córnea, tos, y reflejo nauseoso
- Tono muscular, movimiento motor, modo de andar, y propiocepción
- (NIC) *Monitorización de la presión intracraneal (ICP)*:
  - Controlar la presión intracraneal y la respuesta neurológica del paciente hacia las actividades de cuidado
  - Controlar la presión de la perfusión cerebral
  - Anotar los cambios del paciente en respuesta a los estímulos

P

#### Actividades auxiliares

- Mantener los parámetros hemodinámicos (p. ej., presión arterial sistémica) dentro de la escala permitida
- Administrar medicamentos para expandir el volumen intravascular, cuando sea ordenado
- Inducir la hipertensión para mantener la presión de la perfusión cerebral, cuando sea ordenado
- Administrar diuréticos osmóticos y de asa cuando sea ordenado
- Elevar la cabeza de la cama de 0° a 45°, dependiendo de la condición del paciente y de las órdenes médicas

#### Otras

- (NIC) *Monitorización de la presión intracraneal (ICP)*:
  - Aplicar modalidades de terapia de compresión (vendas pequeñas o grandes), cuando sea necesario
  - Reducir el estímulo medioambiental
  - Espaciar los cuidados de enfermería para reducir la elevación de la ICP

### Gastrointestinal

#### Valoración

- Controlar las constantes vitales
- Controlar los niveles de electrolitos séricos
- Controlar las manifestaciones de un desequilibrio de electrolitos (p. ej., neuromuscular)
- Controlar el ritmo cardíaco
- Mantener un acta precisa del consumo y gasto de líquidos
- Valorar los signos del equilibrio alterado de líquidos y electrolitos (p. ej., mucosa seca, membranas, cianosis, e ictericia)

### Actividades auxiliares

- Introducir un tubo gastrointestinal, si es necesario (consultar el manual de procedimiento del organismo o los libros fundamentales)
- Administrar electrolitos suplementarios, si es ordenado
- (NIC) *Gestión de líquidos:*
  - Administrar terapia i.v., como está prescrito

## Renal

### Valoración

- (NIC) *Gestión de líquidos:*
  - Controlar el estado de hidratación (p. ej., humedad de las membranas mucosas, pulso y presión arterial ortostática aceptables), si procede
  - Controlar los resultados de laboratorio relevantes para la retención de líquidos (p. ej., aumento de la gravedad específica, aumento del BUN, disminución del hematocrito, y aumento de los niveles de osmolalidad urinaria)
  - Controlar los indicadores de sobrecarga o retención de líquidos (p. ej., crepitaciones, CPV o presión capilar pulmonar en cuña, edema, distensión de las venas del cuello, ascitis), si procede
  - Mantener un registro adecuado de ingesta y la excreción
  - Insertar un catéter urinario si es necesario
  - Controlar los signos vitales si es necesario
  - Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita
  - Pesar diariamente al paciente y controlar los cambios
- Para pacientes con hemodiálisis:
  - Controlar los niveles de electrolitos séricos
  - Controlar la presión sanguínea
  - Pesar al paciente antes y después del procedimiento
  - Controlar el BUN, la creatinina sérica, los electrolitos séricos, y los niveles de hematocrito entre diálisis
  - Evaluar los signos del síndrome de desequilibrio de diálisis (p. ej., dolor de cabeza, náuseas, vómitos, hipertensión, y alteración del nivel de conciencia)
  - Observar la deshidratación, los calambres musculares, o los ataques repentinos
  - Evaluar el sangrado en el lugar de la realización de la diálisis
  - Evaluar la fístula arteriovenosa o abierta (p. ej., palpar para el pulso, auscultar por ruidos)
  - Evaluar el estado mental (p. ej., conciencia, orientación)
  - Controlar el tiempo de coagulación
- Para pacientes con diálisis peritoneal:
  - Evaluar la temperatura, BP ortostática, pulso apical, respiración y sonidos pulmonares antes de la diálisis
  - Pesar al paciente a diario
  - Medir y anotar el contorno abdominal

Tomar nota del BUN, los electrolitos séricos, la creatinina, el pH, y los niveles de hematocrito antes de la diálisis y periódicamente durante el proceso. Durante los periodos de instilación y permanencia, observar si hay disnea.

Registrar la cantidad y el tipo de la diálisis instilada, el periodo de permanencia, y la cantidad y el aspecto del drenaje.

Controlar los signos de infección en la salida y en el peritoneo.

### Educación del paciente y la familia

- Explicar todos los procedimientos y posibles sensaciones al paciente.
- Explicar la necesidad de restricción de líquidos si es necesario.
- Para pacientes con diálisis:
  - Enseñar al paciente los signos y síntomas que indican la necesidad de visitar al médico (p. ej., fiebre, sangrado).
  - Enseñar el procedimiento a los pacientes que tengan diálisis en el domicilio.

### Actividades auxiliares

P

- Administrar diuréticos según las directrices.
- Notificar al médico si los signos y síntomas de exceso de volumen de fluidos empeora.
- (Para pacientes con hemodiálisis) administrar heparina de acuerdo con el protocolo o la dosis adaptada.

### Otras

- Distribuir la ingesta de líquidos prescrita apropiadamente durante un periodo de 24 horas.
- Cumplir las restricciones dietéticas y de fluidos (p. ej., sodio bajo, nada de sal), según se haya recomendado.
- (En pacientes con hemodiálisis) no realizar venipuncturas ni tomar la presión sanguínea en el brazo de la fístula.
- Para pacientes con diálisis peritoneal:
  - Usar siempre técnicas estrictamente asépticas.
  - Templar la temperatura corporal del dializado.
  - Situar al paciente en posición semi-fowler y ralentizar la tasa de instilación si se producen dificultades respiratorias.

---

## PROCESOS DE PENSAMIENTO, ALTERACIÓN DE LOS

(1976, 1996)

**Definición:** interrupción en las operaciones y actividades cognitivas (p. ej., pensamientos conscientes, orientación de la realidad, resolución de problemas, y juicio).

## Características definitorias

### Subjetivas

Disonancia cognitiva  
Interpretación errónea del entorno  
Pensamientos inapropiados

### Objetivas

Déficits o problemas de memoria  
Distracción  
Egocentrismo  
Hiper- o hipovigilancia

## Factores relacionados

Pendientes de desarrollo

## Factores relacionados no NANDA

Abuso de sustancias  
Trastornos mentales (precisar)  
Trastornos mentales orgánicos (precisar)  
Trastornos en la personalidad (precisar)

P

## Sugerencias de uso

Este diagnóstico resulta de los trastornos mentales, de personalidad, o crónicos que podrían estar exacerbados por crisis situacionales. Esto podría ser la etiología de otros problemas, tales como *déficit del autocuidado*, *dificultades para el mantenimiento del hogar*, *riesgo de lesión*, y *manejo ineficaz del régimen terapéutico*.

## Otros posibles diagnósticos

Comunicación verbal, trastorno de la  
Confusión aguda o crónica  
Entorno, síndrome de interpretación alterada del  
Sensoperceptivas (especificar) (auditivas, gustativas, cinestéticas, olfatorias, táctiles, visuales), alteraciones

## Resultados NOC

**Autocontrol de pensamientos distorsionados:** autocontrol de las interrupciones en la percepción, procesos de pensamiento, y contenido del pensamiento

**Cognición:** capacidad para ejecutar procesos mentales complejos

**Concentración:** capacidad para centrarse en un estímulo específico

**Estado neurológico: consciencia:** excitación, orientación, y atención al entorno

**Identidad:** distinguir entre propias y no propias y caracterizar las esencias propias

**Memoria:** capacidad para subsanar de forma cognitiva e informar sobre la información previamente almacenada

**Orientación cognitiva:** capacidad para identificar a las personas, los lugares, y el tiempo con exactitud

**Procesamiento de la información:** capacidad para adquirir, organizar, y usar información

**Toma de decisiones:** capacidad para hacer juicios y elecciones entre dos o más alternativas

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **orientación cognitiva**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o nada): se identifica a sí mismo; a otro importante, el lugar actual, y el día, el mes, el año, y la estación correctos
- Presenta apropiadamente **toma de decisiones** (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o nada)
- Presenta **identidad**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, o habitualmente):
  - Expresa un sentido evidente de la identidad personal
  - Se diferencia a sí mismo del entorno y de los otros seres humanos
  - Reconoce los conflictos interpersonales frente a los intrapersonales
- Presenta **estado neurológico: consciencia**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o nada):
  - Abre los ojos con los estímulos externos
  - Obedece a las órdenes
  - Acude a los estímulos del entorno

P

### Otros ejemplos

El paciente y familia serán capaces de:

- Recordar de forma exacta información inmediata, reciente, y remota
- Identificar correctamente a la gente conocida y a los objetos
- Demostrar procesos de pensamiento lógicos u organizados
- Comparar y contrastar dos asuntos
- No distraerse fácilmente
- Llevar a cabo series de restas desde 100 entre 7s ó 3s
- Deletrear palabras simples de atrás hacia delante
- Responder de forma apropiada a las sugerencias del entorno y comunicativas (p. ej., auditivas, escritas)
- No actuar en alucinaciones o delirios

## Intervenciones NIC

**Adiestramiento de la memoria:** favorecer la memoria

**Apoyo en la toma de decisiones:** proporcionar información y apoyo al paciente que esté tomando una decisión relacionada con el cuidado sanitario

**Control y seguimiento neurológico:** coleccionar y analizar los datos del paciente para prevenir o reducir las complicaciones neurológicas

**Estimulación cognitiva:** fomentar el conocimiento y la comprensión de lo que nos rodea utilizando un estímulo planeado

**Gestión de las alucinaciones:** fomentar la seguridad, el confort, y la orientación de la realidad del paciente que sufra alucinaciones

**Gestión de la conducta: hiperactividad/déficit de atención:** provisión de un entorno terapéutico que tenga en cuenta el déficit de atención y/o la hiperactividad del paciente mientras se fomenta un funcionamiento óptimo

**Gestión de la demencia:** provisión de un entorno modificado para el paciente que este sufriendo un estado de confusión crónica

**Gestión del delirio:** promover el confort, la seguridad, y la orientación de la realidad del paciente que esté experimentando creencias falsas y fijas que tengan poca o ninguna base en la realidad

**Gestión del entorno: seguridad:** control y manipulación del entorno físico para fomentar la seguridad

**Mejorar la autoconciencia:** ayudar al paciente a que explore y entienda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones, y comportamientos

**P Mejorar la autoestima:** ayudar al paciente a que aumente su juicio personal sobre sí mismo

**Mejora de la perfusión cerebral:** fomentar una perfusión adecuada y una limitación de complicaciones para un paciente que sufre o que esté en riesgo de una perfusión cerebral inadecuada

**Orientación de la realidad:** fomento de la conciencia del paciente sobre la identidad personal, el tiempo y el entorno

**Reducción de la ansiedad:** minimizar el miedo, el terror, el presentimiento, o la inquietud relacionada con una fuente no identificada de peligro anticipado

**Reestructuración cognitiva:** animar al paciente a que cambie los pensamientos distorsionados a través de modelos y vistas de sí mismo y del mundo más realista

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Valorar y documentar la orientación del paciente hacia personas, lugares, tiempo, y situación
- Valorar la función cognitiva, utilizando una herramienta de evaluación estandarizada
- (NIC) *Gestión del delirio:*
  - Controlar la capacidad de autocontrol
  - Controlar el estado físico del paciente
  - Controlar los delirios provocados por la presencia o los contenidos que son autodañinos o violentos
  - Controlar al paciente sobre los efectos secundarios de la medicación y los efectos terapéuticos deseados

### Enseñanza del paciente y la familia

- *(NIC) Gestión del delirio:*  
Proporcionar enseñanzas sobre la enfermedad al paciente y a las demás personas relevantes si los delirios están basados en la enfermedad (p. ej., delirios, esquizofrenia, o depresión)

### Actividades auxiliares

- Identificar los recursos comunes
- Involucrar a los servicios sociales para que le den apoyo adicional
- *(NIC) Gestión de delirio:* administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos como rutina y como bases necesarias

### Otras

- Colgar la programación de las actividades en la habitación
- Llamar al paciente por el nombre que prefiera
- Consultar el calendario y el reloj a menudo
- Utilizar artículos familiares de casa facilitados por la familia
- Proporcionar una retroalimentación y un refuerzo positivo de una conducta apropiada
- Dar apoyo al paciente y a la familia durante los periodos de desorientación del paciente
- *(NIC) Gestión de delirio:*  
Evitar las discusiones sobre creencias falsas; establecer dudas directa y claramente  
Centrar las conversaciones en los sentimientos más pequeños, antes que en el contenido del delirio (“parece como si tuvieses miedo”)  
Animar al paciente a que exteriorice el delirio con los cuidadores antes de que le afecte  
Proporcionar actividades de recreo y diversión que requieran atención y habilidad  
Disminuir los estímulos medioambientales excesivos, cuando sea necesario  
Asignar cuidadores consecuentes diariamente
- *(NIC) Gestión de la demencia:*  
Facilitar un entorno con pocos estímulos (p. ej., música tranquila y relajante; dibujos sencillos y familiares en la decoración; crear expectativas que no excedan la habilidad de procesamiento cognitivo; y cenar en grupos pequeños)  
Identificar y eliminar los posibles riesgos del entorno para el paciente  
Prepararle para la interacción con el contacto visual y el roce, cuando sea necesario  
Dar una sola orden cada vez  
Hablar con un tono de voz claro, bajo, cercano, y respetuoso  
Facilitar una estima incondicional positiva  
Utilizar la distracción, mejor que la confrontación, para controlar la conducta

- Ofrecer sugerencias (tales como eventos actuales, estaciones, lugares, nombres) para ayudarle a que se oriente
- Etiquetar las fotos familiares con los nombres de las personas que aparecen en cada foto
- Ayudar a que la familia entienda que para el paciente podría ser imposible aprender algo nuevo
- Limitar el número de elecciones que el paciente tiene que hacer, para no causarle ansiedad

### En el domicilio

- Las actividades anteriores puede usarse o adaptarse para ser utilizadas en el domicilio
- Solicitar cuidados psiquiátricos en casa si es necesario
- Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades instrumentales y no instrumentales de la vida diaria
- Valorar la capacidad del paciente para controlar sus propios medicamentos
- Recomendar dejar una luz encendida durante la noche para ayudar a evitar la malinterpretación del estímulo
- (NIC) *Gestión del delirio:*
  - Enseñar a la familia y a las personas cercanas sobre las manera de tratar con el paciente que está sufriendo delirios

### Personas mayores

- Evaluar la demencia y el delirio

## PROCESOS FAMILIARES, ALTERACIÓN DE LOS

(1982, 1998)

**Definición:** cambio en las relaciones o el funcionamiento familiar. [La definición de la NANDA internacional no describe necesariamente un problema. Una definición más clara podría ser: estado en el cual una familia que suele funcionar efectivamente experimenta alteraciones.]

### Características definitorias

#### *Subjetivas*

Cambios en la satisfacción con la familia

#### *Objetivas*

Cambios en [los factores que se indican a continuación]:

- Alianzas de poder
- Apoyo mutuo

- Conductas para reducir la tensión nerviosa
- Disponibilidad para apoyo emocional
- Disponibilidad para respuestas afectivas e intimidad
- Efectividad en la terminación de las tareas asignadas
- Expresiones de conflicto en la familia
- Expresiones de conflicto o aislamiento de los recursos comunitarios
- Pautas de comunicación
- Pautas y rituales
- Participación en la resolución de problemas
- Participación en la toma de decisiones
- Problemas somáticos
- Tareas asignadas

### Factores relacionados

- Cambio de las funciones en la familia
- Cambio del poder de los miembros de la familia
- Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia
- Interacción formal o informal con la comunidad
- Modificación de la condición social de la familia
- Modificación de la economía familiar
- Situaciones de transición o crisis
- Transición o crisis en el desarrollo

P

### Sugerencias de uso

Esta etiqueta describe una familia que suele funcionar efectivamente, pero que sufre un elemento de tensión que altera su funcionamiento. Los factores de tensión que causan la *alteración de los procesos familiares* suelen ser situaciones de transición o crisis, como la muerte de un miembro de la familia, el divorcio, la infidelidad, la pérdida de un trabajo, una enfermedad grave o la hospitalización de un miembro de la familia. Cuando se trata específicamente de procesos familiares, un diagnóstico como *duelo disfuncional* o *conflicto del rol parental* puede describir más específicamente el problema.

Esta etiqueta es diferente de *afrontamiento familiar ineficaz: comprometido*, en el que el problema de afrontamiento de la familia se debe al cambio de las relaciones entre los miembros de la familia. El factor de tensión en *afrontamiento familiar ineficaz: comprometido* es la retirada del apoyo por parte de la pareja, no necesariamente un factor externo, como la muerte o el divorcio (como en la *alteración de los procesos familiares*). El *afrontamiento familiar ineficaz: comprometido* puede implicar sólo al paciente y a su pareja, mientras que *alteración de los procesos familiares* implica a la familia completa. De forma similar, el *sobreesfuerzo en el rol de cuidador* se centra específicamente en el cuidador, más que en la familia completa. *Alteración de los procesos familiares* describe una familia que cuenta con los recursos para afrontar de forma eficaz los factores de tensión nerviosa, en contraste con *afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante*, que describe una familia que demuestra conductas destructivas. Si no se resuelven de forma efectiva los factores causantes de ten-

sión nerviosa, la *alteración de los procesos familiares* puede progresar para convertirse en *afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante*. Para diferenciar entre los demás posibles diagnósticos deben examinarse cuidadosamente las características definitorias y los factores relacionados con cada uno.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido  
Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante  
Cuidador (real y riesgo de), sobreesfuerzo en el rol de  
Duelo disfuncional  
Parental, alteración  
Régimen terapéutico familiar, manejo ineficaz del  
Rol parental, conflicto del

### Resultados NOC

**Actuación parental:** acciones parentales para ofrecer a un niño un entorno físico, emocional y social constructivo y educativo

**Afrontamiento familiar:** acciones familiares para gestionar los factores causantes de tensión nerviosa que desgastan los recursos familiares

**Ambiente social de la familia:** medio favorable, según las relaciones y objetivos de los miembros de la familia

**Apoyo familiar durante el tratamiento:** presencia familiar y apoyo emocional para la persona que se somete a tratamiento

**Funcionamiento de la familia:** capacidad del sistema familiar para cubrir las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo

**Normalización de la familia:** capacidad del sistema familiar para mantener las rutinas y desarrollar estrategias para un funcionamiento óptimo cuando un miembro sufre una enfermedad crónica o una discapacidad

**Resiliencia de la familia:** capacidad del sistema familiar para adaptarse con éxito y funcionar competentemente después de acontecimientos adversos o crisis significativas

### Objetivos y criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- La familia no muestra *alteración de los procesos familiares*, según se demuestra mediante afrontamiento familiar, funcionamiento de la familia, normalización de la familia, resiliencia de la familia, ambiente social de la familia, apoyo familiar durante el tratamiento y actuación parental satisfactorios

#### Otros ejemplos

El paciente y la familia serán capaces de:

- Reconocer los cambios en las funciones familiares
- Identificar las pautas de afrontamiento
- Participar en los procesos de toma de decisiones en los aspectos relativos a los cuidados posteriores al hospital
- Funcionar para ofrecer apoyo mutuo a cada miembro de la familia
- Identificar modos de afrontamiento más eficaces

## Intervenciones NIC

**Apoyo familiar:** fomento de los valores, intereses y objetivos familiares

**Educación parental: adolescente:** ayudar a los padres a comprender y ayudar a sus hijos adolescentes

**Educación parental: familia que educa hijos:** ayudar a los padres a comprender y promover el crecimiento y el desarrollo físico, psicológico y social de sus hijos pequeños, preescolares o en edad escolar

**Educación parental: niño pequeño:** proporcionar instrucción sobre la alimentación y los cuidados físicos necesarios durante el primer año de vida

**Facilitar la presencia familiar:** facilitar la presencia de la familia en apoyo de una persona que se someta a procedimientos de reanimación o invasivos

**Mantenimiento de los procesos familiares:** minimización de los trastornos a los procesos familiares

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar al paciente a adaptarse a las causas de tensión nerviosa, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con la respuesta a las exigencias y funciones vitales

**Promoción de la implicación familiar:** facilitar la participación de la familia en los cuidados físicos y emocionales del paciente

**Promoción de la integridad familiar:** promoción de la cohesión y la unidad de la familia

**Promoción de la normalización:** ayudar a los padres y a otros miembros de la familia de los niños con enfermedades crónicas o discapacidad a ofrecer experiencias de la vida normal para sus hijos y familias

**Promoción de la paternidad:** proporcionar información parental, apoyo y coordinación de servicios completos a las familias de alto riesgo

**Promoción de la resiliencia:** ayudar a las personas, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de los factores protectores que deben usarse para afrontar los puntos de tensión de la sociedad y el entorno

P

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Evaluar la interacción entre paciente y familia, permaneciendo alerta a posibles conductas destructivas
- Evaluar las limitaciones del niño, de forma que puedan adaptarse las actividades habituales para permitir su participación
- (NIC) *Promoción de la integridad familiar:*
  - Determinar qué sentimiento de culpa tiene la familia
  - Determinar las relaciones familiares típicas
  - Realizar el seguimiento de las relaciones familiares
  - Determinar qué comprensión tiene la familia de las causas de la enfermedad
  - Identificar los conflictos de prioridades entre los miembros de la familia

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar a la familia las destrezas (como gestión de tiempo, tratamientos) requeridas para el cuidado del paciente

- Enseñar a la familia la necesidad de colaborar con el sistema escolar para garantizar el acceso a oportunidades educativas apropiadas para el niño con enfermedad crónica o discapacidad

#### Actividades auxiliares

- Iniciar una conferencia multidisciplinaria sobre los cuidados del paciente, haciendo participar al paciente y a la familia en la resolución de problemas y moderando la comunicación
- Ofrecer continuidad de los cuidados mediante el mantenimiento de una comunicación eficaz entre los miembros del personal, mediante los informes de enfermería y la planificación de los cuidados
- Solicitar consulta con los servicios sociales para ayudar a la familia a determinar las necesidades después de la hospitalización e identificar fuentes de apoyo comunitario, por ejemplo, para cuidados infantiles
- Remitir la familia a un asesor financiero
- (NIC) *Promoción de la integridad familiar*: remitir a terapia familiar, según proceda

#### **P** Otras

- Ayudar a la familia a identificar comportamientos que podrían estar impidiendo el tratamiento prescrito
- Ayudar a la familia a identificar los puntos fuertes personales
- Animar a la familia a verbalizar sentimientos y preocupaciones
- Animar a la familia a participar en los cuidados del paciente y planificar los cuidados posteriores a la estancia en el hospital
- Ofrecer horarios de visita flexibles para adaptarse a las visitas familiares
- Conservar las rutinas y los rituales familiares, como permitir comidas privadas juntos o la toma de decisiones en familia
- Ofrecer refuerzo positivo para un uso efectivo de los mecanismos de afrontamiento
- (NIC) *Promoción de la integridad familiar*:
  - Proporcionar medios para disfrutar de privacidad familiar
  - Facilitar la comunicación abierta entre los miembros de la familia
  - Aconsejar a los miembros de la familia sobre destrezas de afrontamiento efectivo adicionales para su propio uso
  - Ayudar a la familia con la resolución de conflictos

#### En el domicilio

- Explorar los recursos hospitalarios y comunitarios disponibles con la familia
- La mayoría de las intervenciones y actividades anteriores puede adaptarse para su uso en la asistencia domiciliaria

### **Bebés y niños**

- Ayudar a la familia a centrarse en el niño en lugar de en la enfermedad o discapacidad
- Animar a la familia a participar en los cuidados del niño hospitalizado
- Obtener la participación de los servicios sociales para evaluar la necesidad de colocar a los niños en acogida. También debe evaluarse la posibilidad de reunificar al niño con los padres biológicos cuando resulte apropiado.
- Fomentar las oportunidades de que el niño con enfermedad crónica o discapacitado disfrute de experiencias infantiles normales

## **PROCESOS FAMILIARES, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS**

**P**

**(2002)**

**Definición:** pauta de funcionamiento familiar suficiente para apoyar el bienestar de los miembros de la familia y que puede reforzarse.

### **Características definatorias**

#### **Objetivas**

Actividades que apoyen la seguridad y el crecimiento de los miembros de la familia

El funcionamiento de la familia cubre las necesidades [físicas, sociales y psicológicas] de sus miembros

El nivel de energía de la familia apoya las actividades de la vida diaria

El respeto por los miembros de la familia es patente

Existe equilibrio entre autonomía y cohesión

Expresa voluntad de mejorar la dinámica familiar

La comunicación es adecuada

La familia se adapta al cambio

La resiliencia familiar es patente

Las funciones de la familia son flexibles y apropiadas para las etapas de desarrollo

Las relaciones suelen ser positivas, interdependientes con la comunidad; las tareas de la familia se realizan con éxito

Se mantienen los límites de los miembros de la familia

### **Factores relacionados**

Este es un diagnóstico de bienestar, por lo que no es necesaria una etiología; si los factores de riesgo sugieren la posibilidad de aparición de *alteración de*

los procesos familiares, debe usarse el diagnóstico de *riesgo de alteración de los procesos familiares*.

### Sugerencias de uso

Esta etiqueta describe una familia que funciona de forma eficaz pero que desea mejorar su funcionamiento y su capacidad para tratar con transiciones y crisis causadas por diferentes situaciones o por su desarrollo.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo  
Procesos familiares, riesgo de alteración de los  
Rol parental, disposición para mejorar el

### Resultados NOC

**Afrontamiento familiar:** acciones familiares para gestionar los factores causantes de tensión nerviosa que desgastan los recursos familiares

**Ambiente social de la familia:** medio favorable, según las relaciones y objetivos de los miembros de la familia

**P Estado de salud de la familia:** salud y competencia social en general de la unidad familiar

**Funcionamiento de la familia:** capacidad del sistema familiar para cubrir las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo

**Integridad de la familia:** conductas de los miembros de la familia que demuestran, en conjunto, cohesión, fortaleza y unión emocional

**Resiliencia de la familia:** capacidad del sistema familiar para adaptarse con éxito y funcionar competentemente después de acontecimientos adversos o crisis significativas

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- La familia muestra *mejores procesos familiares*, según se demuestra mediante los factores siguientes: afrontamiento familiar, funcionamiento de la familia, estado de salud de la familia, integridad de la familia, resiliencia de la familia y ambiente social de la familia satisfactorios

### Otros ejemplos

El paciente y la familia serán capaces de:

- Reconocer los cambios en las funciones familiares
- Identificar pautas de afrontamiento habituales y eficaces
- Usar sistemas de apoyo apropiados
- Reconocer los factores medioambientales y de estilo de vida que constituyen riesgos para la salud y actuar para minimizar los riesgos
- Funcionar para ofrecer apoyo mutuo a cada miembro de la familia

### Intervenciones NIC

**Fomento de la socialización:** facilitar la capacidad de otra persona para interactuar con los demás

**Guía en el sistema sanitario:** facilitar que el paciente encuentre y use los servicios sanitarios apropiados

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar a un paciente a adaptarse a las causas de tensión nerviosa, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con la respuesta a las exigencias y funciones vitales

**Movilización familiar:** utilización de los puntos fuertes de la familia para influir sobre la salud del paciente en una dirección positiva

**Promoción de la integridad familiar:** promoción de la cohesión y unidad de la familia

**Promoción de la integridad familiar: familia con niño:** facilitar el crecimiento de las personas o las familias que añaden un lactante a la unidad familiar

**Promoción de la resiliencia:** ayudar a personas, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de los factores protectores que deben usarse para afrontar los puntos de tensión de la sociedad y el entorno

## Actividades de enfermería

### Valoración

P

- Ayudar a los miembros de la familia a identificar y anticipar situaciones que pueden trastornar los procesos familiares
- Identificar los apoyos espirituales de la familia
- Identificar los cambios en las funciones familiares y sus efectos sobre los procesos familiares
- *(NIC) Promoción de la integridad familiar:*
  - Determinar las relaciones familiares típicas
  - Realizar el seguimiento de las relaciones familiares
  - Identificar los conflictos de prioridades entre los miembros de la familia

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar a la familia las destrezas (como gestión de tiempo, tratamientos) que pueden mejorar los procesos familiares
- Ofrecer información sobre mecanismos de apoyo social existentes que pueden resultar útiles en situaciones de tensión nerviosa

### Otras

- Ayudar a la familia a identificar los puntos fuertes de cada uno de sus miembros
- Ayudar a la familia en la resolución de conflictos (si resulta necesario)
- Animar a la familia a verbalizar sentimientos y preocupaciones
- Animar a la familia a participar en los cuidados del paciente y planificar los cuidados posteriores a la estancia hospitalaria
- Ofrecer horas de visita flexibles para adaptarse a las visitas familiares
- Conservar las rutinas y los rituales familiares, como permitir comidas privadas juntos o la toma de decisiones en familia
- Ofrecer refuerzo positivo para un uso efectivo de los mecanismos de afrontamiento

- (NIC) *Promoción de la integridad familiar:*
  - Proporcionar medios para disfrutar de privacidad familiar
  - Facilitar la comunicación abierta entre los miembros de la familia
  - Aconsejar a los miembros de la familia sobre destrezas de afrontamiento efectivas adicionales para su propio uso

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores pueden usarse en la asistencia domiciliaria.

### Bebés y niños

- Animar a la familia a tomar las comidas juntos para favorecer una buena nutrición y mejorar la comunicación entre los miembros de la familia

### Para ancianos

- Ofrecer refuerzo positivo para los cuidadores de ancianos en la familia; resaltar la importancia de sus actividades
- Explorar con las familias de los ancianos modos en los que éstos pueden mantener sus lazos sociales con amigos y familia

P

## PROCESOS FAMILIARES: ALCOHOLISMO, ALTERACIÓN DE LOS

(1994)

**Definición:** las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la familia se ven desorganizadas de forma crónica, lo cual lleva a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, falta de eficacia en la resolución de problemas y una serie de crisis que se autoperpetúan.

### Características definatorias

#### *Sentimientos*

Abandono	Desconfianza
Aislamiento emocional y soledad	Desesperanza
Amor y lástima confusos	Dolor
Ansiedad, tensión, tensión nerviosa	Falta de cariño
Cambios de humor	Falta de identidad
Confusión	Fracaso
Control emocional por otras personas	Frustración
Culpa	Hostilidad
Depresión	Impotencia
	Infelicidad

Insatisfacción	Represión de las emociones
Incomprensión	Resentimiento continuado
Inseguridad	Responsabilidad por el comportamiento del alcohólico
Ira	Sensación de ser diferente del resto de las personas
Pérdida	Temor
Rabia reprimida	Vergüenza
Rechazo	Vulnerabilidad
Reducción de la autoestima y desprecio de sí mismo	

### *Funciones y relaciones personales*

Alteración de las funciones y trastorno de los papeles familiares	Negación familiar
Crianza inconsistente y percepción baja del apoyo parental	Negligencia de las obligaciones
Deterioro de las relaciones familiares y trastorno de la dinámica familiar	Pauta de rechazo
Falta de cohesión	Problemas económicos
Falta de eficacia de la comunicación con el cónyuge o problemas maritales	Problemas familiares crónicos
Falta de las destrezas necesarias para las relaciones personales	Reducción de la capacidad de los miembros de la familia para relacionarse entre sí para el crecimiento y la madurez mutuos
La familia no demuestra respeto por la individualidad y la autonomía de sus miembros	Sistemas de comunicación cerrados
	Trastorno de los rituales familiares
	Trastornos de la intimidad
	Triangulación de las relaciones familiares

P

### *Comportamientos*

Abuso del alcohol	Críticas
Abuso de otras sustancias además del alcohol	Culpa
Abuso verbal de los hijos, el cónyuge o el padre	Dependencia
Adicción a la nicotina	Dificultad para divertirse
Agitación	Dificultad para las relaciones íntimas
Aislamiento	Dificultades para la comunicación
Autoculpa	Enfermedades físicas relacionadas con la tensión nerviosa
Búsqueda de la aprobación y la afirmación	Escalamiento de los conflictos
Caos	Expresión inadecuada de la ira
Capacitación para mantener la pauta de bebida de alcohol	Falta de afrontamiento de los conflictos
Comunicación contradictoria	Falta de consecución de las tareas de desarrollo actuales o pasadas y dificultad para las transiciones de ciclo vital
Comunicación controladora y luchas de poder	Falta de control de bebida
Comunicación paradójica	Falta de fiabilidad

Incapacidad para aceptar su salud	Las ocasiones familiares especiales se centran en el alcohol
Incapacidad para adaptarse a los cambios	Manipulación
Incapacidad para cubrir las necesidades de seguridad de sus miembros	Mentira
Incapacidad para cubrir las necesidades emocionales de sus miembros	Negación de los problemas
Incapacidad para cubrir las necesidades espirituales de sus miembros	Opinión negativa sobre sí mismo
Incapacidad para expresar o aceptar una amplia gama de sentimientos	Orientación hacia el alivio de la tensión en lugar de hacia la consecución de los objetivos
Incapacidad para responder de forma constructiva a las experiencias traumáticas	Pesar no resuelto
Ineficacia de las destrezas de resolución de problemas	Promesas rotas
Inmadurez	Racionalización
	Rechazo a intentar obtener ayuda, incapacidad para aceptar y recibir ayuda de forma apropiada
	Reducción del contacto físico
	Trastornos de la concentración
	Trastornos del rendimiento académico en los niños

P

### Factores relacionados

Abuso del alcohol  
 Destrezas de afrontamiento inadecuadas  
 Falta de destrezas para la resolución de problemas  
 Historia familiar de alcoholismo, resistencia al tratamiento  
 Influencias bioquímicas  
 Personalidad adictiva  
 Predisposición genética

### Sugerencias de uso

(1) Recuerde que, por definición, el abuso de alcohol por un miembro de la familia debe ser el factor relacionado. El abuso de alcohol puede ser secundario a los demás factores incluidos en la lista. La declaración diagnóstica *alteración de los procesos familiares: alcoholismo relacionado con abuso de alcohol* no sería útil puesto que la etiología es sencillamente una repetición del problema (alcoholismo). (2) *Afrontamiento familiar ineficaz o en peligro* puede resultar más útil para describir la familia alcohólica. (3) *Alteración de los procesos familiares* no puede usarse porque describe una familia con historia de funcionamiento normal, lo cual probablemente no es cierto en el caso de la familia alcohólica.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido  
 Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante  
 Violencia autodirigida o dirigida a otros, riesgo de

## Resultados NOC

**Actuación parental:** acciones parentales para ofrecer al niño un entorno físico, emocional y social constructivo y educativo

**Afrontamiento familiar:** acciones familiares para gestionar los factores causantes de tensión nerviosa que desgastan los recursos familiares

**Ambiente social de la familia:** medio favorable, según las relaciones y objetivos de los miembros de la familia

**Consecuencias de la adicción a sustancias:** gravedad del cambio en el estado de salud y funcionamiento social debido a la adicción a las drogas

**Desempeño del rol:** congruencia del comportamiento de una persona con las expectativas de su función

**Funcionamiento de la familia:** capacidad del sistema familiar para cubrir las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo

**Resiliencia de la familia:** capacidad del sistema familiar para adaptarse con éxito y funcionar competentemente después de acontecimientos adversos o crisis significativas

P

## Objetivos y criterios de evaluación

### Ejemplos utilizando lenguaje NOC

- La familia resolverá el *afrontamiento familiar disfuncional: alcoholismo*, según lo demuestren la adecuación de los puntos siguientes: afrontamiento familiar, funcionamiento de la familia, resiliencia de la familia, ambiente social de la familia, actuación parental, desempeño del rol y consecuencias de la adicción a sustancias
- Los miembros de la familia alcohólica demostrarán las **consecuencias de la adicción a sustancias**, según se pruebe mediante los indicadores que se listan a continuación (especificar del 1 al 5: grave, sustancial, moderado, ligero o ninguno):
  - Reducción mantenida de la actividad física
  - Alteración crónica del funcionamiento motor
  - Fatiga crónica
  - Alteración crónica del funcionamiento cognitivo
  - Dificultad para mantener un empleo
  - Detenciones por la Policía el último año
  - Absentismo laboral o escolar

### Otros ejemplos

El paciente y la familia serán capaces de:

- Reconocer que el alcoholismo es una enfermedad familiar
- Reconocer la gravedad de la amenaza para el bienestar de la familia
- Identificar conductas destructivas
- Comenzar a cambiar las pautas disfuncionales, p. ej., de codependencia

## Intervenciones NIC

**Facilitar autorresponsabilidad:** animar al paciente a asumir más responsabilidad por su propio comportamiento

**Mantenimiento de los procesos familiares:** minimización de los trastornos de los procesos familiares

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar a un paciente a adaptarse a las causas de tensión nerviosa, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con el cumplimiento de las exigencias y funciones vitales

**Potenciación de los roles:** ayudar a un paciente, pareja o familia a mejorar las relaciones, aclarando y complementando comportamientos específicos de su función

**Promoción de la integridad familiar:** promoción de la cohesión y unidad de la familia

**Promoción de la integridad familiar: familia con niño:** facilitar el crecimiento de las personas o las familias que añadan un lactante a la unidad familiar

**Promoción de la resiliencia:** ayudar a las personas, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de los factores protectores que deben usarse para afrontar los puntos de tensión en la sociedad y el entorno

**Promoción parental:** proporcionar información parental, apoyo y coordinación sobre servicios completos a las familias de alto riesgo

**P** **Terapia familiar:** ayudar a los miembros de la familia a avanzar hacia un modo de vida más productivo

**Tratamiento de la adicción a sustancias:** cuidados de apoyo al paciente y a los miembros de la familia con problemas físicos y psicosociales asociados con el uso del alcohol o las drogas

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Determinar los antecedentes de abuso de alcohol y drogas
- Identificar la naturaleza del apoyo espiritual para la familia
- Hacer preguntas directas sobre la bebida, como: “¿Con cuánta frecuencia bebe seis o más copas al día?” o “En el último año, ¿cuántas veces ha conducido después de tomar tres o más copas?”
- *(NIC) Tratamiento del abuso de sustancias:*
  - Identificar con el paciente aquellos factores, como los factores genéticos, la tensión psicológica o la nerviosa, que contribuyen a la dependencia química
  - Realizar pruebas a intervalos frecuentes para comprobar que no continúa el abuso de sustancias, utilizando análisis de orina o pruebas de aliento, si corresponde
  - Determinar si existen relaciones codependientes en la familia

### Educación del paciente y la familia

- Proporcionar a los miembros de la familia información sobre el alcoholismo o ayudarles a encontrar otras fuentes de información
- *(NIC) Tratamiento del abuso de sustancias:* informar al paciente y a la familia sobre los fármacos utilizados para tratar la sustancia específica utilizada

### Actividades auxiliares

- *(NIC) Tratamiento del abuso de sustancias:* identificar grupos de apoyo en la comunidad para el tratamiento prolongado del abuso de drogas
- Remitir a tratamientos farmacológicos para ayudar a prevenir las recaídas

### Otras

- Reconocer y aceptar que la resolución del alcoholismo puede no ser el objetivo de los cuidados
- Enfatizar a los miembros de la familia que deben permitir a la persona ser responsable de sus propias conductas y modo de beber
- Explorar con la familia los métodos que utilizan para controlar los comportamientos del alcohólico, como esconder el alcohol
- Ayudar a la familia a identificar objetivos realistas para cambiar las pautas de interacción familiar
- Ayudar a los miembros de la familia a centrarse en cambiar sus reacciones a la bebida, en lugar de intentar controlarla
- Sugerir que el paciente pruebe la acupuntura u otras terapias alternativas
- Facilitar la comunicación entre los miembros de la familia
- Ofrecer reacciones positivas para los mecanismos de afrontamiento adaptativos usados por el paciente y la familia
- *(NIC) Tratamiento del abuso de drogas:*
  - Establecer una relación terapéutica con el paciente [y la familia]
  - Ayudar al paciente y a la familia a identificar el uso de la negación como sustituto para afrontar el problema
  - Facilitar el apoyo de la pareja
  - Animar al paciente a tomar el control de su propia conducta
  - Ayudar a los miembros de la familia a reconocer que la dependencia química es una enfermedad familiar
  - Comentar con el paciente el efecto de asociarse con otros consumidores durante su tiempo de ocio o de trabajo
  - Comentar el efecto del uso de sustancias en las relaciones con la familia, compañeros de trabajo y amigos
  - Animar al paciente a mantener un gráfico detallado del uso de drogas para evaluar el progreso
  - Ayudar al paciente a aprender métodos alternativos de afrontar la tensión nerviosa o emocional

P

### En el domicilio

- Puesto que el alcoholismo es un problema familiar, es probable que deban proporcionarse cuidados en el hogar. Todas las intervenciones anteriores deberían poder aplicarse en el hogar.

### Bebés y niños

- Evaluar si están realizándose exigencias sobre el niño inadecuadas para su función
- Evaluar los problemas conductuales y sociales que puede causar la dinámica familiar
- Evaluar si los niños de padres alcohólicos beben
- Recomendar programas de intervención cognitivo-conductuales contra el alcohol

### Personas mayores

- Incluir la evaluación del abuso de alcohol y otras drogas en la evaluación de los ancianos

## P PROTECCIÓN, ALTERACIÓN DE LA

(1990)

**Definición:** reducción de la capacidad de protegerse contra amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones.

### Características definitorias

#### *Subjetivas*

Disnea  
Escalofríos  
Fatiga  
Picores

#### *Objetivas*

Alteración de la coagulación  
Alteración neurosensorial  
Anorexia  
Debilidad  
Déficit inmunitario  
Desorientación  
Incapacidad de curación  
Inmovilidad  
Inquietud  
Insomnio  
Respuesta errónea ante el estrés  
Tos  
Transpiración  
Úlceras de decúbito

### Factores relacionados

Abuso (no NANDA)  
 Consumo abusivo del alcohol  
 Edades extremas  
 Enfermedades (p. ej., cáncer, trastornos inmunitario)  
 Nutrición inadecuada  
 Perfil sanguíneo anormal (p. ej., leucocitopenia, trombocitopenia, anemia, coagulación)  
 Terapias farmacológicas (p. ej., antineoplásica, corticosteroide, inmunitaria, anticoagulante, trombolítica)  
 Tratamientos (p. ej., cirugía, radiación)

### Sugerencias de uso

(1) Siempre que sea posible, utilice una etiqueta más específica, como *riesgo de infección*, *deterioro de la integridad cutánea*, *deterioro de la integridad tisular*, *alteración de la membrana mucosa oral* o *fatiga*. (2) *Alteración de la protección* no debería emplearse como diagnóstico “comodín” para pacientes que sufran inmunodepresión o que muestren unos factores de coagulación alterados. (3) Aunque los resultados NOC propongan protección del abuso como resultado, el autor no recomienda emplear *alteración de la protección* para describir situaciones de abuso de un niño o un cónyuge. En lugar de ello, recomienda el empleo de *alteración parental*, *Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante/comprometido*, *riesgo de violencia* o diagnósticos similares. Del mismo modo, aunque monitorización electrónica fetal: durante el parto es una intervención NIC prioritaria, los autores no recomiendan el empleo rutinario de *alteración de la protección* durante el parto.

P

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante o comprometido  
 Disfunción neurovascular periférica, riesgo de  
 Infección, riesgo de  
 Integridad cutánea, riesgo de deterioro de la  
 Lesión perioperatoria, riesgo de  
 Lesión, riesgo de  
 Parental, alteración

### Resultados NOC

**Coagulación sanguínea:** punto hasta el cual la sangre se coagula dentro de un periodo de tiempo normal  
**Conducta de fomento de la salud:** acciones personales para mantener o incrementar el bienestar  
**Conducta de inmunización:** acciones personales para lograr la inmunización y evitar una enfermedad contagiosa  
**Estado inmune:** resistencia dirigida natural y adquirida frente a los antígenos internos y externos

**Estado fetal: durante el parto:** punto en el que los signos fetales están dentro de los límites normales durante el parto

**Estado fetal: prenatal:** punto en el que los signos fetales están dentro de los límites normales desde la concepción hasta el inicio del parto

**Estado nutricional:** punto hasta el que los nutrientes están disponibles para cubrir las necesidades metabólicas

**Nivel de violencia de la comunidad:** incidencia de actos violentos en comparación con los valores locales, regionales o nacionales

**Protección del abuso:** protección contra el abuso de personas autónomas o dependientes

**Respuesta de la hipersensibilidad inmunitaria:** gravedad de una respuesta inmunitaria inapropiada

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- P**
- Demuestra **protección del abuso** (especifique del 1 al 5: nada, ligeramente, moderadamente, sustancialmente o totalmente adecuada)
  - Demuestra **estado inmune**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: intenso, sustancial, moderado, leve o ninguno):
    - Infecciones recurrentes
    - Fatiga crónica
  - Demuestra **estado inmune**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: comprometido en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente o en absoluto):
    - Inmunizaciones vigentes
    - Títulos de anticuerpos
    - Fórmula leucocítica
    - Niveles de complemento, leucocitos T4 y leucocitos T8

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Demostrar comportamientos que reducen el riesgo de lesión, infección o hemorragia
- Referir los primeros signos y síntomas de lesión, infección o hemorragia
- No mostrar signos o síntomas de lesión, infección o hemorragia
- Exponer un plan para ofrecer seguridad para sí mismo y los niños (p. ej., obtención de una orden de restricción)

## Intervenciones NIC

**Asesoramiento nutricional:** empleo de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificar la dieta

**Ayudar al autocambio:** refuerzo del cambio autodirigido iniciado por el paciente para alcanzar importantes objetivos personalmente

**Control de infecciones:** minimización de la adquisición y transmisión de agentes infecciosos

- Cuidado en la postanestesia:** supervisión y manejo de un paciente que ha sido sometido recientemente a una anestesia general o local
- Educación sanitaria:** desarrollo y ofrecimiento de instrucciones y experiencias para facilitar la adaptación voluntaria del comportamiento para mejorar la salud de individuos, familias, grupos o comunidades
- Gestión de la alergia:** identificación, tratamiento, y prevención de las respuestas alérgicas a comida, medicamentos, picaduras de insectos, material de contraste, sangre u otras sustancias
- Gestión del entorno: comunidad:** supervisión e influencia de las condiciones físicas, sociales, culturales, económicas y políticas que afectan a la salud de grupos y comunidades
- Gestión del entorno: prevención de la violencia:** supervisión y manipulación del entorno físico para reducir las posibilidades de un comportamiento violento hacia uno mismo, los demás o el entorno
- Identificación de riesgos:** análisis de factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos sanitarios y priorización de las estrategias de reducción de riesgos para un individuo o grupo
- Inmunización/administración de vacunas:** control del estado de inmunización, facilitación del acceso a inmunizaciones y ofrecimiento de inmunizaciones para evitar la transmisión de enfermedades
- Monitorización electrónica fetal: anteparto:** valoración electrónica de la respuesta del pulso fetal en respuesta al movimiento, los estímulos externos o las contracciones uterinas durante una prueba prenatal
- Monitorización electrónica fetal: durante el parto:** evaluación electrónica de la respuesta del pulso fetal ante las contracciones uterinas durante los cuidados del parto
- Protección contra abusos:** identificación de relaciones y acciones dependientes de alto riesgo para evitar mayores daños físicos y emocionales
- Prevención de infecciones:** prevención y detección precoz de infecciones en un paciente de riesgo
- Prevención de la hemorragia:** reducción de los estímulos que pueden provocar una hemorragia en pacientes de riesgo
- Prevencciones quirúrgicas:** minimizar el potencial de lesiones yatrogénicas en el paciente vinculado a procedimientos quirúrgicos
- Protección contra abuso: pareja:** identificación de acciones y relaciones domésticas dependientes y de alto riesgo para evitar posibles o mayores daños físicos, sexuales o emocionales, o una explotación del compañero doméstico
- Protección contra abusos del anciano:** identificación de acciones y relaciones del anciano dependientes y de alto riesgo para evitar posibles o mayores daños físicos, sexuales o emocionales, una negligencia de las necesidades vitales básicas o una explotación
- Protección contra abusos del niño:** identificación de acciones y relaciones del niño dependientes y de alto riesgo para evitar posibles o mayores daños físicos, sexuales o emocionales, o una negligencia de las necesidades vitales básicas

**Terapia nutricional:** administración de alimentos y líquidos para ayudar a los procesos metabólicos de un paciente que sufre de malnutrición o que tiene un alto riesgo de padecerla

**Ultrasonografía: obstétrica limitada:** realización de análisis de ultrasonidos para determinar el estado fetal, uterino u ovárico

**Vigilancia: seguridad:** recopilación y análisis continuados e intencionados de información sobre el paciente y el entorno para emplearlos con el fin de mejorar y mantener la seguridad del paciente

## Actividades de enfermería

### Prevención de infecciones

Véase el apartado actividades de enfermería de riesgo de infección, en las págs. 406-407.

### Prevención de lesiones

Véase el apartado actividades de enfermería de riesgo de lesión, en las págs. 456-457.

## P Valoración

- (NIC) *Gestión del entorno: prevención de la violencia:*
  - Controlar la seguridad de los objetos traídos al entorno por las visitas
  - Eliminar del entorno las posibles armas (p. ej., objetos cortantes y en forma de cuerda)
  - Asignar una habitación individual a un paciente que puede mostrarse violento hacia otras personas
  - Cerrar los cuartos de almacén y los despachos

### Prevención de las hemorragias

#### Valoración

- Evaluar el alcance del riesgo de hemorragia del paciente

#### Educación del paciente y la familia

- Aconsejar al paciente que lleve una pulsera de identificación médica y que avise al dentista o al médico
- Indicar al paciente que evite los traumatismos (p. ej., deportes de contacto, objetos afilados, cepillo de dientes duro)
- Enseñar al paciente los signos y síntomas de una hemorragia y cuándo se debe avisar de ella
- Enseñar al paciente las técnicas de primeros auxilios en caso de hemorragia

### Periodos intraoperatorios y postoperatorios

Véase también el apartado actividades de enfermería de lesión perioperatoria, riesgo de, en las págs. 461-462.

#### Valoración

- (NIC) *Cuidado en la postanestesia:*

Controlar la oxigenación  
 Ventilar, según proceda  
 Controlar y registrar los signos vitales y la valoración del dolor cada 15 minutos o más a menudo, según proceda  
 Controlar la eliminación urinaria  
 Controlar el grado de conciencia  
 Controlar el área quirúrgica, según proceda

- *(NIC) Previsiones quirúrgicas:*  
 Garantizar la documentación y comunicación de cualquier alergia  
 Inspeccionar la piel del paciente en la zona en contacto con el colchón

### Actividades auxiliares

- *(NIC) Cuidado en la postanestesia:*  
 Administrar medicación i.v. para controlar los escalofríos, según el protocolo del centro  
 Administrar antagonistas opiáceos, según proceda y según indique el protocolo del centro

P

### Otras

- *(NIC) Cuidado en la postanestesia:*  
 Retener al paciente, según proceda  
 Animar al paciente a respirar profundamente y toser
- *(NIC) Previsiones quirúrgicas:*  
 Comprobar el correcto funcionamiento del equipo  
 Contar las gasas, los bisturís y demás instrumental antes, durante y tras la intervención, según la política del centro  
 Inspeccionar la piel del paciente para detectar lesiones tras el empleo de electrocirugía

### Durante el parto

#### Valoración

- *(NIC) Monitorización electrónica fetal: durante el parto:*  
 Comprobar el pulso de la madre y del feto antes de comenzar la monitorización electrónica fetal  
 Palpar [el abdomen] para determinar la intensidad de las contracciones mediante un tocotransductor  
 Emplear una monitorización fetal intermitente o telemétrica, si está disponible, para facilitar la comodidad y movilidad de la madre  
 Aplicar electrodos fetales internos tras la rotura de las membranas, si fuera necesario, para reducir las interferencias o para evaluar la variabilidad a corto plazo  
 Aplicar una sonda de presión intrauterina tras la rotura de las membranas, si fuera necesario, para obtener datos sobre la presión de las contracciones uterinas y el sonido de reposo

### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Monitorización electrónica fetal: durante el parto:*
  - Informar a la mujer y a la/s persona/s acompañante/s acerca del motivo de la monitorización electrónica, así como acerca de la información que se obtendrá
  - Comentar las informaciones sobre el ritmo con la madre y la persona acompañante

### Actividades auxiliares

- (NIC) *Monitorización electrónica fetal: durante el parto:* informar al médico de los cambios pertinentes en el pulso fetal, las intervenciones de patrones poco tranquilizadores, la posterior respuesta fetal, el progreso del parto y la respuesta de la madre ante el parto

### Otras

- (NIC) *Monitorización electrónica fetal: durante el parto:*
  - Ajustar los monitores y mantener la nitidez del seguimiento
  - Interpretar el resultado cuando se haya realizado el seguimiento durante al menos diez minutos y se hayan obtenido señales de actividad uterina
  - Quitar los monitores electrónicos, según proceda, para permitir el movimiento y tras verificar que el seguimiento es normal (es decir, volver a comprobarlo)
  - Calibrar el equipo, según proceda, para la monitorización interna mediante un electrodo espiral o un catéter de presión intrauterina

## Restablecimiento y crecimiento

### Educación del paciente y la familia

- Ofrecer comunicación sobre los recursos comunitarios y los grupos de apoyo

### Actividades auxiliares

- Consultar a un dietista para obtener información sobre cómo mejorar la nutrición
- Consultar a los servicios sociales para identificar una fuente de asesoramiento adecuada

### Otras

- Explorar con el paciente las maneras de mejorar el sueño y el descanso
- Ayudar al paciente a lograr una gestión óptima del sueño, el descanso, la actividad y el estrés
- Comentar con el paciente/familiares las técnicas de relajación
- Ayudar al paciente y a los familiares a identificar y planificar un programa de ejercicios adecuado

### En el domicilio

- Valorar si existe abuso
- Sólo algunas de las actividades de enfermería anteriores son adecuadas para su uso en el domicilio
- Enseñar a manejar y almacenar de forma segura los alimentos, especialmente en el caso de clientes con una función inmunitaria baja

### Bebés y niños

- En el caso de lactantes prematuros y con bajo peso al nacer, conviene emplear una gasa empapada en alcohol para lavarse las manos; es necesario usar guantes para manipular al paciente
- No utilizar pomadas antibióticas tópicas de forma habitual en el caso de lactantes prematuros
- Fomentar la lactancia materna en el caso de lactantes con bajo peso al nacer

### Personas mayores

- Ayudar al cliente a adaptar un programa de ejercicios a su capacidad funcional
- Recomendar suplementos vitamínicos y minerales

R

## RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA, RETRASO EN LA

(1998, 2006)

**Definición:** extensión en el número de los días postoperatorios necesarios para empezar y realizar las actividades que mantienen la vida, la salud, y el bienestar.

### Características definatorias

Dificultades para andar

Evidencia de la interrupción en la cura de la zona operada (p. ej., rojez, dureza, drenaje, inmovilidad)

Fatiga

Informar sobre un dolor o incomodidad

Necesidad de ayuda para el cuidado personal completo

Percepción de que necesita más tiempo para recuperarse

Pérdida de apetito con o sin náuseas

Posponer la reanudación al trabajo o a las actividades del mismo

### Factores relacionados

Dolor

Esperanzas preoperatorias  
Extensión del proceso quirúrgico  
Infección postoperatoria en el lugar de la operación  
Obesidad  
Prolongación del proceso quirúrgico

### Sugerencias de uso

Las características definitorias para este diagnóstico representan otros diagnósticos de enfermería diversos: *deterioro de la integridad cutánea, riesgo de alteración de la nutrición, náuseas, trastorno de la movilidad física, fatiga, y dolor*. Si sólo están presentes una o dos de las características definitorias, utilice estos diagnósticos individuales. Si están presentes varias, debería utilizar *Retraso en la recuperación quirúrgica*.

### Otros posibles diagnósticos

Actividad, intolerancia a la  
Autocuidado, déficit del  
Dolor  
Fatiga  
Integridad cutánea, deterioro de la  
Movilidad física, trastorno de la  
Nutrición: por defecto, riesgo de alteración de la

R

### Resultados NOC

**Ambulación:** habilidad para andar de un lado a otro independientemente con o sin mecanismos de ayuda

**Autocuidado: actividades básicas de la vida diaria (ADL):** capacidad para realizar las tareas físicas más básicas y las actividades de cuidado personal de forma independiente con o sin mecanismos de ayuda

**Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas:** gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a trastornos de la movilidad física

**Curación de las heridas por primera intención:** alcance de la regeneración de células y tejidos que siguen al cierre intencionado

**Estado de recuperación después de la operación:** alcance hasta el que una persona vuelve a las funciones del estado basal que continúan el/los proceso/s que requieren anestesia o sedantes

**Gravedad de la infección:** gravedad de infecciones y síntomas asociados

**Graves sobrecargas de líquidos:** gravedad provocada por un exceso de fluidos en los compartimentos intracelulares y extracelulares del cuerpo

**Importantes hemorragias:** gravedad de sangrados o hemorragias tanto internas como externas

**Náuseas y vómitos:** intensidad de náuseas, esfuerzos para vomitar, y arcadas

**Nivel de dolor:** intensidad del dolor observado o informado

**Resistencia:** capacidad para mantener las actividades

### Objetivos/criterios de evaluación

El paciente será capaz de:

- Reconocer y arreglárselas de forma efectiva con la ansiedad relacionada con la operación
- Recuperar los niveles de energía anteriores a la operación, como demuestra la apariencia hacia los demás, la capacidad para concentrarse, y las frases en las que el agotamiento no está presente
- Recuperar la movilidad que tenía antes de la operación
- Demostrar la cura de las incisiones quirúrgicas: límites aproximativos y sin drenaje, rojez o dureza
- Sufrir resoluciones oportunas de dolor, por el avance de los analgésicos orales (fecha), y porque no requieren medicamentos dolorosos (fecha)
- Conocer todos los criterios de descarga para la fecha del fin de la estancia supuesta por su operación particular

### Intervenciones NIC

**Ayuda en el autocuidado:** ayudar a otro a realizar actividades de la vida diaria

**Control de infecciones:** reducir la adquisición y la transmisión de los agentes infecciosos

**Control de las náuseas:** prevención y mitigación de las náuseas

**Cuidado de las heridas:** prevención de complicaciones en las heridas y fomento de la cura de las mismas

**Cuidado del sitio de incisión:** purifica, controla, y fomenta la cura de una herida que está cerrada con suturas, o grapas

**Cuidado en el reposo en cama:** aumento de la comodidad y seguridad y de la prevención de complicaciones para un paciente incapaz de levantarse de la cama

**Gestión de la energía:** regular el uso de la energía para tratar o prevenir la fatiga y optimizar las funciones

**Gestión de la hipervolemia:** reducción en el volumen de líquidos extracelulares y/o intracelulares y prevención de las complicaciones en un paciente con sobrecarga de líquidos

**Gestión de la hipovolemia:** expansión del volumen de líquidos intravascular en un paciente cuyo volumen esté agotado

**Gestión de la nutrición:** ayudar con o proporcionando una dieta equilibrada del consumo de alimentos y líquidos

**Gestión de líquidos:** fomento del balance de líquidos y de la prevención de complicaciones que resulten de niveles anormales o no deseados de líquidos

**Gestión del dolor:** mitigación o reducción del dolor hasta un nivel de comodidad que sea aceptable para el paciente

**Monitorización de las constantes vitales:** recogida y análisis de los datos cardiovasculares y respiratorios, así como de la temperatura del cuerpo, para determinar y prevenir complicaciones

**Prevención del embolismo:** reducción del riesgo de una embolia en un paciente con trombos o con riesgo de formación de trombos

**Reducción de la hemorragia:** limitación de la pérdida de sangre durante un episodio de sangrado

**R**

**Terapia con ejercicio: ambulación:** fomento y asistencia al andar para mantener o restaurar las funciones automáticas y voluntarias del cuerpo durante el tratamiento y la recuperación de una enfermedad o lesión

**Terapia con ejercicio: movilidad articular:** uso de los movimientos del cuerpo activos o pasivos para mantener o restaurar la flexibilidad articular

**Tratamiento de los vómitos:** prevención y mitigación de vómitos

### Actividades de enfermería

**IMPORTANTE:** las siguientes actividades de enfermería son generales porque los diagnósticos de enfermería no están especificados. No se especifica ningún tipo particular de operaciones, y se incluyen diferentes diagnósticos de enfermería (véase el apartado sugerencias de uso de este diagnóstico)

**IMPORTANTE:** para actividades de enfermería más específicas, referirse a actividades de enfermería para los diagnósticos de enfermería *intolerancia a la actividad, fatiga, náuseas, trastorno de la movilidad, deterioro de la integridad cutánea, dolor, riesgo de alteración de la nutrición: por defecto, y déficit del autocuidado.*

### Valoración

R

- Controlar la naturaleza y la ubicación del dolor
- Ayudar a la capacidad del autocuidado del paciente (p. ej., considerar la movilidad, sedantes, y el nivel de conciencia)
- *(NIC) Vigilancia:*
  - Seleccionar los indicios apropiados del paciente para controlar el desarrollo, basándose en la enfermedad del paciente
  - Establecer la frecuencia de la recolección e interpretación de datos, como indicación del estado del paciente
  - Controlar el estado neurológico
  - Controlar los signos vitales, como es apropiado
  - Controlar los signos y síntomas del desequilibrio de líquidos y electrolitos
  - Controlar la fusión de tejidos, como proceda
  - Controlar las infecciones, como proceda
  - Controlar el estado nutricional, como proceda
  - Controlar la función gastrointestinal, como proceda
  - Controlar los patrones de eliminación, como proceda
  - Controlar las tendencias de sangrado en pacientes con alto riesgo de ellas
  - Observar el tipo y la cantidad de drenaje para trompas y orificios y avisar al médico de cambios significativos
- *(NIC) Gestión de la energía:*
  - Controlar la respuesta cardiorespiratoria a las actividades (p. ej., taquicardia, otras disritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas, y frecuencia respiratoria)
  - Controlar o apuntar los modelos de sueño del paciente y el número de horas que duerme

- (NIC) *Gestión de la nutrición*: determinar las preferencias alimentarias del paciente
- (NIC) *Cuidado de las heridas*: examinar la herida cada cambio de vendaje

### Educación del paciente

- (NIC) *Cuidado del sitio de incisión*:  
Enseñar al paciente cómo reducir el estrés en el sitio de incisión

### Actividades auxiliares

- (NIC) *Gestión de la nutrición*: determinar, en colaboración con nutricionistas, si el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para encontrar requisitos nutritivos son apropiados
- (NIC) *Vigilancia*:  
Analizar las órdenes del médico en conjunción con el estado del paciente para asegurar la seguridad del paciente  
Obtener la consulta del trabajador del centro de salud apropiado para iniciar un tratamiento nuevo o para cambiar los tratamientos existentes

R

### Otras

- Asegurar que el paciente reciba los cuidados analgésicos apropiados
- Considerar las influencias culturales en las respuestas al dolor
- Reducir o eliminar los factores que precipitan o aumentan el dolor que sufre (p. ej., miedo, fatiga, monotonía, y pérdida de conocimiento)
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea completamente capaz de asumir su propio cuidado
- Animarle a que sea independiente pero intervenir cuando el paciente no sea capaz de realizar algunas actividades
- Comparar su estado actual con su estado anterior para detectar la mejora o el deterioro en la situación del paciente
- Administrar el nivel de cuidado i.v., cuando proceda
- (NIC) *Gestión de la energía*:  
Determinar qué y cuanta actividad es necesaria para construir su resistencia  
Usar una escala de movimiento pasivo y activo para liberar la tensión de los músculos  
Evitar las actividades de cuidado durante los periodos programados de descanso
- (NIC) *Cuidado de las heridas*:  
Proporcionar cuidado en el lugar de la incisión, si es necesario  
Reforzar el vendaje si es necesario  
Cambiar el vendaje según la cantidad de líquido y drenaje  
Posicionar evitando colocar la tensión en la herida, cuando sea necesario

### En el domicilio

- (NIC) *Gestión de la energía*: enseñar al paciente y a las personas importantes técnicas de cuidado personal que disminuirán el consumo de oxígeno (p. ej., autocontrol y técnicas para andar para la realización de las actividades de la vida diaria)
- (NIC) *Cuidado de las heridas*:  
Enseñar al paciente cómo tener cuidado con la incisión mientras se baña o se ducha  
Enseñar al paciente y a la familia cómo cuidar la incisión, incluyendo los signos y los síntomas de la infección

### Bebés y niños

- Usar distracciones que alivien el dolor

### Personas mayores

- Controlar los cambios en la temperatura basal del paciente; las personas mayores podrían tener una temperatura corporal anormal
- Mantener al paciente bien tapado, utilizar mantas calientes, y no administrar líquidos fríos

R

## RÉGIMEN TERAPÉUTICO DE LA COMUNIDAD, MANEJO INEFICAZ DEL

(1994)

**Definición:** modelo de regulación e integración dentro de programas de procedimientos comunitarios para el tratamiento de enfermedades y de las secuelas producidas por éstas que no son satisfactorias para realizar los objetivos relacionados con la salud.

### Características definatorias

Aceleración inesperada de la/s enfermedad/es  
Déficits de defensores para los agregados  
Déficits en las actividades de la comunidad para la prevención  
Recursos sanitarios insuficientes (p. ej., personal, programas)  
Recursos sanitarios no disponibles para el cuidado de enfermedades  
Síntomas de enfermedades por encima de la norma esperada para la población

### Factores relacionados

Pendientes de desarrollo por la NANDA internacional

### Factores relacionados (no NANDA internacional)

Comunicación inefectiva entre los subgrupos y la comunidad  
Falta de programas comunitarios para la prevención de enfermedades, dejar de fumar, el abuso de alcohol, y así sucesivamente  
Fracaso de la comunidad y de los subgrupos en las valoraciones personales  
Fracaso de la sociedad para valorar las políticas gubernamentales de la comunidad y los subgrupos  
Necesidades complejas de la población  
Políticas gubernamentales

### Sugerencias de uso

Este diagnóstico es apropiado para una comunidad en la que uno o más grupos resultan perjudicados, quizá debido a la insuficiencia de recursos, a la mala gestión de los recursos disponibles, la exposición a factores de riesgo tales como agentes químicos tóxicos, etc. Este diagnóstico está enfocado más de cerca en el reparto de los cuidados sanitarios que en el *afrentamiento comunitario ineficaz*, que describe la adaptación general y los procesos para solucionar problemas de la comunidad.

R

### Otros posibles diagnósticos

Afrentamiento comunitario ineficaz

### Resultados NOC

**Competencia comunitaria:** capacidad de una comunidad en la solución colectiva los problemas para conseguir los objetivos comunitarios

**Control comunitario del riesgo: enfermedad crónica:** acciones comunitarias para reducir el riesgo de las enfermedades crónicas y las complicaciones relacionadas

**Control comunitario del riesgo: enfermedad transmisible:** acciones comunitarias para eliminar o reducir la difusión de los agentes infecciosos que amenazan la salud pública

**Control comunitario del riesgo: exposición al plomo:** acciones comunitarias para reducir la exposición al plomo y el envenenamiento

**Estado de salud comunitaria:** estado general o bienestar de una comunidad o población

**Salud comunitaria: inmunidad:** resistencia de los miembros de la comunidad para la invasión y difusión de los agentes infecciosos que podrían amenazar la salud pública

### Objetivos/criterios de evaluación

La comunidad será capaz de:

- Asignar recursos para la prevención y el cuidado de enfermedades
- Conseguir defensores de la atención en salud que sean responsables del cuidado de la salud de los agregados específicos
- Desarrollar planes para la prevención y el tratamiento de las enfermedades

- Experimentar una tendencia en los síntomas de la enfermedad con respecto a la norma para dicha enfermedad
- Identificar los factores que afectan a la capacidad de la comunidad para afrontar las necesidades sanitarias de los agregados específicos
- Identificar los recursos necesarios

### Intervenciones NIC

**Control de la política sanitaria:** vigilancia e influencia del gobierno y de la organización de las regulaciones, normas, y de los valores modales que afectan a los sistemas de enfermería y costumbres para asegurar la calidad en el cuidado de los pacientes

**Control de las enfermedades contagiosas:** trabajar con una comunidad para reducir y gestionar la frecuencia y el predominio de las enfermedades contagiosas en una población específica

**Desarrollo de la salud comunitaria:** ayudar a los miembros de una comunidad para identificar las preocupaciones sobre la salud de una comunidad, movilizar los recursos, y poner en práctica las soluciones

**Educación sanitaria:** desarrollar y proporcionar instrucciones y experiencias de aprendizaje para facilitar la adaptación voluntaria del comportamiento que conduce a la salud individual de las familias, grupos o comunidades

R

**Fomento del desarrollo:** planificar, aplicar y evaluar un grupo de actividades coordinadas diseñadas para aumentar el bienestar, o para prevenir, reducir, o eliminar uno o más problemas de salud de un grupo o comunidad

**Gestión del entorno: comunidad:** control e influencias de las condiciones físicas, sociales, culturales, económicas y políticas que afectan la salud de los grupos y comunidades

**Inmunización/administración de vacunas:** control del estado inmunitario, facilitando el acceso a inmunizadores, y proporcionándolos para prevenir enfermedades transmisibles

**Protección de riesgos medioambientales:** prevenir y detectar enfermedades y daños en poblaciones en riesgo de peligros medioambientales

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- *(NIC) Gestión del entorno: comunidad:*
  - Iniciar la exploración de los riesgos sanitarios desde el entorno
  - Controlar el estado de los riesgos sanitarios conocidos
- *(NIC) Control de la política sanitaria:* valorar las implicaciones y los requisitos de las políticas propuestas y de los valores morales para la calidad en el cuidado de los pacientes

#### Educación

- *(NIC) Gestión del entorno: comunidad:* conducir programas educativos fijados como meta destinados a los grupos en riesgo
- *(NIC) Control de la política sanitaria:* conocer a los creadores de las políticas

con implicaciones políticas actuales y propuestas y de los valores morales para el bienestar del paciente

- (NIC) *Fomento del desarrollo*: educar a los miembros del grupo de planificación con respecto a el proceso de planificación, si es necesario

### Actividades auxiliares

- (NIC) *Gestión del entorno: comunidad*:
  - Participar en equipos multidisciplinarios para identificar las amenazas para la seguridad de la comunidad
  - Colaborar en el desarrollo de los programas de acción de la comunidades
  - Coordinar los servicios para los grupos y comunidades en riesgo
  - Trabajar con grupos del entorno para asegurar las regulaciones gubernamentales apropiadas

### Otras

- Promover las políticas gubernamentales para reducir los riesgos especificados
- (NIC) *Control de la política sanitaria*:
  - Revisar las políticas y los valores morales propuestos en la publicidad organizativa, profesional y gubernamental y en los medios populares
  - Identificar y resolver las discrepancias entre las políticas sanitarias y los valores morales y la practica actual de enfermería
  - Presionar a los que crean las políticas para que hagan cambios en las políticas sanitarias y en los valores morales para beneficiar a los pacientes
  - Testificar en foros organizativos, profesionales y públicos para influir en la formulación de políticas sanitarias y valores morales que beneficien a los pacientes
  - Ayudar a los consumidores de la sanidad para que estén informados de los cambios actuales y propuestos en las políticas de salud y en los valores morales y las implicaciones en los resultados sanitarios
- (NIC) *Gestión del entorno: comunidad*: animar a los vecindarios a que se conviertan en participantes activos en la seguridad de la comunidad
- (NIC) *Fomento del desarrollo*:
  - Ayudar al grupo o a la comunidad a identificar las necesidades o problemas sanitarios más importantes
  - Convocar un grupo de trabajo, incluyendo a los miembros de la comunidad apropiados, para examinar la necesidad o el problema prioritario
  - Describir métodos, actividades, y un periodo para su implantación
  - Desarrollar metas y objetivos para dirigir la/s necesidad/es o problema/s
  - Obtener la aceptación para el programa por el grupo diana, los proveedores y los grupos relacionados
  - Planear la evaluación del programa
  - Valorar la relevancia, la eficiencia, y la efectividad con relación al coste del programa
  - Modificar y perfeccionar el programa

---

## RÉGIMEN TERAPÉUTICO FAMILIAR, MANEJO INEFICAZ DEL

(1994)

**Definición:** modelo de regulación e integración dentro del procedimiento familiar de un programa para el tratamiento de una enfermedad y de las secuelas de la misma que resultan insatisfactorias para afrontar los objetivos sanitarios específicos.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Expresar el deseo de gestionar las enfermedades (y prevenir las secuelas)

Expresar las dificultades con el régimen terapéutico

#### Objetivas

Aceleración (esperada o inesperada) de los síntomas de la enfermedad de un miembro de la familia

Actividades familiares inapropiadas para afrontar los objetivos sanitarios

Falta de atención de la enfermedad (y de sus secuelas)

R

Fracaso al intentar reducir los factores de riesgo

### Factores relacionados

Complejidad del régimen terapéutico

Complejidad del sistema de asistencia sanitaria

Conflicto familiar

Conflictos en la toma de decisiones

Demandas excesivas del paciente o la familia

Dificultades económicas

### Sugerencias de uso

Utilice este diagnóstico para familias que estén motivadas a seguir un régimen terapéutico pero que tengan dificultades para hacerlo. Esto no es apropiado para las familias que no estén interesadas en adherirse al programa de tratamiento. Este diagnóstico está enfocado de forma más restringida que *alteración de los procesos familiares o afrontamiento familiar ineficaz*, los cuales incluyen problemas que no sean los de gestionar el programa del tratamiento familiar. Es difícil diferenciar esta etiqueta desde *manejo ineficaz del régimen terapéutico*, ya que las personas son normalmente una parte de la familia.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante

Mantenimiento de la salud, alteración en el

Procesos familiares, alteración de los

Régimen terapéutico: personal, manejo ineficaz del

## Resultados NOC

**Afrontamiento familiar:** acciones de la familia para gestionar los agentes estresantes que ponen a prueba los recursos familiares

**Conocimiento: régimen terapéutico:** grado de comprensión expresado sobre un régimen terapéutico específico

**Funcionamiento de la familia:** capacidad del sistema familiar para afrontar las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo

**Integridad de la familia:** capacidad del sistema familiar para adaptarse satisfactoriamente y funcionar competentemente tras sufrir adversidades y crisis importantes

**Normalización de la familia:** capacidad del sistema familiar para mantener la rutina y desarrollar estrategias para un funcionamiento óptimo cuando un miembro tiene una enfermedad o minusvalía crónica

**Participación familiar en los cuidados profesionales:** implicación de la familia en la toma de decisiones, en el planteamiento, y en la evaluación del cuidado proporcionado por el personal sanitario

## Objetivos/criterios de evaluación

La familia será capaz de:

- Indicar el deseo de gestionar el régimen o el programa terapéutico
- Identificar los factores que interfieren con la adhesión a los regímenes terapéuticos
- Ajustar actividades habituales si es necesario para incorporar los programas de tratamiento para los miembros de la familia (p. ej., dieta, actividades escolares)
- Experimentar una disminución de los síntomas de la enfermedad entre los miembros de la familia

R

## Intervenciones NIC

**Apoyo en la toma de decisiones:** proporcionar información y apoyo a un paciente que esté tomando una decisión en relación con una asistencia sanitaria

**Enseñanza: procedimiento/tratamiento:** preparar al paciente para que entienda y se prepare mentalmente para un proceso o tratamiento prescrito

**Enseñanza: proceso de enfermedad:** ayudar al paciente a que entienda la información relacionada con un proceso específico de una enfermedad

**Implicación familiar:** facilitar la participación familiar en el cuidado emocional y físico del paciente

**Mantenimiento de los procesos familiares:** disminución de la alteración en los efectos del proceso familiar

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar al paciente a que se adapte a los agentes estresantes observados, a los cambios, o a las amenazas que interfieran con el afrontamiento de las demandas y desarrollos de la vida

**Movilización familiar:** utilización de las fuerzas de la familia para influenciar la salud del paciente en una dirección positiva

**Orientación sobre el sistema sanitario:** facilitación de la situación del paciente y uso de los servicios sanitarios apropiados

**Promoción de la integridad familiar:** promoción de la cohesión y la unidad familiar

**Promoción de la normalización:** ayudar a los padres y a otros familiares con niños que padezcan enfermedades o minusvalías crónicas, proporcionándoles experiencias de una vida normal para sus niños y familias

**Promoción del acercamiento:** ayudar a las personas, familiares, y comunidades en el desarrollo, uso, y fortalecimiento de los factores de protección para que los utilicen para enfrentarse a los estresantes del entorno y de la sociedad

### Actividades de enfermería

Véase también actividades de enfermería para manejo ineficaz del régimen terapéutico personal, en las págs. 612-613

#### Valoración

- Valorar el estado actual del afrontamiento y procesamiento familiar
- Valorar los niveles familiares de comprensión de una enfermedad, las complicaciones, y los tratamientos recomendados
- Valorar la disposición de los miembros de la familia para el aprendizaje
- Identificar las influencias culturales de la familia y las creencias sanitarias
- *(NIC) Implicación familiar:*
  - Identificar las capacidades de los familiares para implicarse en el cuidado del paciente
  - Determinar las fuentes físicas, emocionales, y educacionales del cuidador de atención primaria
  - Controlar la estructura y el papel familiar
  - Identificar las esperanzas de los familiares para el paciente
  - Determinar el nivel de la dependencia del paciente en su familia, cuando sea necesario, dependiendo de la edad o enfermedad
  - Identificar y respetar los mecanismos de afrontamiento usados por los familiares

#### Educación del paciente y la familia

- Enseñar cómo gestionar el tiempo familiar y organizar las habilidades
- Proporcionar cuidadores con las capacidades necesarias para la terapia del paciente
- Enseñar estrategias para el mantenimiento y la restauración de la salud del paciente
- Enseñar estrategias para el cuidado de un paciente agonizante
- *(NIC) Implicación familiar:* facilitar la comprensión de los aspectos médicos de la condición del paciente a los familiares

#### Actividades auxiliares

- Ayudar a la familia a identificar las fuentes sanitarias de la comunidad
- Darle a conocer a la familia grupos de apoyo familiares

### Otras

- Implicar a la familia en la discusión sobre las fuerzas y recursos
- Ayudar al paciente y a su familia a establecer objetivos realistas
- Ayudar a los familiares a planear y poner en práctica las terapias del paciente y los cambios en el estilo de vida
- Apoyar el mantenimiento de las rutinas y rituales familiares en el hospital (p. ej., comer juntos en un lugar privado, conversaciones familiares)
- Hablar sobre los planes familiares para el cuidado del niño cuando los padres deban ausentarse
- Planificar las actividades de los cuidados en casa para disminuir la alteración de la rutina familiar
- (NIC) *Implicación familiar:*
  - Animar a que los familiares cuiden al paciente durante su hospitalización o estancia en un lugar de cuidado durante un periodo largo
  - Animar a que los familiares mantengan las relaciones familiares, cuando sea necesario
  - Animar a que los familiares y el paciente sean firmes en sus interrelaciones con los profesionales del servicio sanitario
  - Identificar con los familiares las dificultades de afrontamiento, las fuerzas y las capacidades del paciente

R

### En el domicilio

- Las actividades anteriores pueden usarse o adaptarse para ser utilizadas en el domicilio

---

## RÉGIMEN TERAPÉUTICO: PERSONAL, MANEJO EFICAZ DEL

(1994)

**Definición:** modelo de regulación e integración dentro de la vida diaria de un programa para el tratamiento de enfermedades y sus secuelas que sea satisfactorio para afrontar los objetivos sanitarios específicos.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Expresar el deseo para gestionar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas

Expresar la intención de reducir los factores de riesgo de la evolución de la enfermedad y de las secuelas

### Objetivos

Elecciones apropiadas de las actividades diarias para afrontar los objetivos de un programa de tratamiento o prevención

Los síntomas de la enfermedad están dentro de un rango normal de expectación/expectativa

### Factores relacionados

Por desarrollar

### Sugerencias de uso

Este diagnóstico no necesita incluir factores relacionados ya que es un diagnóstico benigno. La definición es casi, pero no lo suficiente, idéntica a *disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico*, y las características definitorias son ligeramente diferentes. Utilice *disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico* si el modelo puede mejorarse; utilice *manejo eficaz del régimen terapéutico: personal* cuando el modelo sea satisfactorio y no anticipe que éste puede mejorar. Aunque NANDA internacional incluye a ambos en su taxonomía, parece probable que haya una gran coincidencia en las situaciones en las que se pueden utilizar.

## R Otros posibles diagnósticos

Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico

### Resultados NOC

**Conducta de adhesión:** acciones iniciadas por uno mismo para promover el bienestar, la recuperación, y la rehabilitación

**Conducta de cumplimiento:** acciones personales para promover el bienestar, la recuperación y la rehabilitación basándose en consejos profesionales

**Conducta terapéutica: enfermedad o lesión:** acciones personales para paliar o eliminar la patología

**Conocimiento: régimen terapéutico:** grado de comprensión expresado sobre un régimen terapéutico específico

**Control de los síntomas:** acciones personales para minimizar los cambios adversos observados en el funcionamiento físico y emocional

**Control del riesgo:** acciones personales para prevenir, eliminar, o reducir las amenazas de salud modificables

**Participación familiar en los cuidados profesionales:** implicación de la familia en la toma de decisiones, el parto, y la evaluación del cuidado proporcionado por el personal sanitario

**Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria:** implicación personal en la selección y evaluación de las opciones sanitarias para conseguir los resultados deseados

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **conducta de adhesión**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, o habitualmente):

Utiliza la información relacionada con la sanidad para desarrollar estrategia sanitarias

Facilita fundamentos para adoptar un régimen sanitario

Describe fundamentos para desviarse de un régimen sanitario recomendado

Realiza un autocontrol del estado sanitario

- Presenta **participación: decisiones sobre asistencia sanitaria**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, o habitualmente): valora la satisfacción con los resultados de los cuidados sanitarios
- Presenta **control del riesgo**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, o habitualmente):
  - Controla los factores de riesgo en el entorno y en el comportamiento personal
  - Participa en la exploración para problemas de salud asociados e identifica los riesgos

### Otros ejemplos

R

El paciente será capaz de:

- Describir y seguir regímenes de salud prescritos (p. ej., dieta, ejercicio)
- Cambiar o modificar el régimen de salud como si estuviese dirigido por un sanitario
- Informar sobre el control de los síntomas

### Intervenciones NIC

**Apoyo en la toma de decisiones:** proporcionar información y apoyo al paciente que esté tomando una decisión en relación a la asistencia sanitaria

**Ayudar al autocambio:** refuerzo del cambio en la autodirección iniciado por el paciente para conseguir por el mismo objetivos importantes

**Control de la política sanitaria:** facilitar la situación del paciente y utilizar los servicios sanitarios apropiados

**Educación sanitaria:** desarrollar y proporcionar instrucciones y experiencias de aprendizaje para facilitar la adaptación voluntaria del comportamiento conducente a la salud personal, familiar, grupal o comunitaria

**Enseñanza: procedimiento/tratamiento:** preparar al paciente para que entienda y se prepare mentalmente para un proceso o tratamiento prescrito

**Fijar objetivos conjuntos:** colaborar con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de asistencia, después desarrollar un plan para conseguir esos objetivos

**Guía anticipatoria:** preparar al paciente para una crisis anticipada del desarrollo o situacional

**Identificación de riesgos:** analizar los factores de riesgo potencial, la determinación de los riesgos de salud, y dar prioridad a las estrategias de reducción de riesgos para una persona o un grupo

**Implicación familiar:** facilitar la participación familiar en el cuidado emocional y físico del paciente

**Pactar con el paciente:** negociar un acuerdo con el paciente que refuerce un cambio específico en el comportamiento

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Valorar el conocimiento del paciente sobre el fomento de la salud y la prevención de enfermedades
- Identificar los métodos habituales del paciente para afrontar y solucionar problemas

### Educación del paciente y la familia

- Ayudar al paciente para planear el futuro proporcionándole información sobre las fases habituales de su enfermedad
- Enseñar técnicas para controlar el estrés

#### R

- *(NIC) Control de la política sanitaria:*

Explicar el sistema sanitario más cercano, cómo funciona, y qué puede esperar el paciente y la familia

Informar al paciente de la acreditación y requisitos del departamento de salud estatal para juzgar la calidad de un servicio

Dar instrucciones escritas para un propósito o localización de las actividades de atención sanitaria, cuando sea apropiado

Informar al paciente cómo acceder a los servicios de emergencia por teléfono y por automóvil, cuando sea necesario

### Actividades auxiliares

- Ofrecer información sobre los recursos de la comunidad específicos para los objetivos sanitarios del paciente (p. ej., grupos de apoyo)
- *(NIC) Control de la política sanitaria:* identificar y facilitar la comunicación entre el personal sanitario y el paciente y su familia, cuando sea necesario

### Otras

- Ayudar al paciente a identificar y prepararse para los próximos hitos del desarrollo, cambio de roles, o crisis situacionales
- Ayudar al paciente a identificar los obstáculos situacionales que interfieren con la adherencia a regímenes terapéuticos
- Planificarse para visitar al paciente durante sus estrategias de desarrollo o durante sus periodos situacionales
- *(NIC) Control de la política sanitaria:* animar al paciente y a su familia a que pregunten sobre los servicios y tarifas

## RÉGIMEN TERAPÉUTICO: PERSONAL, MANEJO INEFICAZ DEL

(1992)

**Definición:** modelo de regulación e integración dentro de la vida diaria de un programa para el tratamiento de una enfermedad y sus secuelas que resulta insatisfactorio para afrontar objetivos de salud específicos.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Expresar el deseo de gestionar la enfermedad

Expresar las dificultades con los regímenes prescritos

#### Objetivas

Fracasar al incluir regímenes de tratamiento en la rutina diaria

Fracasar al intentar reducir los factores de riesgo

Hacer elecciones ineficaces en la vida diaria para afrontar los objetivos sanitarios

R

### Factores relacionados

Beneficios observados

Complejidad del régimen terapéutico

Complejidad del sistema de cuidados sanitarios

Conflictos en la toma de decisiones

Conflictos familiares

Déficits en el apoyo social

Déficits en el conocimiento

Desconfianza en el régimen o en el personal sanitario

Dificultades económicas

Excesivas demandas (p. ej., personales, familiares)

Gravedades observadas

Impotencia

Modelos familiares de los cuidados sanitarios

Número y tipos inadecuados sobre las sugerencias a emprender

Obstáculos observados

Susceptibilidad observada

### Sugerencias de uso

Utilice este diagnóstico para pacientes que deseen seguir un régimen terapéutico y estén motivados a hacerlo pero a la vez tengan dificultades para ello. Por ejemplo, este diagnóstico es apropiado para pacientes que estén intentando perder peso y tengan la información necesaria pero les resulte difícil seguir una dieta baja en calorías porque su negocio requiera que coma fuera a menudo. Esto no es apropiado para un paciente obeso que no esté interesado en hacer una dieta o en perder peso.

### Otros posibles diagnósticos

Conductas de riesgo para la salud, tendencia a adoptar  
Incumplimiento, del tratamiento (especificar)  
Mantenimiento de la salud, alteración en el  
Negación ineficaz

### Resultados NOC

**Aclaramiento de las toxinas sistémicas: diálisis:** aclaramiento de las toxinas del cuerpo con diálisis peritoneal o hemodiálisis

**Autocuidado: medicación no parenteral:** capacidad para administrar medicamentos orales o tópicos para alcanzar los objetivos terapéuticos de forma independiente con o sin mecanismos de ayuda

**Autocuidado: medicación parenteral:** capacidad para administrar medicamentos parentales para alcanzar los objetivos terapéuticos de forma independiente con o sin mecanismos de ayuda

**Conducta de cumplimiento:** acciones personales para promover el bienestar, la recuperación, y la rehabilitación basándose en los consejos profesionales

R

**Conducta terapéutica: enfermedad o lesión:** acciones personales para paliar o eliminar patologías

**Conocimiento: dieta:** grado de comprensión expresado sobre una dieta recomendada

**Conocimiento: régimen terapéutico:** grado de comprensión expresado sobre un régimen terapéutico específico

**Control de la diabetes:** acciones personales para controlar la diabetes *mellitus* y prevenir el desarrollo de la enfermedad

**Control de la glucosa sanguínea:** grado al que los niveles de glucosa en plasma y en la orina se mantienen en un rango normal

**Control del síntoma:** acciones personales para minimizar los cambios adversos observados en el funcionamiento físico y emocional.

**Gestión de las enfermedades cardíacas:** acciones personales para gestionar las enfermedades del corazón y prevenir su evolución

**Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria:** implicación personal en la selección y evaluación de las opciones sobre asistencia sanitaria para conseguir los resultados deseados

**Respuesta a la medicación:** efectos terapéuticos y adversos de una medicación prescrita

### Objetivos/criterios de evaluación

Referirse a los objetivos/criterios de evaluación para manejo efectivo del régimen terapéutico personal, en las págs. 606-607.

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Desarrollar y seguir un plan para conseguir un régimen terapéutico

- Identificar los obstáculos que interfieran con la adherencia al régimen terapéutico
- Evitar conductas que conlleven un riesgo
- Reconocer e informar de los síntomas de cambios en el estado de la enfermedad
- Utilizar herramientas y mecanismos terapéuticos correctamente

## Intervenciones NIC

**Apoyo en la toma de decisiones:** proporcionar información y apoyo a un paciente que esté tomando decisiones sobre los cuidados sanitarios

**Ayuda al autocambio:** reforzar los cambios autodirigidos que ya ha iniciado el paciente para conseguir objetivos personales importantes

**Ayuda en el autocuidado:** ayudar a otro a realizar actividades de la vida diaria

**Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito:** preparar al paciente para que consiga y/o mantenga un nivel de actividad prescrito

**Enseñanza: dieta prescrita:** preparar al paciente para que siga correctamente la dieta prescrita

**Enseñanza: individual:** planear, aplicar, y evaluar los programas de enseñanza diseñados para dirigirse a las necesidades particulares del paciente

**Enseñanza: medicamentos prescritos:** preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y controle sus efectos

**Enseñanza: proceso de enfermedad:** ayudar al paciente a que entienda la información relacionada con un proceso específico de la enfermedad

**Facilitar la autorresponsabilidad:** animar al paciente a que asuma más responsabilidad sobre su propio comportamiento

**Fijar objetivos conjuntos:** colaborar con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidado; después desarrollar un plan para conseguir estos objetivos

**Gestión de la hiperglucemia:** prevenir y tratar de los niveles elevados de glucosa en sangre

**Gestión de la hipoglucemia:** prevenir y tratar los niveles bajos de glucosa en sangre

**Modificación de la conducta:** mejora de un cambio de conducta

**Orientación sobre el sistema sanitario:** facilitar la situación del paciente y el uso de servicios sanitarios apropiados

**Pactar con el enfermo:** negociar un acuerdo con el enfermo que refuerce un cambio específico de comportamiento

**Prevención cardíaca:** prevención de un episodio grave del funcionamiento cardíaco dañado disminuyendo el consumo de oxígeno en el miocardio o aumentando el aporte de oxígeno al miocardio

**Terapia de diálisis peritoneal:** administración y control de la solución de la diálisis dentro y fuera de la cavidad peritoneal

**Terapia de hemodiálisis:** control del conducto extracorpóreo de la sangre del paciente a través de un dializador

**Terapia de hemofiltración:** limpiar la sangre del paciente enfermo a través de un hemofiltro controlado por la presión hidrostática del paciente

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Valorar el nivel de comprensión del paciente sobre la enfermedad, las complicaciones y los tratamientos recomendados, para determinar sus fallos de conocimiento
- Entrevistar al paciente y a su familia para determinar las áreas problemáticas en la integración del régimen del tratamiento dentro de su estilo de vida
- (NIC) *Ayuda al autocambio:*
  - Evaluar las razones del paciente para querer cambiar
  - Evaluar los conocimientos actuales y el nivel de las capacidades del paciente en las relaciones por el deseo de cambiar
  - Evaluar el entorno social y físico del paciente para el alcance del apoyo de los comportamientos deseados

### Educación del paciente y la familia

- Identificar los tratamientos esenciales
- Ofrecer información sobre los recursos de la comunidad específicos a los objetivos sanitarios del paciente (p. ej., grupos de apoyo)
- Ayudar al paciente a que identifique los obstáculos situacionales que interfieren con la adherencia a los regímenes terapéuticos
- Proporcionar información sobre la enfermedad, las complicaciones y los tratamientos recomendados
- (NIC) *Ayuda al autocambio:* enseñar al paciente cómo moverse desde el refuerzo continuo hasta el refuerzo intermitente

### Actividades auxiliares

- Colaborar con otros trabajadores de la asistencia sanitaria para determinar cómo modificar el régimen terapéutico sin poner en peligro la salud del paciente

### Otras

- Ayudar al paciente a desarrollar planes realistas para conseguir una adherencia al régimen terapéutico. El plan debería incluir lo siguiente:
  - Identificación de las modificaciones o adaptaciones en las actividades de la vida diaria
  - Identificación de los sistemas de apoyo para conseguir los objetivos terapéuticos
  - Identificación de las acciones que el paciente y su familia quieren adoptar (p. ej., cambios en la dieta, modificación del ejercicio, cambios en los patrones de sueño, horarios de la medicación y tratamiento, modificación de la actividad sexual, cambios en sus funciones)
- Proporcionar entrenamiento y apoyo para motivar la adherencia continua del paciente a la terapia
- (NIC) *Ayuda al autocambio:*

Ayudar al paciente a que identifique un objetivo específico para cambiar  
 Ayudar al paciente a que identifique los comportamientos que quiere lograr, necesarios para cambiar y conseguir los objetivos deseados  
 Examinar con el paciente posibles obstáculos para el cambio de comportamiento  
 Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para los cambios de comportamiento  
 Animar al paciente a que identifique, de forma apropiada, refuerzos y recompensas que merezcan la pena  
 Fomentar los movimientos hacia una confianza primaria en el autorreuerzo contra las recompensas familiares o de los enfermeros  
 Ayudar al paciente a que identifique las circunstancias o situaciones en las que aparece la conducta (p. ej., dándole sugerencias, consejos)  
 Explicarle al paciente la importancia del autocontrol en los intentos para cambiar de conducta

### En el domicilio

- Las actividades anteriores se pueden emplear o adaptar para ser utilizadas en el domicilio
- Ayudar al paciente o la familia a encontrar la manera de integrar el régimen terapéutico dentro de las actividades de la vida diaria

R

## RELIGIOSIDAD, DETERIORO DE LA

(2004)

**Definición:** disminución de la capacidad de confiar en las creencias o participar en los rituales de una determinada tradición religiosa.\*

### Características definitorias

#### Subjetivas

Dificultades para adherirse a las creencias y rituales correspondientes a una religión (p. ej., ceremonias religiosas, normas de la dieta, vestimenta, oraciones, culto o servicios religiosos, comportamientos religiosos privados, medios o material religioso para leer, cumplimiento de las festividades, reuniones con los líderes religiosos)

Expresa la necesidad de volver a adherirse a las antiguas costumbres

Expresa la necesidad de volver a entrar en contacto con los antiguos patrones de creencias

\*El comité de desarrollo de diagnósticos (*Diagnosis Development Committee*) reconoce que el término "religiosidad" puede ser cultural; sin embargo, el término es útil en EE.UU. y cuenta con un amplio apoyo documental en dicho país.

Indica problemas emocionales debido a la separación de la comunidad religiosa

Se cuestiona las costumbres religiosas

Se cuestiona los patrones de creencias religiosas

## Factores relacionados

### *Situacionales y de desarrollo*

Crisis de la vejez

Envejecimiento

Transiciones vitales

### *Espirituales*

Crisis espiritual

Sufrimiento

### *Físicos*

Dolor

Enfermedad

### *Psicológicos*

Afrontamiento ineficaz

Ansiedad

Apoyo ineficaz

Crisis personal

Empleo de la religión para manipular

Falta de seguridad

Miedo a la muerte

### *Socioculturales*

Barreras ambientales para la práctica religiosa

Barreras culturales para la práctica religiosa

Falta de integración social

Falta de interacción sociocultural

## Sugerencias de uso

Basado en la definición de la NANDA, este diagnóstico es apropiado cuando algo bloquea la capacidad del paciente para participar en las prácticas religiosas. Por ejemplo, si un paciente que permanece en su domicilio no puede asistir a los servicios religiosos en la iglesia, el/la enfermero/a puede ayudarle a conseguir un transporte. Si la barrera no se puede sortear, emplee el diagnóstico *sufrimiento espiritual*.

## Otros posibles diagnósticos

Religiosidad, riesgo de deterioro de la

Sufrimiento espiritual

Sufrimiento espiritual, riesgo de

## Resultados NOC

**Bienestar espiritual:** conexión con uno mismo, con otros, con un poder

supremo, con la vida, con la naturaleza y con el universo que trasciende y fortalece a la persona

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **bienestar espiritual**, como evidencian los indicadores siguientes (especifique del 1 al 5: comprometido en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente o en absoluto):
  - Capacidad para rezar
  - Capacidad para participar en el culto
  - Participación en viajes y ritos religiosos
  - Interacción con los líderes religiosos
  - Calidad de la fe

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Expresar que siente el significado y el propósito de la vida
- Participar en ritos religiosos, como el canto y la música
- Indicar que lee documentos religiosos
- Expresar que siente una conexión con su propio ser y con los demás

R

## Intervenciones NIC

**Apoyo espiritual:** ayuda al paciente para alcanzar el equilibrio y la conexión con una fuerza superior

**Clarificación de valores:** asistencia a otra persona para clarificar sus propios valores con el fin de permitirle tomar una decisión de manera eficaz

**Facilitación del crecimiento espiritual:** facilitación del crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, conectar y referirse al origen del significado, la finalidad, el bienestar, la fuerza y la esperanza vitales

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Valorar los obstáculos para las prácticas religiosas (p. ej., limitaciones debidas a procesos de la enfermedad, falta de transporte)
- Valorar si el cliente desea participar en los ritos y servicios religiosos
- Emplear las herramientas establecidas para valorar el bienestar espiritual

### Educación del paciente y la familia

- Informar al paciente y/o a los familiares acerca de los recursos religiosos disponibles en el centro
- Informar al paciente acerca de los artículos y publicaciones religiosas disponibles en Braille, en impresión con letra grande o en formato audio

### Actividades auxiliares

- Remitir al paciente al capellán, pastor u otro asesor espiritual

- Obtener la autorización médica para permitir al paciente el ayuno si éste lo desea

#### Otras

- *(NIC) Facilitación del crecimiento espiritual:*
  - Ofrecer apoyo individual o en grupo para la oración, según proceda
  - Ayudar al paciente a analizar sus creencias en cuanto a la sanación del cuerpo, la mente y el espíritu
- Compartir las propias creencias y perspectivas religiosas, según proceda
- Rezar con el paciente si éste lo solicita
- Emplear una comunicación terapéutica para fomentar la confianza
- Demostrar empatía y aceptación
- Facilitar la realización de ritos religiosos por parte del paciente (p. ej., ofrecer apoyo físico, permitirle llevar medallas religiosas)
- Ofrecer privacidad y tranquilidad para la oración y otras prácticas religiosas
- Aceptar y no juzgar las prácticas religiosas del paciente
- Poner los programas religiosos de la radio o la televisión si el paciente lo desea

## R

### En el domicilio

- La mayoría de las intervenciones antes mencionadas se puede adaptar a su uso en el domicilio
- Identificar las organizaciones comunitarias que ofrezcan transporte a los servicios religiosos, según proceda

### Bebés y niños

- Basar las intervenciones en el nivel de desarrollo
- Adherirse a las prácticas religiosas de los progenitores (p. ej., hacer que el niño rece antes de las comidas y a la hora de irse a dormir si es lo que hace en casa)
- Valorar si el niño cree que la enfermedad es un castigo por haber sido malo

## RELIGIOSIDAD, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA (2004)

**Definición:** capacidad para aumentar la confianza en creencias o participar en los rituales de una determinada tradición religiosa.\*

\*El comité de desarrollo de diagnósticos (*Diagnosis Development Committee*) reconoce que el término “religiosidad” puede ser cultural; sin embargo, el término es útil en EE.UU. y cuenta con un amplio apoyo documental en dicho país.

### Características definitorias

- Cuestiona las costumbres dañinas
- Cuestiona los patrones de creencias dañinos
- Muestra deseos de reforzar las costumbres religiosas que le ofrecieron bienestar en el pasado
- Muestra deseos de reforzar las costumbres religiosas que le provocaron devoción en el pasado
- Muestra deseos de reforzar los patrones de creencias religiosas que le ofrecieron bienestar en el pasado
- Muestra deseos de reforzar los patrones de creencias religiosas que le provocaron devoción en el pasado
- Rechaza las costumbres dañinas
- Rechaza los patrones de creencias dañinos
- Solicita ayuda para ampliar las opciones religiosas
- Solicita ayuda para aumentar la participación en las creencias correspondientes a una religión (p. ej., ceremonias religiosas, normas de la dieta, vestimenta, oraciones, culto, servicios religiosos, comportamientos religiosos privados, material religioso para leer, medios religiosos, cumplimiento de las festividades)
- Solicita experiencias religiosas
- Solicita material religioso
- Solicita perdón
- Solicita reconciliación
- Solicita una reunión con asesores o líderes religiosos

R

### Sugerencias de uso

Este diagnóstico es positivo, por lo que no necesita ninguna etiología.

### Otros posibles diagnósticos

- Bienestar espiritual, potencial de mejora del
- Religiosidad, riesgo de deterioro de la

### Resultados NOC

- Bienestar:** alcance de la percepción positiva del estado de salud y de las circunstancias vitales de cada uno
- Bienestar espiritual:** conexión con uno mismo, con otros, con un poder supremo, con la vida, con la naturaleza y con el universo que trasciende y fortalece a la persona

### Objetivos/criterios de evaluación

Véase también el apartado objetivos/criterios de evaluación correspondiente a deterioro de la religiosidad, en la pág. 615.

### Otros ejemplos

El paciente mostrará satisfacción con respecto a lo siguiente:

- Capacidad para realizar las actividades cotidianas
- Desempeño del rol
- Grado de felicidad
- Salud física
- Salud mental

### Intervenciones NIC

**Apoyo espiritual:** ayuda al paciente para alcanzar el equilibrio y la conexión con una fuerza superior

**Facilitación del crecimiento espiritual:** facilitación del desarrollo de la capacidad del paciente para identificar, conectar y referirse al origen del significado, la finalidad, el bienestar, la fuerza y la esperanza vitales.

**Fomento de los rituales religiosos:** facilitación de la participación en prácticas religiosas

### Actividades de enfermería

Véase el apartado actividades de enfermería correspondiente a deterioro de la religiosidad, en las págs. 615-616.

## R

## RELIGIOSIDAD, RIESGO DE DETERIORO DE LA

(2004)

**Definición:** riesgo de disminución de la capacidad de confiar en las creencias religiosas o participar en los rituales de una determinada tradición religiosa.\*

### Factores relacionados

#### *Ambientales*

Barreras para la práctica religiosa  
Falta de transporte

#### *De desarrollo*

Transiciones vitales

#### *Espirituales*

Sufrimiento

#### *Físicos*

Dolor  
Enfermedad  
Hospitalización

#### *Psicológicos*

Afrontamiento ineficaz

\*El comité de desarrollo de diagnósticos (*Diagnosis Development Committee*) reconoce que el término “religiosidad” puede ser cultural; sin embargo, el término es útil en EE.UU. y cuenta con un amplio apoyo documental en dicho país.

Apoyo ineficaz  
Cuidado ineficaz  
Depresión  
Falta de seguridad

### Socioculturales

Aislamiento social  
Barrera cultural para la práctica religiosa  
Falta de interacción social

### Sugerencias de uso

Según la definición de la NANDA, este diagnóstico es adecuado cuando se produce una situación que puede bloquear la capacidad del paciente para participar en prácticas religiosas, pero el paciente no muestra ninguna característica definitoria. Por ejemplo, si un paciente que permanece en su domicilio no puede asistir a los servicios religiosos en la iglesia, el/la enfermero/a puede ayudarlo a conseguir un transporte para evitar el *deterioro de la religiosidad*. Si la barrera no se puede sortear, empleará el diagnóstico *sufrimiento espiritual*.

R

### Otros posibles diagnósticos

Religiosidad, deterioro de la  
Sufrimiento espiritual  
Sufrimiento espiritual, riesgo de

### Resultados NOC

**Bienestar espiritual:** conexión con uno mismo, con otros, con un poder supremo, con la vida, con la naturaleza y con el universo que trasciende y fortalece a la persona

### Objetivos/criterios de evaluación

Véase el apartado objetivos/criterios de evaluación correspondiente a deterioro de la religiosidad, en la pág. 615.

### Intervenciones NIC

**Apoyo emocional:** ofrecimiento de reafirmación, aceptación y apoyo durante épocas de estrés

**Apoyo espiritual:** ayuda al paciente para alcanzar el equilibrio y la conexión con una fuerza superior

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Valorar los obstáculos para las prácticas religiosas (p. ej., limitaciones debidas a procesos de la enfermedad, falta de transporte)
- Valorar si el paciente desea participar en los ritos y servicios religiosos
- Emplear las herramientas establecidas para valorar el bienestar espiritual

### Educación del paciente y la familia

- Informar al paciente y/o a sus familiares acerca de los recursos religiosos disponibles en el centro
- Informar al paciente acerca de los artículos y publicaciones religiosos disponibles en Braille, en impresión con letra grande o en formato audio

### Actividades auxiliares

- Remitir al paciente al capellán, pastor u otro asesor espiritual
- Obtener la autorización médica para permitir al paciente el ayuno si éste lo desea

### Otras

- Animar al paciente a expresar sentimientos como la ira o la tristeza
- Animar al paciente a hablar o llorar para aliviar la tensión
- Compartir las propias creencias y perspectivas religiosas, según proceda
- Rezar con el paciente si éste lo solicita
- Emplear una comunicación terapéutica para fomentar la confianza
- Demostrar empatía y aceptación
- Facilitar la realización de ritos religiosos por parte del paciente (p. ej., ofrecer apoyo físico, permitirle llevar medallas religiosas)
- Ofrecer privacidad y tranquilidad para la oración y otras prácticas religiosas
- Aceptar y no juzgar las prácticas religiosas del paciente
- Poner los programas religiosos de la radio o la televisión si el paciente lo desea

R

### En el domicilio

- La mayoría de las intervenciones antes mencionadas se puede adaptar para su uso en el domicilio
- Identificar las organizaciones comunitarias que ofrecen transporte a los servicios religiosos, según proceda

### Bebés y niños

- Basar las intervenciones en el nivel de desarrollo
- Adherirse a las prácticas religiosas de los progenitores (p. ej., hacer que el niño rece antes de las comidas y a la hora de irse a dormir si es lo que hace en casa)
- Valorar si el niño cree que la enfermedad es un castigo por haber sido malo

## RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA, DIFICULTAD PARA MANTENER LA

(1992)

**Definición:** disminución de las reservas energéticas que dan como resultado la incapacidad personal para mantener la respiración adecuada que sostiene la vida.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Aprensión  
Dificultades respiratorias

#### Objetivas

Aumento de la tasa de metabolismo  
Aumento del cansancio  
Aumento del  $PCO_2$   
Aumento del pulso cardíaco  
Aumento del uso de músculos accesorios  
Disminución de la cooperación  
Disminución de la  $SaO_2$   
Disminución de las ondas de sonido  
Disminución del  $PO_2$

R

### Factores relacionados

Factores metabólicos (p. ej., alcalemia, hipokalemia, hipocloremia, hipofosfatemia, anemia)  
Fatiga de los músculos respiratorios

### Sugerencias de uso

*El deterioro del intercambio gaseoso es una de las características que lo definen para esta etiqueta. Cuando se alteran los gases de la sangre pero el paciente es capaz de respirar sin asistencia médica, se debería diagnosticar deterioro del intercambio gaseoso en lugar de incapacidad para mantener la ventilación espontánea.*

Los autores no recomiendan el uso de esta etiqueta como un diagnóstico de enfermería. Cuando la respiración es “inadecuada para mantener la vida”, se trata de una emergencia; las intervenciones son recetadas por los médicos, incluyendo la reanimación y la ventilación mecánica. El enfermero es el responsable de controlar los cambios en el estado del paciente y las intervenciones que se llevan a cabo según los organismos de protocolo. Las metas e intervenciones están incluidas en este texto sólo porque el lenguaje estandarizado del NOC y el NIC las incluye.

### Otros posibles diagnósticos

Destete del respirador, respuesta disfuncional al

Intercambio gaseoso, deterioro del  
Patrón respiratorio, ineficaz  
Vías aéreas, limpieza ineficaz de las

### Resultados NOC

**Estado respiratorio: intercambio gaseoso:** intercambio alveolar de CO<sub>2</sub> o O<sub>2</sub> para mantener las concentraciones de gases en la sangre arterial

**Estado respiratorio: ventilación:** movimientos pulmonares de inhalación y espiración.

**Respuesta alérgica: sistémica:** gravedad de la respuesta inmune de la hipersensibilidad sistemática hacia un entorno específico antígeno

**Respuesta de la ventilación mecánica: adulto:** el intercambio alveolar y la perfusión de tejidos se apoyan en la ventilación mecánica

**Signos vitales:** extensión en la que la temperatura, el pulso, la respiración y la presión de la sangre están dentro de una escala normal

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

R

- Demostrar los **signos vitales**, como está probado por los siguientes indicadores (especificar 1-5: grave, considerable, moderado, suave, o sin desviación de la escala normal): temperatura, pulso, respiración y presión sanguínea.

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Tener un nivel adecuado de energía y de las funciones musculares para sostener la respiración espontánea
- Recibir una nutrición adecuada previa, durante y después del proceso del destete.
- Tener los gases de la sangre arterial y la saturación de oxígeno dentro de una escala aceptable.
- Demostrar un estado neurológico adecuado para sostener la respiración espontánea

### Intervenciones NIC

**Administración de medicamentos: intramuscular (i.m.):** preparar y dar medicamentos por vía intramuscular

**Administración de medicamentos: intravenosa (i.v.):** preparar y dar medicamentos por vía intravenosa

**Asistencia en la ventilación:** promoción de un modelo óptimo de respiración espontánea que maximice el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones

**Control respiratorio:** colección y análisis de los datos del paciente para asegurar la apertura de las vías respiratorias y un intercambio de gases adecuado

**Cuidados de emergencia:** proporciona medidas salvavidas en situaciones en las que la vida peligra

**Gestión de las vías aéreas artificiales:** mantenimiento de los tubos endotraqueales y de traqueotomía y prevención de las complicaciones asociadas con su uso

**Gestión de las vías aéreas:** facilitar la apertura de los pasos del aire

**Monitorización de los signos vitales:** colección y análisis de los datos cardiovasculares, respiratorios y de la temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones

**Oxigenoterapia:** administración de oxígeno y control de su efectividad

**Precauciones en la inhalación:** prevención o reducción de los factores de riesgo en los pacientes con dificultades inhalatorias

**Resucitación: neonato:** administrar medidas de emergencia para ayudar en la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.

**Ventilación mecánica:** uso de un mecanismo artificial para ayudar al paciente a respirar

## Actividades de enfermería

### Valoración

**R**

- Para pacientes que requieran vías respiratorias artificiales: controlar la colocación del tubo, revisar el esfingomanómetro q4h y siempre que se desinfle o se infle.
- *(NIC) Ventilación mecánica:*
  - Controlar debido a las dificultades de los fallos respiratorios
  - Controlar debido a la disminución del volumen de espiraciones y al aumento de la presión de inspiraciones
  - Controlar la efectividad de la ventilación mecánica en el estado fisiológico y psicológico del paciente
  - Controlar debido a los efectos negativos de la ventilación mecánica: infección, barotrauma y el rendimiento cardíaco reducido
  - Controlar efectos de los cambios de ventilación en la oxigenación: ABG,  $\text{SaO}_2$ ,  $\text{SvO}_2$ , en el final de la espiración  $\text{CO}_2$ ,  $Q_{sp}/Qt$ , y los niveles  $A\text{-aDO}_2$  y la respuesta subjetiva del paciente
  - Controlar el grado de los tubos, la capacidad vital,  $V_d/VT$ , MVV, la fuerza de las inspiraciones, para  $\text{FEV}_1$ , y la preparación para destetar desde la ventilación mecánica, basada en los organismos de protocolo
- *(NIC) Control respiratorio:*
  - Fijarse en la ubicación de la tráquea
  - Auscultar los sonidos de la respiración, fijándose en las zonas de disminución y ausencia de ventilación y en la presencia de sonidos extraños
  - Determinar la necesidad de la succión al auscultar las crepitaciones y los ronquidos en las vías respiratorias más importantes
  - Controlar el aumento de cansancio, ansiedad y necesidad de aire
  - Controlar debido a las crepitaciones, si es apropiado

### Educación del paciente y la familia

- Instruir al paciente y a su familia sobre el proceso del destete y sus objetivos, incluyendo los siguientes:
  - Sentimientos que podría sentir el paciente a medida que el proceso evoluciona
  - Participación requerida por el paciente
  - Razones por las que el destete es necesario
- (NIC) *Ventilación mecánica*: instruir al paciente y a sus familiares sobre la base lógica y las sensaciones esperadas que se asocian con el uso de ventiladores mecánicos

### Actividades auxiliares

- (NIC) *Ventilación mecánica*:
  - Consultar con otros compañeros de los cuidados sanitarios en la selección del modelo de ventilador
  - Administrar agentes que paralizan el músculo, sedantes y analgésicos narcóticos, si se necesitan

### Otras

R

- Iniciar técnicas de relajación, si se necesitan
- (NIC) *Ventilación mecánica*:
  - Iniciar el montaje y la aplicación del ventilador
  - Asegurar que las alarmas del ventilador estén encendidas
  - Proporcionar al paciente medidas para la comunicación (p. ej., papel y lápiz o una tabla con el alfabeto)
  - Realizar la succión, basándose en la presencia de sonidos respiratorios extraños o en el aumento de la presión de las inspiraciones
  - Proporcionar cuidados orales rutinarios

#### Para pacientes que necesiten vías aéreas artificiales

- Proporcionar una gestión a las vías respiratorias artificiales según los procedimientos de los organismos y los protocolos, que podrían incluir lo siguiente:
  - Proporcionar cuidados orales al menos cada cuatro horas
  - Girar el tubo endotraqueal de un lado a lado todos los días
  - Pegar firmemente el tubo endotraqueal; cambiar los espadadrapos o los lazos cada 24 horas
  - Sedar, utilizar guantes o las muñecas de forma moderada, si es necesario, para prevenir la salida del tubo imprevista
  - Limpiar las cavidades y las cánulas traqueales cada cuatro horas (según los organismos de protocolo)
  - Aspirar la orofaringe, si es necesario

**IMPORTANTE:** para información en profundidad sobre la gestión de las vías aéreas artificiales, referirse al texto médico/quirúrgico, técnicas/habilidades manuales de la enfermería, u organismos de protocolo

### Para pacientes que necesiten un respirador durante el destete

- Referirse a las actividades de enfermería para la respuesta disfuncional al destete del respirador, págs. 265-267

#### En el domicilio

- Valorar la habilidad y el compromiso de los cuidadores para proporcionar cuidados al miembro familiar que sea dependiente del respirador
- Como parte de la planificación del alta, hacer partícipe al trabajador del caso o al trabajador social para ayudar a la familia a comparar el coste de los cuidados en casa con aquel en los servicios de cuidados de gran extensión
- Instruir al paciente y a los cuidadores sobre la operación del respirador, de cómo succiona, de los cuidados de la traqueostomía y de los medicamentos para la respiración
- Avisar a la compañía eléctrica para colocar la residencia en una lista de alto riesgo en caso de fallo eléctrico
- Ayudar a la familia a crear un plan de emergencia, incluyendo las medidas de iniciación hasta que llegue la ayuda médica

R

#### Bebés y niños

##### Para recién nacidos que requieran reanimación

- Referirse al texto de enfermería en maternidad y pediatría para conocer más detalles sobre el procedimiento de reanimación
- Tener equipamientos de reanimación disponibles en el nacimiento
- Explicar tranquilamente a los padres los procedimientos para reducir la ansiedad
- Prepararse para el traslado o el transporte del recién nacido

#### Personas mayores

- Establecer intervenciones tempranas manteniendo la nutrición y la circulación para ayudar a prevenir el empeoramiento rápido asociado con ventiladores mecánicos en personas mayores

## RETENCIÓN URINARIA

(1986)

**Definición:** vaciado incompleto de la vejiga.

## Características definitorias

### Subjetivas

Disuria  
Sensación de repleción vesical

### Objetivas

Distensión vesical  
Goteo  
Incontinencia por rebosamiento  
Micciones de poca cantidad y frecuencia o ausencia de excreción urinaria  
Orina residual

## Factores relacionados

Bloqueo  
Esfínter urinario fuerte  
Inhibición del arco reflejo  
Presión uretral alta causada por debilidad del músculo detrusor

## Sugerencias de uso

R

Ninguna

## Otros posibles diagnósticos

Eliminación urinaria, alteración de la  
Incontinencia urinaria de esfuerzo  
Incontinencia urinaria de urgencia  
Incontinencia urinaria funcional  
Incontinencia urinaria por rebosamiento

## Resultados NOC

**Continencia urinaria:** control de la eliminación de orina

**Eliminación de orina:** acumulación y evacuación de orina

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **continencia urinaria**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, habitualmente)
  - Pérdida de orina entre micciones
  - Residuo postmicción >100-200 cm<sup>3</sup>

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Presentar evacuación vesical por el procedimiento de limpieza del autosondaje intermitente
- Describir el plan de cuidado en el domicilio
- Permanecer libre de infección del tracto urinario

- Registrar un descenso de espasmos vesicales
- Tener un equilibrio de 24 horas en la ingesta y evacuación
- Vaciar la vejiga por completo

### Intervenciones NIC

**Cateterismo urinario:** introducción de un catéter en la vejiga para drenar temporal o permanentemente la orina

**Cuidado de la retención urinaria:** ayuda a aliviar la distensión vesical

**Gestión de la eliminación urinaria:** mantenimiento de un patrón de excreción urinario óptimo

### Actividades de enfermería

Véanse las actividades de enfermería para la incontinencia urinaria por rebosamiento, págs. 392-393.

### Valoración

- Identificar y documentar el patrón de evacuación del paciente
- (NIC) *Cuidado de la retención urinaria:*
  - Controlar el uso de agentes sin prescripción con propiedades anticolinérgicas o alfa agonistas
  - Controlar los efectos de los fármacos prescritos tales como los bloqueadores de canales de calcio y los anticolinérgicos
  - Controlar la ingesta y la excreción
  - Controlar el grado de distensión vesical por la palpación y percusión

R

### Educación del paciente y la familia

- Instruir al paciente en los signos y síntomas indicadores de infección del tracto urinario (p. ej., fiebre, resfriado, dolor de costado, hematuria y cambio en la consistencia y olor de la orina)
- (NIC) *Cuidado de la retención urinaria:* instruir al paciente y a la familia para registrar la evacuación urinaria, cuando proceda

### Actividades auxiliares

- Remitir al enterosomista para la instrucción en la limpieza del autosondaje intermitente cada cuatro-seis horas mientras esté despierto

### Otras

- Establecer un programa de entrenamiento de la evacuación vesical
- Separar los líquidos a lo largo del día para asegurar la ingesta adecuada sin sobredistensión vesical
- Alentar la ingesta oral de líquidos: \_\_\_ ml por la mañana; \_\_\_ ml por la tarde; \_\_\_ ml por la noche
- (NIC) *Cuidado de la retención urinaria:*
  - Facilitar privacidad para la eliminación
  - Usar el poder de la sugestión con corrientes de agua o la cisterna

- Estimular el reflejo vesical aplicando frío al abdomen, golpeando el muslo interior, o con agua corriente
- Proveer de tiempo suficiente para el vaciado vesical (10 minutos)
- Usar ambientadores frescos en orinales y cuñas
- Facilitar la maniobra de Credé, cuando sea necesario
- Sondar por residuos, si procede
- Insertar un catéter urinario, si procede

---

## ROL, ALTERACIÓN EN EL DESEMPEÑO DEL

(1978, 1996, 1998)

**Definición:** patrones de comportamiento y expresión que no se ajustan al contexto, normas y expectativas del entorno.

### Características definitorias

#### Subjetivas

- R** Alteración de las percepciones del rol
- Ambivalencia del rol, conflicto, confusión, negación, insatisfacción, sobrecarga o sobreesfuerzo
- Ansiedad o depresión
- Cambio en la autopercepción del rol
- Confianza inadecuada
- Impotencia
- Incertidumbre
- Motivación inadecuada

#### Objetivas

- Acoso
- Adaptación inadecuada al cambio [o transición]
- Afrontamiento inadecuado
- Apoyo externo inadecuado para la promulgación del rol
- Autogestión inadecuada
- Cambio en la capacidad para volver a asumir el rol
- Cambio en la percepción del rol de los demás
- Cambio en los patrones habituales de responsabilidad
- Capacitación y conocimientos del rol inadecuados
- Conflicto de sistemas
- Déficit de conocimientos
- Discriminación
- Expectativas de desarrollo inadecuadas
- Oportunidades inadecuadas para la promulgación del rol
- Pesimismo
- Violencia doméstica

## Factores relacionados

### Conocimiento

Ausencia o inadecuación del modelo de rol  
Expectativas del rol no realistas  
Falta de educación  
Preparación inadecuada para el rol (p. ej., validación, conocimientos, pruebas, transición del rol)

### No NANDA internacional

Falta de conocimientos sobre el rol  
Transición del rol  
Transiciones del desarrollo

### Fisiológicos

Abuso de sustancias tóxicas  
Alteración de la imagen corporal  
Baja autoestima  
Déficits cognitivos  
Depresión  
Dolor  
Enfermedad física  
Enfermedad mental  
Fatiga  
Trastorno neurológico

R

### Sociales

Bajo estatus socioeconómico  
Conflicto  
[Conflicto familiar]  
Edad temprana  
Estrés  
Falta de recompensas  
Falta de recursos  
Nivel de desarrollo, edad temprana  
Requisitos del horario laboral  
Sistema de apoyo inadecuado  
Socialización del rol inadecuada [p. ej., responsabilidades, expectativas, modelo del rol]  
Vínculo [inadecuado o] inapropiado con el sistema de asistencia sanitaria  
Violencia doméstica

### Sugerencias de uso

Cuando proceda, emplear etiquetas más específicas, como *conflicto del rol parental*, *disfunción sexual* y *alteración de los procesos familiares*. Todo el mundo sufre cierto grado de alteración y conflicto del rol. Si el paciente tiene

dificultades con el desempeño del rol, emplear *alteración en el desempeño del rol* como etiología de otro diagnóstico que describa el impacto que se produce en el funcionamiento (p. ej., *dificultades para el mantenimiento del hogar como consecuencia de una alteración en el desempeño del rol*).

### Otros posibles diagnósticos

Autoestima situacional, baja  
Cuidador, riesgo de sobreesfuerzo en el rol de, real o potencial  
Mantenimiento del hogar, dificultades para el  
Procesos familiares, alteración de los  
Rol parental, conflicto del

### Resultados NOC

**Afrontamiento:** acciones personales para gestionar los elementos de estrés que ponen a prueba los recursos de una persona

**Ajuste psicosocial: cambio de vida:** respuesta adaptativa psicosocial de un individuo ante un cambio significativo en su vida

**Alteración del estilo de vida del cuidador:** gravedad de las alteraciones en el estilo de vida de un familiar debido al rol de cuidador

**R Desempeño del rol:** coherencia del desempeño del rol de una persona con respecto a las expectativas del rol

**Nivel de depresión:** gravedad del estado de tristeza y de pérdida de interés por los sucesos diarios

**Rol parental:** acciones parentales para ofrecer al niño un entorno físico, emocional y social constructivo y de educación

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **desempeño del rol**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: en absoluto, ligeramente, moderadamente, sustancialmente o totalmente adecuado):
  - Capacidad para cumplir las expectativas del rol
  - Conocimientos sobre los periodos de transición del rol
  - Desempeño de los comportamientos del rol con respecto a familia, comunidad, trabajo, relaciones íntimas y amigos
  - Conocimientos sobre estrategias para el cambio de rol

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Reconocer el impacto de la situación sobre el desempeño del rol, el modo de vida y las relaciones personales existentes
- Describir el cambio de funciones real
- Mostrar deseos de emplear recursos tras el alta
- Indicar que se siente productivo y útil
- Demostrar capacidad para gestionar finanzas

## Intervenciones NIC

**Gestión del humor:** ofrecimiento de seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento de un paciente que experimenta un humor depresivo o elevado disfuncional

**Guía anticipatoria:** preparación del paciente por anticipado para enfrentarse a una crisis de desarrollo o situacional

**Infundir esperanza:** fomento del desarrollo de una perspectiva positiva con respecto a una situación determinada

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida

**Potenciación de roles:** ayudar a un paciente, una persona cercana y los familiares para mejorar sus relaciones explicando y ofreciendo información sobre los comportamientos específicos del rol

**Promoción de la paternidad:** ofrecimiento de información, apoyo y coordinación parental de todos los servicios para familias de alto riesgo

## Actividades de enfermería

### Valoración

R

- Valorar con antelación la duración de las dificultades del rol
- Valorar la necesidad de asistencia por parte de los servicios sociales para planificar los cuidados con el paciente y los familiares

### Educación del paciente y la familia

- *(NIC) Potenciación de roles:* enseñar los comportamientos que debe mostrar el paciente/progenitor para desempeñar un rol

### Otras

- Ayudar al paciente a identificar las ventajas con las que cuenta
- Escuchar de forma activa al paciente y a los familiares, así como reconocer que sus preocupaciones están fundadas
- Animar al paciente y a los familiares a expresar sus sentimientos y a mostrar tristeza, si procede
- *(NIC) Potenciación de roles:*
  - Ayudar al paciente a identificar los diversos roles vitales
  - Ayudar al paciente a identificar el rol habitual en la familia
  - Ayudar al paciente a identificar que no se cumplen las expectativas del rol

### En el domicilio

- Las actividades de enfermería anteriores son adecuadas para los cuidados en el domicilio

- Valorar el impacto de la comunicación en el funcionamiento y los roles familiares
- Promover el debate sobre las adaptaciones a los roles relativos al momento en que los hijos se van de casa (es decir, síndrome del nido vacío), según proceda

### Bebés y niños

- (NIC) *Potenciación de roles*: fomentar el debate sobre cómo cambian los roles de los hermanos cuando llega un recién nacido, según proceda

### Personas mayores

- (NIC) *Potenciación de roles*: ayudar a un hijo adulto a aceptar la dependencia de un padre en edad avanzada y los cambios de rol que ello implica, según proceda
- Controlar el estado de salud de los abuelos que se ocupan de sus nietos
- Remitir al paciente a grupos de apoyo para facilitar la adaptación a los cambios de rol
- Valorar si existe una pérdida de memoria que podría interferir con el desempeño del rol; remitir al paciente a una terapia de rehabilitación de la memoria, según proceda

R

---

## ROL PARENTAL, CONFLICTO DEL

(1988)

**Definición:** experiencia de confusión y conflicto del rol parental como consecuencia de una crisis.

### Características definitorias

#### *Subjetivas*

Ansiedad

Expresión de preocupación sobre la pérdida de control percibida en lo referente a las decisiones sobre el niño

Miedo

Muestra de sentimiento de culpa

Muestra de sentimiento de frustración

Uno o ambos progenitores muestran preocupación por no cubrir adecuadamente las necesidades del niño (p. ej., físicas, emocionales)

Uno o ambos progenitores muestran preocupación sobre la familia (p. ej., funcionamiento, comunicación, salud)

Uno o ambos progenitores muestran preocupación sobre los cambios en el rol parental

Uno o ambos progenitores sienten que las necesidades del niño (p. ej., físicas, emocionales) no se cubren de forma adecuada

### **Objetivas**

Disfunción probada de las rutinas de cuidados

Reticencia para participar en las actividades de cuidados habituales, aunque se ofrezca apoyo y se anime a la persona

### **Factores relacionados**

Cambio en el estado marital [p. ej., profesión, roles]

Centros de cuidados especializados [políticas]

[Crisis económica]

Cuidados domésticos de un niño con necesidades especiales [p. ej., supervisión de apnea, drenaje postural, hiperalimentación]

Interrupción de la vida familiar debido al régimen de cuidados en el domicilio (p. ej., tratamientos, cuidadores, falta de asistencia)

Intimidación mediante modalidades invasivas o restrictivas (p. ej., aislamiento, intubación)

Separación del niño debido a una enfermedad crónica

**R**

### **Sugerencias de uso**

Emplear esta etiqueta cuando una situación origine un rendimiento no satisfactorio de un rol anteriormente eficaz [por parte de los progenitores].

### **Otros posibles diagnósticos**

Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido

Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de (real o potencial)

Parental, alteración

Parental, riesgo de alteración

Procesos familiares, alteración de los

### **Resultados NOC**

**Adaptación del cuidador a la institucionalización del paciente:** respuesta adaptativa del cuidador familiar cuando quien recibe los cuidados se traslada a una institución

**Afrontamiento:** acciones personales para gestionar los elementos de estrés que ponen a prueba los recursos de una persona

**Ajuste psicosocial: cambio de vida:** respuesta adaptativa psicosocial de un individuo ante un cambio significativo en su vida

**Alteración del estilo de vida del cuidador:** gravedad de las alteraciones en el estilo de vida de un familiar debido al rol de cuidador

**Desempeño del rol:** coherencia del desempeño del rol de una persona con respecto a las expectativas del rol

**Entorno social de la familia:** entorno de ayuda caracterizado por los objetivos y las relaciones de los miembros de la familia

**Funcionamiento de la familia:** capacidad del sistema familiar para cubrir las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo

**Preparación del cuidador para el cuidado domiciliario:** grado de preparación de un cuidador para asumir la responsabilidad de los cuidados sanitarios de un familiar en el domicilio

**Rol parental:** acciones parentales para ofrecer al niño un entorno físico, emocional y social constructivo y de educación

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- El *conflicto del rol parental* se resolverá o aliviará, como evidenciarán adaptación del cuidador a la institucionalización del paciente, preparación del cuidador para el cuidado domiciliario, afrontamiento, funcionamiento de la familia, entorno social de la familia, rol parental y desempeño del rol.
- Se mostrará **afrontamiento**, como evidenciarán los indicadores siguientes (especificar 1-5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Emplea el apoyo social disponible
  - Emplea estrategias de afrontamiento eficaces
  - Solicita la ayuda de un profesional sanitario si es necesario
  - Busca información sobre la enfermedad y el tratamiento
- Se demostrará **rol parental**, como evidenciarán los indicadores siguientes (especificar 1-5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Cubre las necesidades físicas del niño
  - Cubre las necesidades especiales del niño
  - Estimula el desarrollo cognitivo y social
  - Estimula el desarrollo emocional y espiritual
  - Muestra una relación de cariño
- Se demostrará **desempeño del rol**, como evidenciarán los indicadores siguientes (especificar 1-5: en absoluto, ligeramente, moderadamente, sustancialmente o totalmente adecuado): desempeño de comportamientos correspondientes al rol familiar y laboral

R

### Otros ejemplos

El progenitor o cuidador será capaz de:

- Demostrar capacidad para modificar el rol parental en caso de crisis
- Demostrar un sentido de la adecuación a la hora de cubrir las necesidades del niño
- Estar disponible para apoyar al niño y dar su consentimiento para los tratamientos
- Despertar confianza en los proveedores de asistencia sanitaria
- Expresar deseos de asumir el rol de cuidador
- Demostrar conocimientos sobre la enfermedad del niño, el sistema de tratamiento y los cuidados de urgencia

### Intervenciones NIC

**Apoyo al cuidador:** ofrecimiento de la información, asesoramiento y apoyo necesarios para facilitar los cuidados del paciente por parte de alguien que no sea un profesional sanitario

**Apoyo en la toma de decisiones:** ofrecimiento de información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre asistencia sanitaria

**Asesoramiento:** empleo de un proceso de ayuda interactiva que se centra en las necesidades, los problemas o los sentimientos del paciente y las personas cercanas para mejorar o ayudar al afrontamiento, la solución de problemas y las relaciones interpersonales

**Guía anticipatoria:** preparación del paciente por anticipado para enfrentarse a una crisis de desarrollo o situacional

**Intervención en crisis:** empleo de asesoramiento a corto plazo para ayudar al paciente a afrontar una crisis y reanudar un estado de funcionamiento parecido o mejor que el estado anterior a ésta

**Mantenimiento de los procesos familiares:** minimización de los efectos de la alteración de los procesos familiares

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida

**Potenciación de roles:** ayudar a un paciente, una persona cercana o un familiar a mejorar sus relaciones explicando y ofreciendo información sobre los comportamientos específicos del rol

**Promoción de la implicación familiar:** promoción de la participación familiar en el cuidado emocional y físico del paciente

**Promoción de la paternidad:** ofrecimiento de información, apoyo y coordinación parental de todos los servicios para familias de alto riesgo

R

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Preguntar a los progenitores si desean implicarse en el cuidado del niño hospitalizado
- *(NIC) Mantenimiento de los procesos familiares:*  
Determinar los procesos familiares habituales  
Identificar los efectos de los cambios de rol en los procesos familiares

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar los comportamientos correspondientes al nuevo rol provocado por la situación de crisis
- Explicar de forma racional los tratamientos y animar a que se planteen preguntas para minimizar la falta de comprensión y maximizar la participación
- *(NIC) Mantenimiento de los procesos familiares:* enseñar a los familiares técnicas de organización y gestión del tiempo al realizar cuidados domiciliarios, según proceda

### Actividades auxiliares

- *(NIC) Mantenimiento de los procesos familiares:* ayudar a los familiares a emplear los mecanismos de asistencia existentes

### Otras

- Hacer que los progenitores se enfrenten a su comportamiento parental ineficaz (durante esta crisis) y comentar las alternativas
- Animar a los progenitores a expresar sus sentimientos sobre la enfermedad del niño
- Implicar a los progenitores en los cuidados en la medida de lo posible, y en la medida en que ellos lo deseen
- Hacer que los progenitores se sientan cómodos en el centro hospitalario (p. ej., ofrecerles un lugar para dormir junto a la cama del niño)
- Ayudar a los progenitores a identificar sus propias capacidades y las técnicas de afrontamiento que pueden resultarles útiles para solucionar la crisis
- Elaborar con los progenitores una estrategia para cubrir las necesidades personales y familiares que se dan en la actualidad
- Ofrecer un refuerzo positivo para las acciones parentales constructivas
- (NIC) *Mantenimiento de los procesos familiares:*
  - Mantener la flexibilidad de las oportunidades para realizar visitas con el objeto de cubrir las necesidades de los familiares y del paciente
  - Ofrecer soluciones para que los familiares que permanezcan en el centro de asistencia sanitaria puedan comunicarse con el resto de los familiares (p. ej., teléfonos, grabaciones de sonido, visitas abiertas, fotografías, acceso a correo electrónico y grabaciones de vídeo)
  - Ayudar a los familiares para facilitar las visitas al domicilio por parte del paciente, según proceda

R

#### En el domicilio

- Las actividades de enfermería anteriores son adecuadas o pueden adaptarse a los cuidados en el domicilio

## ROL PARENTAL, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL (2002)

**Definición:** patrón de ofrecimiento de un entorno para niños y otras personas dependientes que sea suficiente para fomentar su crecimiento y desarrollo, y que pueda reforzarse.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Deseo de mejorar las acciones parentales

Los niños u otras personas dependientes expresan satisfacción con el entorno doméstico

### Objetivas

Apoyo emocional de los niños [o personas dependientes]  
 Las necesidades [físicas y emocionales] de los niños [o personas dependientes] quedan cubiertas  
 Muestra expectativas realistas con respecto a los niños [o personas dependientes]  
 Muestras de vinculación afectiva [unión]

### Factores relacionados

Este diagnóstico es positivo, por lo que no se necesita ninguna etiología. Si se detectan factores de riesgo, emplear *riesgo de alteración parental*.

### Sugerencias de uso

La terminología estandarizada de la NANDA establece que, en general, la adaptación a las funciones parentales es un proceso de maduración normal que requiere de intervenciones de enfermería para prevenir posibles problemas y fomentar la salud. Si las intervenciones no se limitan a las acciones parentales, tener en cuenta alguno de los otros posibles diagnósticos.



### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo  
 Procesos familiares, disposición para mejorar los

### Resultados NOC

**Conocimiento: cuidado del lactante:** alcance de conocimientos acerca de los cuidados de un bebé desde su nacimiento hasta cumplir un año

**Conocimiento: rol parental:** alcance de conocimientos acerca del ofrecimiento de un entorno constructivo y educacional a un niño de entre uno y 17 años de edad

**Conocimiento: seguridad infantil:** alcance de conocimientos acerca de los cuidados seguros de un niño de entre uno y 17 años de edad

**Funcionamiento de la familia:** capacidad del sistema familiar para cubrir las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo

**Rol parental:** acciones parentales para ofrecer al niño un entorno físico, emocional y social constructivo y de educación

**Rol parental: seguridad en el entorno social:** acciones parentales para proteger al niño de contactos sociales que podrían causarle daños o lesiones

### Objetivos/criterios de evaluación

Véase también el apartado objetivos/criterios de evaluación de alteración parental, en las págs. 529-530.

### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **rol parental**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):

Emplea una disciplina adecuada  
Demuestra expectativas realistas del rol parental  
Expresa las características positivas del niño

- Demuestra **conocimiento: rol parental**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: ninguno, limitado, moderado, sustancial, amplio):
  - Descripción de desarrollo y crecimiento normales
  - Descripción de necesidades de cuidados físicos
  - Descripción de necesidades de socialización y psicológicas
  - Descripción de comunicación eficaz

### Otros ejemplos

El/los progenitor/es será/n capaz/ces de:

- Identificar los factores de riesgo personales que pueden ocasionar acciones parentales ineficaces
- Identificar las situaciones de alto riesgo que pueden ocasionar acciones parentales ineficaces
- Reconocer y compensar sus limitaciones físicas, cognitivas o psicológicas para ofrecer cuidados
- Expresar una sensación de control sobre el comportamiento propio y la situación vital
- Indicar la existencia de relaciones interpersonales positivas
- Demostrar una disciplina constructiva
- Identificar y emplear los recursos de la comunidad que ofrecen ayuda con los cuidados domésticos
- Identificar a las personas que pueden ofrecer información y apoyo emocional cuando sea necesario
- Mostrar disposición para pedir ayuda a otros

El niño será capaz de:

- Alcanzar logros físicos, cognitivos y psicológicos en los momentos esperados (referirse al grupo de edad correspondiente para obtener normas de desarrollo específicas)

### Intervenciones NIC

**Educación paterna: adolescentes:** asistencia a los progenitores para comprender y ayudar a sus hijos adolescentes

**Educación paterna: crianza familiar de los niños:** ayuda a los progenitores para comprender y fomentar el crecimiento físico, psicológico y social, así como el desarrollo de sus hijos de dos-tres años, en edad preescolar o en edad escolar

**Educación paterna: familia con un nuevo bebé:** información sobre la alimentación y los cuidados físicos necesarios durante el primer año de vida

**Enseñanza: cuidado del bebé:** instrucciones de seguridad durante el primer año de vida

**Enseñanza: nutrición infantil:** instrucciones sobre nutrición y alimentación durante el primer año de vida

**Enseñanza: seguridad infantil:** instrucciones sobre seguridad durante el segundo y tercer años de vida

**Fomento del desarrollo: adolescente:** fomento de un crecimiento físico, cognitivo, social y emocional óptimo durante la transición de la niñez a la edad adulta

**Fomento del desarrollo: niño:** ayuda o formación a los progenitores y cuidadores para facilitar un desarrollo del motor grueso y fino, del lenguaje, cognitivo, social y emocional óptimo de un niño durante la edad preescolar y la edad escolar

**Promoción de la integridad familiar:** promoción de la cohesión y la unidad familiar

**Promoción de la paternidad:** ofrecimiento de información, apoyo y coordinación parental de todos los servicios para familias de alto riesgo

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Determinar si los progenitores tienen expectativas realistas sobre el comportamiento del niño
- Valorar los conocimientos de los progenitores sobre las necesidades básicas de cuidados del lactante o del niño
- *(NIC) Promoción de la integridad familiar:*
  - Determinar las relaciones familiares habituales
  - Controlar las relaciones familiares actuales

R

### Educación del paciente y los progenitores

- Ofrecer información sobre el cuidado del niño, según proceda
- Enseñar técnicas de solución de problemas, toma de decisiones y crianza infantil, según proceda
- Indicar métodos de castigo no físicos para disciplinar a los niños
- Enseñar a los progenitores a ofrecer estímulos adecuados a los lactantes, especialmente en el caso de lactantes prematuros
- Ofrecer información sobre los juguetes adecuados para la edad del niño
- En el caso de lactantes en incubadoras, indicar cómo tocarlos
- *(NIC) Fomento del desarrollo: niño:* enseñar a los cuidadores las etapas del desarrollo normal y los comportamientos asociados a ellas

### Actividades auxiliares

- *(NIC) Fomento del desarrollo: niño:* facilitar el contacto de los cuidadores con los recursos comunitarios, según proceda

### Otras

- Fomentar la vinculación afectiva entre padres e hijos durante el embarazo y tras el parto; por ejemplo:
  - Animar al padre o persona cercana a estar presente durante el parto
  - Ofrecer privacidad y permitir a los progenitores ver, sujetar y examinar al recién nacido nada más nacer

Al realizar la valoración inicial del recién nacido, indicar a los progenitores las características y capacidades del recién nacido

Reconocer y reforzar los comportamientos parentales positivos

- (NIC) *Promoción de la integridad familiar:*

Escuchar a los familiares

Fomentar un ambiente de unidad en la familia

Fomentar la comunicación abierta entre los familiares

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores pueden aplicarse a los cuidados en el domicilio

### Personas mayores

- Explicar la importancia de los abuelos en el desarrollo del niño

## S

### SEDENTARISMO

(2004)

**Definición:** hábitos de vida caracterizados por un bajo nivel de actividad física.

#### Características definitorias

##### Objetivas

Escoge una rutina diaria en la que no existe ejercicio físico

Expresa preferencia por actividades que implican un escaso esfuerzo físico

Muestra una baja condición física

#### Factores relacionados

Conocimientos insuficientes sobre las ventajas que supone el ejercicio físico para la salud

Falta de formación para la realización de ejercicio físico

Falta de interés o motivación

Falta de recursos (tiempo, dinero, compañía, instalaciones)

#### Sugerencias de uso

Si están presentes otros comportamientos poco saludables (p. ej., malos hábitos alimenticios, falta de sueño), y si éstos están relacionados con la limitación de capacidades del paciente, puede que deba aplicarse un diagnóstico más amplio, como *alteración en el mantenimiento de la salud*.

## Otros posibles diagnósticos

Actividad, intolerancia a la  
Incumplimiento, del tratamiento  
Mantenimiento de la salud, alteración en el  
Régimen terapéutico: personal, manejo ineficaz del

## Resultados NOC

**Forma física:** realización de actividades físicas con energía

**Resistencia:** capacidad para mantener una actividad

**Tolerancia a la actividad:** respuesta psicológica ante movimientos que consumen energía en las actividades cotidianas

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **tolerancia a la actividad**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: comprometida en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometida):
  - Pulso durante la actividad
  - Respiración durante la actividad
  - Facilidad de respiración durante la actividad
  - Ritmo de la marcha; distancia caminada

S

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Indicar que es consciente de los riesgos que implica el sedentarismo
- Describir las ventajas del ejercicio físico regular
- Aumentar de forma gradual la cantidad de ejercicio físico que realiza
- Aumentar la resistencia física mediante el ejercicio
- Mejorar la fuerza muscular
- Mejorar la flexibilidad articular

## Intervenciones NIC

**Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito:** preparación de un paciente para alcanzar o mantener el nivel de actividad prescrito

**Promoción del ejercicio:** fomento de una actividad física regular para mantener o aumentar el nivel de salud y forma física

**Promoción del ejercicio: entrenamiento de la fuerza:** realización de entrenamiento muscular de resistencia de forma regular para mantener o aumentar la fuerza muscular

**Terapia de actividad:** prescripción de asistencia para llevar a cabo actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas con el objetivo de aumentar el rango, la frecuencia o la duración de la actividad de un individuo (o grupo)

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Valorar el patrón habitual de ejercicio del paciente
- Valorar la tolerancia a la actividad del paciente (p. ej., cambios en los signos vitales durante la actividad)
- Valorar la motivación del paciente para incorporar el ejercicio a su estilo de vida
- Determinar las razones de la falta de ejercicio físico (p. ej., falta de tiempo, recursos, depresión, etc.)

### Educación del paciente y la familia

- Explicar las ventajas del ejercicio físico regular
- Destacar que el ejercicio debe empezar a realizarse de forma gradual

### Actividades auxiliares

- Remitir al paciente a un fisioterapeuta o entrenador para idear ejercicios especiales, según proceda

### Otras

- Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicio adecuado a sus capacidades físicas, preferencias personales y hábitos cotidianos
- Recomendar la marcha como ejercicio sencillo para adaptarlo a las rutinas cotidianas; es barato, no requiere una gran condición física y se puede realizar con un compañero que sirva de apoyo
- Para aquellas personas que no tengan una buena condición física, recomendar el aquaerobic y la natación (además de la marcha)
- Ayudar al paciente a desarrollar objetivos a corto plazo que servirán como motivación para continuar con el programa de ejercicios
- Sugerir la realización de ejercicios con un familiar o amigo
- Ayudar a establecer prioridades para reservar tiempo para el ejercicio
- Recomendar que se registren las actividades y el ejercicio

S

### En el domicilio

- Las actividades de enfermería anteriores son adecuadas para los cuidados en el domicilio
- Evaluar el domicilio para detectar barreras para la movilidad

### Bebés y niños

- Ayudar al niño a planificarse para andar más; animarle a llevar un podómetro
- En el caso de los adolescentes, destacar los beneficios del ejercicio para la fuerza y el aspecto físico

### Personas mayores

- Destacar la importancia de la actividad física para envejecer de forma saludable (p. ej., para prevenir la osteoporosis en las mujeres)
- Realizar un test de “levántate y anda” para comprobar la movilidad y la resistencia del cliente (sentarse en una silla, ponerse de pie, andar unos metros, girarse, volver a la silla y sentarse)
- Recomendar un ejercicio de bajo impacto, como el taichi
- Remitir al cliente a un fisioterapeuta para realizar ejercicios de resistencia con el fin de retrasar la atrofia muscular
- Valorar la depresión
- Ayudar al cliente para obtener dispositivos de asistencia para la movilidad (p. ej., un andador)

## SENSOPERCEPTIVAS, ALTERACIONES (ESPECIFICAR) (VISUALES, AUDITIVAS, CINESTÉSICAS, GUSTATIVAS, TÁCTILES, OLFATORIAS)

S

(1978, 1980, 1998)

**Definición:** cambio en la cantidad o en el patrón de estímulos percibidos acompañado de una respuesta reducida, exagerada, distorsionada o trastornada ante dichos estímulos.

### Características definitorias

#### *Subjetivas*

Distorsiones sensoriales

#### *Objetivas*

Alucinaciones

Cambio del patrón de comportamiento

Cambio en la agudeza sensorial

Cambio en las capacidades para solucionar problemas

Cambio en las respuestas habituales ante los estímulos

Desorientación

Falta de concentración

Inquietud

Irritabilidad

Trastornos de la comunicación

### Otras características definitorias (no recogidas en NANDA internacional)

Alteración de la distracción

Alteración de la posición  
Ansiedad  
Apatía  
Cambio en la tensión muscular  
Indicación de alteración de la imagen corporal  
Respuestas inadecuadas

### Factores relacionados

Alteración de la transmisión, integración o percepción sensorial  
Desequilibrio bioquímico  
Desequilibrio de electrolitos  
Estrés psicológico  
Exceso de estímulos del entorno  
Falta de estímulos del entorno

### Sugerencias de uso

El diagnóstico *alteraciones sensorceptivas* indica un cambio en la respuesta habitual del individuo ante los estímulos; los cambios de la respuesta no se deben a trastornos mentales o de la personalidad. Utilizar esta etiqueta para describir a pacientes cuyas percepciones se hayan visto influidas por factores fisiológicos, como dolor, privación del sueño o inmovilización, o por enfermedades como ACV, traumatismo cerebral e hipertensión intracraneal. La alteración de la cognición y la percepción pueden ser síntomas tanto de *alteraciones sensorceptivas* como de *alteración de los procesos de pensamiento*. Cuando la capacidad de una persona para interpretar los estímulos se vea afectada por factores físicos o fisiológicos, utilizar *alteraciones sensorceptivas*; cuando dicha capacidad se vea afectada por trastornos mentales, emplear el diagnóstico *alteración de los procesos de pensamiento*. Para poder distinguir entre ambos diagnósticos, tener en cuenta que las características definitorias y factores relacionados siguientes podrían presentarse en *alteración de los procesos de pensamiento*, pero no en *alteraciones sensorceptivas*:

Pensamientos obsesivos  
Pérdida de memoria  
Trastorno del criterio propio

Además, las características definitorias siguientes se presentan en *alteraciones sensorceptivas*, pero no en *alteración de los procesos de pensamiento*:

Trastornos visuales y auditivos  
Actividad motora no coordinada  
Cambios en la agudeza sensorial

El diagnóstico *alteraciones sensorceptivas* puede resultar más útil como etiología de otros problemas, como, por ejemplo, los siguientes:

*Riesgo de lesión relacionado con alteraciones sensorceptivas (visuales)*  
*Déficit del autocuidado relacionado con alteraciones sensorceptivas (visuales)*  
*Trastorno de la comunicación relacionado con alteraciones sensorceptivas (auditivas)*

Sensoperceptivas, alteraciones (especificar) (visuales, auditivas, cinestésicas...) 645

*Riesgo de lesión relacionado con alteraciones sensoperceptivas (cinestésicas o táctiles)*

*Alteración de la nutrición relacionada con alteraciones sensoperceptivas (olfatorias o gustativas)*

Cuando las *alteraciones sensoperceptivas* se produzcan como resultado de una inmovilización, puede emplearse *riesgo de síndrome de desuso*.

### Otros posibles diagnósticos

Confusión aguda o crónica

Desatención unilateral

Disfunción neurovascular periférica, riesgo de

Entorno, síndrome de interpretación alterada del

Procesos de pensamiento, alteración de los

Síndrome de desuso, riesgo de

### Resultados NOC

#### Auditivos

**Comunicación: capacidad receptiva:** recepción e interpretación de los mensajes verbales y no verbales

**Conducta de compensación auditiva:** acciones personales para identificar, controlar y compensar la pérdida auditiva

**Control de pensamientos distorsionados:** autocontrol de los trastornos de la percepción, los procesos de pensamiento y el contenido de los pensamientos

**Estado neurológico: función sensitiva motora de los pares craneales:** capacidad de los nervios craneales para transmitir los impulsos sensoriales y motores

**Función sensitiva: auditiva:** punto hasta el que los sonidos se perciben correctamente

**Orientación cognitiva:** capacidad para identificar de manera precisa las personas, los lugares y el tiempo

#### Gustativos

**Apetito:** deseo de comer de un paciente enfermo o que recibe tratamiento

**Estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos:** cantidad de alimentos y líquidos ingeridos por el organismo durante un periodo de 24 horas

**Función sensitiva: gusto y olfato:** punto hasta el que los agentes químicos inhalados o solubles en saliva se perciben correctamente

#### Cinestésicos

**Cambio de posición corporal: autoiniciado:** capacidad para cambiar de posición corporal de manera independiente con o sin ayuda de un dispositivo de asistencia

**Equilibrio:** capacidad para mantener el equilibrio corporal

**Estado neurológico: control motor central:** capacidad del sistema nervioso central para coordinar la actividad de los músculos estriados para mover el cuerpo

**Función sensitiva: propioceptiva:** alcance de la percepción correcta de la posición y el movimiento de la cabeza y el cuerpo

**Movimiento coordinado:** capacidad de los músculos para trabajar de forma conjunta y voluntaria para realizar un movimiento

### Olfatorios

**Apetito:** deseo de comer de un paciente enfermo o que recibe tratamiento

**Estado neurológico: función sensitiva motora de los pares craneales:** capacidad de los nervios craneales para transmitir los impulsos sensoriales y motores

**Estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos:** cantidad de alimentos y líquidos ingeridos por el organismo durante un periodo de 24 horas

**Función sensitiva: gusto y olfato:** punto hasta el que los agentes químicos inhalados o solubles en saliva se perciben correctamente

### Táctiles

**Control de pensamientos distorsionados:** autocontrol de los trastornos de la percepción, los procesos de pensamiento y el contenido de los pensamientos

**Estado neurológico: función sensitiva motora medular:** capacidad de los nervios medulares para transmitir los impulsos sensoriales y motores

**Función sensitiva: cutánea:** alcance de la percepción correcta de la estimulación de la piel

S

### Visuales

**Conducta de compensación visual:** acciones personales para compensar un trastorno visual

**Control de pensamientos distorsionados:** autocontrol de los trastornos de la percepción, los procesos de pensamiento y el contenido de los pensamientos

**Estado neurológico: función sensitiva motora de los pares craneales:** capacidad de los nervios craneales para transmitir los impulsos sensoriales y motores

**Función sensitiva: visión:** alcance de la percepción correcta de las imágenes visuales

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra **estado neurológico: función sensitiva motora de los pares craneales**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: comprometido en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido)
  - Olfato
  - Vista
  - Gusto
  - Oído

Sensoperceptivas, alteraciones (especificar) (visuales, auditivas, cinestésicas...) 647

Habla

Sensibilidad facial

Movimiento de músculos faciales

Movimiento . . . intencionado

- Muestra **orientación cognitiva**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: comprometida en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometida): se identifica a sí mismo, a las personas cercanas, el sitio actual, así como el día, mes, año y estación

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Interactuar adecuadamente con las demás personas de su entorno
- Demostrar una organización lógica de los pensamientos
- Interpretar correctamente las ideas que le transmitan otras personas
- Compensar los déficits sensoriales optimizando el uso de los sentidos no dañados

**IMPORTANTE:** conviene tener en cuenta otros resultados específicos del déficit del paciente (es decir, visuales, auditivos, cinestésicos, gustativos, táctiles, olfatorios).

## Intervenciones NIC

S

### Auditivas

**Control y seguimiento neurológico:** recopilación y análisis de datos del paciente para evitar o minimizar complicaciones neurológicas

**Estimulación cognitiva:** mejora de la consciencia y la comprensión del entorno mediante el empleo de estímulos planeados

**Fomento de la comunicación: déficit auditivo:** ayuda para aceptar y aprender métodos alternativos para convivir con una persona con discapacidad auditiva

**Gestión de las alucinaciones:** fomento de la seguridad, la comodidad y la orientación en la realidad de un paciente que experimenta alucinaciones

**Gestión del delirio:** fomento de la comodidad, la seguridad y la orientación en la realidad de un paciente que muestra creencias fijas y falsas que tienen escaso o ningún fundamento real

**Orientación de la realidad:** mejora de la consciencia de la identidad personal del paciente, así como del tiempo y del entorno

### Gustativas

**Control y seguimiento de la nutrición:** recopilación y análisis de datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición

**Gestión de la nutrición:** ayuda para lograr una ingesta equilibrada de alimentos y líquidos

**Gestión de náuseas:** prevención y alivio de las náuseas

**Monitorización de líquidos:** recopilación y análisis de datos del paciente para regular el equilibrio de fluidos

### Cinestésicas

**Control y seguimiento neurológico:** recopilación y análisis de datos del paciente para evitar o minimizar complicaciones neurológicas

**Promoción de los mecanismos corporales:** facilitación de la aplicación de posturas y movimientos en las actividades diarias para prevenir la fatiga y las lesiones o tensión musculoesqueléticas

**Promoción del ejercicio: entrenamiento de la fuerza:** realización de entrenamiento muscular de resistencia de forma regular para mantener o aumentar la fuerza muscular

**Terapia con ejercicio: control muscular:** uso de protocolos de ejercicio o actividad específicos para mejorar o restablecer el movimiento corporal controlado

**Terapia con ejercicio: equilibrio:** realización de actividades, posiciones y movimientos específicos para mantener, mejorar o recuperar el equilibrio

### Olfatorias

**Control y seguimiento neurológico:** recopilación y análisis de datos del paciente para evitar o minimizar complicaciones neurológicas

**Gestión de la nutrición:** ayuda para lograr una ingesta equilibrada de alimentos y líquidos

**Gestión del entorno:** manipulación del entorno del paciente para lograr beneficio terapéutico, referencia sensorial y bienestar psicológico

S

### Táctiles

**Enseñanza: cuidado de los pies:** preparación de un paciente con riesgo o de una persona cercana para realizar un cuidado preventivo de los pies

**Gestión de la sensibilidad periférica:** prevención o minimización de las lesiones o molestias de pacientes con alteración de la sensibilidad

**Gestión de las alucinaciones:** fomento de la seguridad, la comodidad y la orientación en la realidad de un paciente que experimenta alucinaciones

**Gestión del delirio:** fomento de la comodidad, la seguridad y la orientación en la realidad de un paciente que muestra creencias fijas y falsas que tienen escaso o ningún fundamento real

**Gestión del entorno: seguridad:** control y manipulación del entorno físico para mejorar la seguridad

**Monitorización de las extremidades inferiores:** recopilación, análisis y empleo de datos del paciente para evaluar el riesgo y prevenir lesiones en las extremidades inferiores

### Visuales

**Control y seguimiento neurológico:** recopilación y análisis de datos del paciente para evitar o minimizar complicaciones neurológicas

**Fomento de la comunicación: déficit visual:** ayuda para aceptar y aprender métodos alternativos para convivir con una persona con discapacidad visual

**Gestión de las alucinaciones:** fomento de la seguridad, la comodidad y la orientación en la realidad de un paciente que experimenta alucinaciones

Sensoperceptivas, alteraciones (especificar) (visuales, auditivas, cinestésicas...) 649

**Gestión del delirio:** fomento de la comodidad, la seguridad y la orientación en la realidad de un paciente que muestra creencias fijas y falsas que tienen escaso o ningún fundamento real

**Gestión del entorno:** manipulación del entorno del paciente para lograr beneficio terapéutico, referencia sensorial y bienestar psicológico

### Actividades de enfermería

**IMPORTANTE:** conviene seleccionar las actividades de enfermería específicas de los déficits del paciente (p. ej., visuales, auditivos, cinestésicos, gustativos, táctiles, olfatorios).

#### Valoración

- Analizar el entorno para detectar posibles riesgos para la seguridad
- Controlar y documentar los cambios en el estado neurológico del paciente
- Controlar el grado de consciencia del paciente
- Identificar los factores que contribuyen a las *alteraciones sensoperceptivas*, como la privación del sueño, la dependencia química, los medicamentos, los tratamientos, el desequilibrio de electrolitos, etc.
- (NIC) *Gestión de la sensibilidad periférica:*
  - Controlar si el paciente tiene sensibilidad cutánea y térmica
  - Controlar la posibilidad de parestesia: entumecimiento, hormigueo, hiperestesia e hipoestesia
- (NIC) *Gestión del entorno:*
  - Identificar las necesidades de seguridad del paciente en función del nivel de sus funciones físicas y cognitivas, y del historial de comportamiento

S

#### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Fomento de la comunicación: déficit auditivo:* enseñar al paciente qué sonidos se detectarán de un modo distinto mediante un aparato de ayuda a la audición
- (NIC) *Gestión de la sensibilidad periférica:* enseñar al paciente y a los familiares a examinar la piel a diario para detectar alteraciones en su integridad

#### Actividades auxiliares

- Remitir a procedimientos de ergoterapia, según proceda

#### Otras

- Garantizar el acceso y el uso de elementos de asistencia sensorial, como dispositivos de audición y gafas
- Aumentar la cantidad de estímulos para alcanzar una percepción sensorial adecuada (p. ej., aumentar la interacción social; planificar contactos; y suministrar una radio, una televisión y un reloj con grandes cifras)
- Reducir la cantidad de estímulos para alcanzar una percepción sensorial adecuada (p. ej., atenuar la iluminación, ofrecer una habitación individual, limitar las visitas, establecer periodos de descanso para el paciente)

- Adaptarse a la persona, el lugar, el momento y la situación en cada interacción
- Asegurar al paciente y a los familiares que el déficit sensorial o perceptivo es temporal, según proceda
- (NIC) *Fomento de la comunicación: déficit auditivo:*
  - Indicar una dirección sencilla cada vez
  - Aumentar el volumen de la voz, según proceda
  - Captar la atención del paciente mediante el tacto
  - No taparse la boca, fumar, hablar con la boca llena o mascar chicle mientras se habla
  - Evitar gritar a un paciente con trastornos de la comunicación
- (NIC) *Fomento de la comunicación: déficit visual:*
  - Identificarse al aproximarse al paciente
  - Mejorar la visión que aún tenga el paciente, según proceda
  - No mover los muebles de la habitación del paciente sin informarle de ello
- (NIC) *Gestión de la nutrición:*
  - Ofrecer al paciente alimentos y líquidos ricos en proteínas, calorías y nutrientes que puedan consumirse fácilmente, según proceda
  - Ofrecer posibilidades de elección de alimentos
- (NIC) *Gestión de la sensibilidad periférica:*
  - Evitar o controlar cuidadosamente el uso de calor o frío, como almohadillas eléctricas, botellas de agua caliente o bolsas de hielo
  - Enseñar al paciente a controlar visualmente la posición de las partes del cuerpo en caso de trastorno de la propiocepción

S

### En el domicilio

- Las actividades anteriores son adecuadas para los cuidados en el domicilio
- En el caso de pacientes con pérdida auditiva, recomendar la instalación de dispositivos como amplificadores del timbre del teléfono y luces que indiquen que el teléfono está sonando
- En el caso de pacientes con pérdida de visión, recomendar medidas para garantizar la adecuada iluminación del domicilio; agregar líneas de luces en los zócalos. Recomendar dispositivos como teléfonos con cifras grandes; programar en el teléfono los números de los servicios de urgencia.

### Bebés y niños

- Recomendar que los progenitores controlen las capacidades auditivas del lactante
- Explicar a los progenitores y profesores la importancia de minimizar el ruido de fondo en el caso de que el niño sufra una pérdida auditiva

### Personas mayores

- Animar a los familiares a ofrecer estímulos sensoriales, según proceda (p. ej., fotografías, tacto)
- Ayudar al cliente a reforzar su red social

## SÍNDROME DE DESUSO, RIESGO DE

(1988)

**Definición:** riesgo de deterioro de los sistemas corporales como resultado de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable.

**IMPORTANTE:** las complicaciones de la inmovilidad pueden incluir úlceras por presión, estreñimiento, estasis de las secreciones pulmonares, trombosis, infección o retención en el tracto urinario, reducción de la fuerza y la resistencia, hipotensión ortostática, reducción del rango de movimiento articular, desorientación, trastornos de la imagen corporal e impotencia.

S

### Factores de riesgo

#### Subjetivos

Dolor intenso

#### Objetivos

Alteración del nivel de conciencia

Inmovilización mecánica

Inmovilización prescrita

Parálisis

### Sugerencias de uso

Esta etiqueta describe el grupo de posibles complicaciones de la inmovilidad, como *riesgo de estreñimiento* o *riesgo de deterioro de la integridad cutánea*. Es un diagnóstico de síndrome bajo el cual se agrupan diferentes problemas reales y posibles. Por lo tanto, cuando el factor de riesgo es la inmovilidad, no resulta necesario escribir diferentes diagnósticos de riesgo, como *riesgo de deterioro de la integridad cutánea*. Estas etiquetas más específicas deberían utilizarse sólo si aparece un problema, como *deterioro de la integridad cutánea relacionado con la inmovilidad*, real; o si el factor de riesgo es algo diferente a la inmovilidad, como *riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la malnutrición*. Además, este diagnóstico no debería escribirse con una etiología. Como diagnóstico de síndrome, la etiología (desuso) está incluida en la misma etiqueta.

Aunque la terminología internacional NANDA continúa siendo *riesgo de síndrome de desuso*, Carpenito-Moyet (2006b, p. 272) recomendó que no se escribieran los diagnósticos de síndromes incluyendo las palabras “riesgo de”,

puesto que incluyen diagnósticos de riesgo y problemas reales. En ese caso, el *síndrome de desuso* se utilizaría tanto para pacientes con el factor de riesgo de la inmovilidad como para los que presentan las características definitorias del *síndrome de desuso* real.

### Otros posibles diagnósticos

Si se produce un problema real como resultado de la inmovilidad o si la etiología de un posible problema es diferente a la inmovilidad, debe considerarse la utilización de un diagnóstico de enfermería fisiológico más restringido, como alguno de los que se indican a continuación:

#### Problema real o riesgo de:

Actividad, intolerancia a la  
 Deglución, deterioro de la  
 Estreñimiento  
 Imagen corporal, trastorno de la  
 Impotencia  
 Integridad cutánea, deterioro de la  
 Movilidad física, trastorno de la  
 Patrones de sexualidad, alteración de los  
 Patrón respiratorio, ineficaz  
 Perfusión tisular, alteración de la (periférica)  
 Retención urinaria  
 Sensoperceptivas, alteraciones: todas (especificar)

#### Riesgo de:

Disfunción neurovascular periférica  
 Infección  
 Lesiones

### Resultados NOC

**Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas:** gravedad del peligro para el funcionamiento fisiológico debido al trastorno en la movilidad física

**Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas:** gravedad del peligro para el funcionamiento psicocognitivo debido al trastorno en la movilidad física

**Nivel de movilidad:** capacidad para moverse voluntariamente en su propio entorno de forma independiente, con o sin dispositivo de asistencia

**Resistencia:** capacidad para mantener la actividad

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Los factores de riesgo se controlarán y el paciente no sufrirá *síndrome de desuso*, lo cual se manifestará mediante los resultados de resistencia, consecuencias fisiológicas y psicocognitivas de la inmovilidad, y movilidad
- El paciente mostrará las **consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas**, manifestadas por los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: grave, sustancial, moderada, ligera o ninguna):

Estreñimiento, retención fecal, hipoactividad intestinal o parálisis de íleo  
 Cálculos urinarios, retención urinaria o infección de las vías urinarias  
 Úlcera de decúbito  
 Fractura ósea, contracción o anquilosamiento de las articulaciones  
 Hipotensión ortostática  
 Trombosis venosa  
 Neumonía

- El paciente mostrará las **consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas**, según lo manifiesten los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido):
  - Estado nutricional
  - Fuerza y tono muscular
  - Movimiento articular
  - Tos efectiva
  - Capacidad vital

### Otros ejemplos

Los objetivos de los cuidados para esta etiqueta son amplios y se centran en la prevención de las complicaciones de la inmovilidad para todos los sistemas corporales. Por ejemplo, el paciente será capaz de:

- Mantenerse orientado en tiempo, lugar y persona
- Tener una circulación periférica adecuada
- Mantener una función respiratoria óptima, p. ej.: tos efectiva, sin congestión pulmonar, capacidad vital normal
- Mantener una imagen corporal satisfactoria
- Demostrar concentración e interés en el entorno
- Obtener valores de laboratorio dentro de los límites normales, p. ej., las concentraciones de oxígeno, glucosa, hemoglobina y hematocrito, además de las concentraciones electrolíticas séricas

S

### Intervenciones NIC

**Estimulación cognitiva:** fomentar la conciencia y la comprensión del entorno mediante la utilización estímulos planificados

**Gestión de la energía:** regular el uso de la energía para tratar o prevenir la fatiga y optimizar el funcionamiento

**Gestión del entorno:** manipular el entorno del paciente para beneficio terapéutico, atractivo sensorial y bienestar psicológico

**Terapia con ejercicio: ambulación:** fomentar y ayudar a caminar para mantener o restaurar las funciones corporales autonómicas y voluntarias durante el tratamiento y la recuperación de una enfermedad o lesión

**Terapia con ejercicio: control muscular:** uso de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restaurar el movimiento corporal controlado

**Terapia con ejercicio: equilibrio:** usar actividades, posturas y movimientos específicos para mantener, mejorar o restaurar el equilibrio

**Terapia con ejercicio: movilidad articular:** usar el movimiento corporal activo o pasivo para mantener o restaurar la flexibilidad de las articulaciones

**Terapia de actividad:** prescribir y ayudar con actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el rango, la frecuencia o la duración de la actividad de una persona o grupo

### Actividades de enfermería

**IMPORTANTE:** además de las actividades genéricas que se indican a continuación, los resultados e intervenciones seleccionados para este diagnóstico se determinan mediante el sistema corporal afectado y el grado de desuso. Para ver los objetivos para el paciente y las actividades de enfermería específicos para cada sistema corporal, consultar otros posibles diagnósticos, que se listan en la pág. 652.

### Valoración

- Realizar todas las evaluaciones indicadas por los objetivos/criterios de evaluación anteriores, págs. 652-653
- Vigilar para comprobar que no se produzca depresión
- (NIC) *Gestión de la energía:*
  - Controlar la ingesta nutricional para garantizar unos recursos energéticos adecuados
  - Controlar la respuesta del paciente en oxígeno, p. ej., la frecuencia cardiaca, el ritmo cardiaco y la frecuencia respiratoria, a las actividades de enfermería o de autocuidados
  - Determinar qué y cuánta actividad se requiere para aumentar la resistencia

S

### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Gestión de la energía:*
  - Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de la energía, como el requisito de restricción de la actividad o descanso en cama
  - Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para prevenir la fatiga

### Actividades auxiliares

- Consultar con el fisioterapeuta para encontrar modos de mejorar la movilidad
- (NIC) *Gestión de la energía:* consultar con el dietista para encontrar modos de aumentar la ingesta de alimentos ricos en energía

### Otras

- Planificar y poner en práctica un programa de giros
- (NIC) *Gestión de la energía:*

Evitar las actividades asistenciales durante los periodos de descanso programados

Fomentar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones

Usar ejercicios pasivos y activos con rango de movimiento para aliviar la tensión muscular

Fomentar la actividad física, como caminar o realizar las actividades de la vida diaria que sean coherentes con los recursos energéticos del paciente

Ayudar al paciente a sentarse en el lado de la cama si no puede caminar ni pasar a la silla

### En el domicilio

- La mayoría de las intervenciones anteriores puede adaptarse para su uso en el domicilio
- Comprobar que el paciente dispone de todos los dispositivos necesarios en el hogar
- *(NIC) Gestión de la energía:* instruir al paciente y a su familia para que reconozca los signos y síntomas de la fatiga que requieren una reducción en la actividad

S

### Bebés y niños

- Evaluar los signos de retraso en el desarrollo, en el lenguaje en los niños con edad inferior a cuatro años que deben contenerse, p. ej., mediante tracción
- Observar los signos de regresión y retirada que pueden producirse como respuesta a la enfermedad o a la inmovilidad
- Pedir a la familia que traiga los juguetes especiales del hogar
- Mantener los juguetes al alcance del niño; deben adaptarse a su edad de desarrollo
- Sacar al niño de la habitación, p. ej., a la sala de juegos, al vestíbulo, en la medida de lo posible

### Personas mayores

- Los cambios en los músculos, articulaciones y tejidos conectores vuelven a los ancianos más vulnerables al *síndrome del desuso*
- Resulta de especial importancia recuperar la movilidad tan pronto como sea posible para evitar el deterioro rápido
- Si el paciente se encuentra en reposo completo, colocarlo en posición vertical varias veces al día
- Considerar derivación a fisioterapia para realizar ejercicios de resistencia y refuerzo
- Comenzar la gestión del caso según se necesite para facilitar la habilidad del paciente para vivir en su hogar

---

## SÍNDROME DE ESTRÉS POR TRASLADO

(1992, 2000)

**Definición:** problemas fisiológicos o psicosociales debidos a un traslado de un entorno a otro.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Alienación  
Ansiedad (p. ej., separación)  
Depresión  
Frustración  
Incomunicación  
Ira  
Miedo  
Pérdida de identidad, amor propio o autoestima  
Preocupación  
Problemas para dormir  
Soledad

#### S **Objetivas**

Aumento de la expresión de las necesidades  
Aumentos de los síntomas físicos o enfermedad (p. ej., trastornos digestivos, cambio de peso)  
Ausencia de intención de desplazarse o preocupación sobre la reubicación  
Dependencia  
Desplazamiento [voluntario o involuntario] de un entorno a otro  
Desplazamiento temporal o permanente  
Inseguridad  
Pesimismo  
Retraimiento

### Factores relacionados

Afrontamiento pasivo  
Aislamiento [de familiares y amigos]  
Ausencia de un sistema de apoyo adecuado  
Barrera lingüística  
Deterioro de la salud psicosocial  
Deterioro del estado de salud  
Experiencia impredecible  
Falta de asesoramiento antes del desplazamiento  
Pérdidas  
Pérdidas pasadas, simultáneas y recientes (no recogido en la NANDA internacional)  
Sensación de impotencia

### Sugerencias de uso

Al tratarse de un diagnóstico de síndrome, no es necesaria una etiología para el establecimiento del diagnóstico. Un diagnóstico de enfermería de diagnóstico representa un conjunto de otros diagnósticos de enfermería que se producen a la vez. Si sólo se producen una o dos de las características definitorias (p. ej., ansiedad, soledad), escribir un diagnóstico de enfermería independiente para estas respuestas (p. ej., *ansiedad*) en lugar de emplear el *síndrome de estrés por traslado*.

### Otros posibles diagnósticos

Aflicción crónica  
 Ansiedad  
 Confusión aguda  
 Desesperanza  
 Duelo disfuncional  
 Impotencia  
 Insomnio  
 Soledad, riesgo de  
 Sufrimiento espiritual

S

### Resultados NOC

**Adaptación del niño a la hospitalización:** respuesta adaptativa de un niño de entre tres y 17 años ante la hospitalización

**Afrontamiento:** acciones personales para gestionar los elementos de estrés que ponen a prueba los recursos de una persona

**Ajuste psicosocial: cambio de vida:** respuesta adaptativa psicosocial de un individuo ante un cambio significativo en su vida

**Calidad de vida:** alcance de la percepción positiva de las circunstancias vitales actuales

**Disposición para el alta: vida independiente:** disposición de un paciente para pasar de estar en un centro de asistencia sanitaria a vivir de forma independiente

**Gravedad de la soledad:** gravedad de la respuesta al aislamiento emocional, social o existencial

**Nivel de ansiedad:** gravedad de la manifestación de aprensión, tensión o incomodidad resultante de una fuente sin identificar

**Nivel de depresión:** gravedad del estado de tristeza y de pérdida de interés por los sucesos diarios

**Nivel de estrés:** gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **afrontamiento**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):

Expresa una aceptación de la situación  
Refiere una reducción de los pensamientos negativos  
Refiere una reducción de los síntomas físicos de estrés  
Modifica el modo de vida, según proceda

- Demuestra **ajuste psicosocial: cambio de vida**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Mantiene la autoestima
  - Afirma sentirse útil
  - Emplea el apoyo social disponible

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Demostrar capacidad para adaptarse al nuevo entorno
  - Expresar satisfacción con la nueva planificación
  - Mostrar optimismo acerca del presente y del futuro
  - Mostrar satisfacción con los logros vitales
  - Participar en actos de ocio (p. ej., aficiones)
- El niño deberá:
- Adaptarse a la hospitalización (p. ej., no mostrar agitación, comportamiento regresivo, ansiedad, miedo o ira)
  - Responder a la terapia de juegos y a las medidas de fomento de su bienestar
  - Indicar que ha superado la ansiedad por la separación

S

### Intervenciones NIC

**Apoyo espiritual:** ayuda al paciente para alcanzar el equilibrio y la conexión con una fuerza superior

**Clarificación de valores:** asistencia a otra persona para clarificar sus propios valores con el fin de permitirle tomar una decisión de manera eficaz

**Fomento de la seguridad:** intensificación de la sensación de seguridad física y psicológica del paciente

**Fomento de la socialización:** mejora de la capacidad de otra persona para interactuar con los demás

**Gestión del humor:** ofrecimiento de seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento de un paciente que experimenta un humor depresivo o elevado disfuncional

**Infundir esperanza:** fomento del desarrollo de una perspectiva positiva con respecto a una situación determinada

**Mejorar el afrontamiento:** ayuda a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida

**Orientación sobre el sistema sanitario:** ofrecimiento de ayuda para la ubicación y el uso por parte del cliente de los sistemas sanitarios adecuados

**Planificación del alta:** preparación para desplazar a un paciente de un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de asistencia sanitaria actual

**Promoción de la implicación familiar:** promoción de la participación familiar en el cuidado emocional y físico del paciente

**Reducción de la ansiedad:** minimización de la aprensión, miedo o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro potencial

**Reducción del estrés por reubicación:** asistencia al paciente para prepararse y afrontar un desplazamiento de un entorno a otro

**Terapia del trauma: niño:** empleo de un proceso de ayuda interactivo para eliminar un trauma experimentado por un niño

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Valorar la orientación, el estado de ánimo (p. ej., deprimido, enfadado, ansioso) y estado psicológico del paciente en el momento de la admisión y cada \_\_\_\_\_
- Identificar los horarios y rutinas anteriores del paciente
- Valorar la disposición para el alta
- (NIC) *Mejorar el afrontamiento:* evaluar las necesidades o deseos del paciente en lo referente al apoyo social

### Actividades auxiliares

S

- Mantener la coherencia en cuanto a cuidadores y rutinas diarias en la medida de lo posible; plantearse la consulta a un gestor de casos
- Emplear otros recursos para ayudar en la transición al nuevo entorno
- Coordinar las referencias entre los proveedores y los centros de asistencia sanitaria para que la transferencia o reubicación se produzca sin problemas

### Otras

- Orientar al paciente en el entorno nuevo tan a menudo como sea necesario
- Establecer el entorno nuevo de manera que se parezca en lo posible al anterior en cuanto a la colocación de los objetos personales, los muebles, las fotos, etc.
- Para facilitar el traslado, animar a los familiares a quedarse con el paciente, llevar objetos familiares de casa y ofrecer un ambiente familiar
- Evitar traslados bruscos o no planificados; asimismo, evitar traslados por la noche o durante cambios de turno
- (NIC) *Mejorar el afrontamiento:*
  - Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del suceso
  - Emplear una técnica tranquila y estable
  - Tratar de entender el punto de vista del paciente de la situación estresante
  - Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente esté gravemente estresado
  - Fomentar la obtención de resultados constructivos a partir de la ira y la hostilidad
  - Generar situaciones que animen al paciente a funcionar de forma autónoma

Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan superado con éxito la misma experiencia

Animar al paciente a expresar sus sentimientos, percepciones y temores [sobre la reubicación]

- (NIC) *Fomento de la seguridad*:
  - Ofrecerse a permanecer con el paciente en un entorno nuevo durante las interacciones iniciales con los demás
  - Mostrar los cambios de forma gradual
- Ofrecer información sobre si el traslado será temporal o permanente
- Ayudar al paciente y a los familiares a reconocer y apreciar los logros y las experiencias antiguos
- Ofrecer un entorno en el que el paciente pueda practicar su religión
- Implicar al paciente de forma activa en sus propios cuidados en la medida de lo posible

### En el domicilio

- La mayoría de las actividades de enfermería antes mencionadas se puede adaptar a su uso en el domicilio

## S

### Bebés y niños

- Tratar de evitar el traslado durante el año escolar. Si resulta necesario, ayudar al niño o adolescente durante la transición al nuevo entorno (p. ej., asignando a una persona que se ocupe de él u ofreciéndole asesoramiento)
- Ayudar a los progenitores que deben trasladarse para realizar un tratamiento a su hijo
- Tener en cuenta el grado de desarrollo del niño al valorar sus respuestas al traslado
- Esperar cambios en los hábitos de sueño y comida en el caso de niños que comienzan a andar y de niños en edad preescolar
- Sujetar a un niño pequeño, según proceda
- Recomendar a los progenitores que permanezcan por la noche en el hospital con el niño
- Pedir a los progenitores que lleven al hospital los juguetes favoritos del niño

### Personas mayores

- Programar asistencia para que las personas mayores puedan permanecer en su casa tanto tiempo como sea posible
- Ayudar a la familia a aceptar que, hasta cierto punto, es preferible permanecer en casa aunque las condiciones no sean ideales, antes que internar en un centro a un familiar mayor
- Supervisar la seguridad en el entorno del hogar para permitir que el paciente permanezca en su casa el mayor tiempo posible

- Organizar servicios de asistencia doméstica, comida a domicilio o similares para ayudar al paciente en las actividades de la vida diaria y que, de este modo, pueda permanecer en su casa
- Ofrecer tantas opciones como sea posible en cuanto al traslado (p. ej., horario, modo de transporte, elección del centro)
- Valorar la depresión y la desesperanza, así como la ira y la sensación de impotencia, especialmente al trasladar a alguien a un centro de enfermería
- Valorar el riesgo de suicidio
- Cuando un paciente sea internado en un centro de cuidados a largo plazo, valorar la capacidad del cónyuge para afrontar la situación, así como la del paciente; organizar sistemas de asistencia en el centro para el cónyuge
- Planificar con antelación con los pacientes su admisión en un centro de cuidados a largo plazo

---

## SÍNDROME DE ESTRÉS POR TRASLADO, RIESGO DE

S

(2000)

**Definición:** riesgo de problemas fisiológicos o psicosociales debidos a un traslado de un entorno a otro.

### Factores de riesgo

#### *Subjetivos*

Sensación de impotencia

#### *Objetivos*

Afrontamiento pasivo

Ausencia de un sistema de apoyo adecuado

Competencias mentales moderadas (p. ej., suficientemente alerta como para experimentar los cambios)

Desplazamiento de un entorno a otro

Deterioro del estado de salud [psicosocial o física]

Experiencias impredecibles

Falta de asesoramiento antes del desplazamiento

Nivel entre moderado y alto de cambio de entorno

Pérdidas

### Sugerencias de uso

Ninguna

### Otros posibles diagnósticos

Soledad, riesgo de

Impotencia, riesgo de  
Síndrome de estrés por traslado

### Resultados NOC

Véase el apartado resultados NOC correspondiente a síndrome de estrés por traslado, en la pág. 657.

**Disposición para el alta: asistencia:** disposición de un paciente para pasar de estar en un centro de asistencia sanitaria a vivir con un nivel de asistencia más bajo

**Estado de salud personal:** funcionamiento general físico, psicológico, social y espiritual de un adulto de 18 años o más

### Objetivos/criterios de evaluación

Véase el apartado objetivos/criterios de evaluación correspondiente a síndrome de estrés por traslado, en las págs. 657-658.

### Intervenciones NIC

**Mejorar el afrontamiento:** ayuda a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida

**Planificación del alta:** preparación para desplazar a un paciente de un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de asistencia sanitaria actual

**Reducción de la ansiedad:** minimización de la aprensión, miedo o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro potencial

**Reducción del estrés por reubicación:** asistencia al paciente para prepararse y afrontar un desplazamiento de un entorno a otro

### Actividades de enfermería

Véase el apartado actividades de enfermería correspondiente a síndrome de estrés por traslado, en las págs. 659-661.

---

## SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE, RIESGO DEL

(2002)

**Definición:** presencia de factores de riesgo en muertes súbitas de bebés menores de un año.

### Factores de Riesgo

#### *Modificable*

Colocación de bebés boca abajo o de lado para dormir

Exposición prenatal y posnatal al humo

Retraso o falta de cuidados prenatales

Sobrecalentamiento o demasiada ropa del lactante  
 Tener moquetas suaves y artículos sueltos en el lugar donde duerme

**Potencialmente modificable**

Juventud de la madre  
 Poco peso al nacer  
 Prematuro

**No modificable**

Estacionalidad de las muertes por síndrome de la muerte súbita de lactantes (SIDS) (más elevada en los meses de invierno y otoño)  
 Etnia (p. ej., afroamericano, americano nativo)  
 Género masculino  
 Lactantes desde los dos hasta los cuatro meses

**Sugerencias de uso**

Utilizar las etiquetas más específicas que encajen con las características que definen al paciente. Esta etiqueta es más específica que *riesgo de lesión*, por ejemplo. Recordar que los factores de riesgo para *riesgo de SIDS* están limitados al lugar donde duerme el bebé, excepto para los factores prenatales e inmodificables; mientras que *riesgo por asfixia* incluye factores de riesgo por todo el ambiente. Esto es también aplicable para niños mayores de un año.

**S**

**Otros posibles diagnósticos**

Lesión, riesgo de  
 Asfixia, riesgo de

**Resultados NOC**

**Organización del niño prematuro:** integración extrauterina o fisiológica y función de la conducta de un bebé nacido en el periodo dentro de 24 y 37 semanas de gestación

**Rol parental: seguridad en el entorno social:** las acciones de los padres para evitar daños físicos en un niño desde su nacimiento hasta los dos años

**Objetivos/criterios de evaluación**

**Ejemplos con los términos NOC**

- **Rol parental: seguridad en el entorno social**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar 1-5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, habitualmente):
  - Utilizar cunas que cumplan las regulaciones
  - Colocar al bebé boca arriba para dormir

**Otros ejemplos**

El paciente será capaz de:

- Obtener cuidados prenatales pronto y de forma adecuada

- Identificar adecuadamente factores de seguridad que protejan a las personas o a los niños del SIDS
- Hablar sobre su conocimiento acerca de la seguridad de los colchones y de la ropa de cama
- Evitar fumar durante el embarazo; no se expondrá al bebé a ningún humo

### Intervenciones NIC

**Educación paterna: crianza familiar de los niños:** instruir en la nutrición y cuidados físicos necesarios durante el primer año de vida

**Educación: cuidado del bebé:** instruir en el cuidado durante el primer año de vida

**Fomento del desarrollo:** estructurar el entorno y proveer cuidados en respuesta a las indicaciones de conducta y al estado de los bebés prematuros

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Valorar los preparativos de seguridad para dormir (p. ej., no utilizar colchones de plumas o almohadas en las cunas de los bebés)
- Valorar los factores de riesgo de los prematuros, tales como la juventud de la madre o fumar
- Valorar si los controladores cardiorespiratorios de casa están intermitentes

#### Educación del paciente y la familia

- Proporcionar material educativo relacionado con las estrategias y contramedidas para prevenir el SIDS y las medidas de reanimación de urgencia para tratar con ello.
- *(NIC) Gestión medioambiental: seguridad:* Proporcionar al paciente números telefónicos de emergencia (p. ej., ambulancia, 112)
- Enseñar a la familia a no exponer al bebé a humos
- Enseñar a los padres a no dormir con los niños pequeños
- Enseñar la posición supina para que el niño duerma de esa manera
- Enseñar a que no usen colchones de plumas o de pelo, mantas o almohadas en las camas de los bebés

#### Actividades auxiliares

- Dar a conocer al paciente las clases educacionales de la comunidad (p. ej., CPR)

### En el domicilio

- Las actividades precedentes son apropiadas para su uso en el domicilio

---

## SÍNDROME POSTRAUMÁTICO

(1986, 1998)

**Definición:** respuesta negativa ante un hecho traumático y abrumador.

### Características definitorias

#### *Subjetivas*

Ansiedad  
Cefaleas  
Culpa  
Desesperanza  
Entumecimiento  
Ira o cólera  
Irritabilidad gástrica  
Miedo  
Palpitaciones  
Pensamientos desagradables  
Pesadillas  
Recuerdos retrospectivos  
Sueños desagradables  
Tristeza  
Vergüenza

#### *Objetivas*

Abuso de sustancias tóxicas  
Agresividad  
Alienación  
Amnesia psicógena  
Ataques de pánico  
Comportamiento compulsivo  
Depresión  
Dificultad para concentrarse  
Distanciamiento  
Enuresis (en niños)  
Estado de alerta exagerado  
Estados de ánimo alterados  
Evitación  
Irritabilidad  
Irritabilidad neurosensorial  
Negación  
Reflejo de sobresalto exagerado  
Represión  
Terror

### Factores relacionados

Abuso (físico y psicosocial)

Accidentes graves (p. ej., industriales, de circulación)  
[Combate militar]  
Desastres  
Destrucción repentina de la casa o la comunidad de una persona  
Discriminación penal  
Epidemias  
Guerras  
Haber sido prisionero de guerra  
Riesgo o lesión grave de uno mismo o de un ser querido  
Suceso trágico en el que se produjeron varias muertes  
Sucesos fuera de la experiencia humana normal  
Testigo en casos de mutilación, muerte violenta u otros sucesos terroríficos  
Tortura  
[Violación]

### Sugerencias de uso

(1) Si el factor relacionado es la violación, utilizar uno de los diagnósticos de *síndrome traumático de violación*. (2) Como se trata de un diagnóstico de síndrome, el establecimiento del diagnóstico no requiere factores relacionados y la segunda parte del establecimiento (etiología) debe omitirse. (3) Puede que sean necesarios otros diagnósticos de enfermería (p. ej., *riesgo de suicidio*), además del *síndrome traumático de violación*, para centrar las actividades de enfermería de un modo más específico.

S

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar, ineficaz: incapacitante o comprometido  
Afrontamiento individual: ineficaz  
Automutilación, riesgo de  
Síndrome traumático de violación: reacción compuesta  
Síndrome traumático de violación: reacción silente  
Suicidio, riesgo de  
Violencia autodirigida, riesgo de

### Resultados NOC

**Afrontamiento:** acciones personales para gestionar los elementos de estrés que ponen a prueba los recursos de una persona  
**Contención de automutilación:** acciones personales para evitar las lesiones autoinfligidas (no letales) de forma intencionada  
**Control de los impulsos:** autolimitación de los comportamientos compulsivos o impulsivos  
**Nivel de ansiedad:** gravedad de la manifestación de aprensión, tensión o incomodidad resultante de una fuente sin identificar  
**Nivel de depresión:** gravedad del estado de tristeza y de pérdida de interés por los sucesos diarios  
**Nivel de miedo: niño:** gravedad de la aprensión, tensión o incomodidad resultante de una fuente identificable en un niño de entre uno y 17 años

**Nivel del miedo:** gravedad de la manifestación de aprensión, tensión o incomodidad resultante de una fuente identificable

**Recuperación del abuso: económico:** alcance del control de los asuntos económicos y legales tras una explotación financiera

**Recuperación del abuso: emocional:** alcance de la curación de los daños psicológicos debidos a un abuso

**Recuperación del abuso: sexual:** alcance de la curación de los daños físicos y psicológicos tras una explotación o abuso sexual

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra una **recuperación del abuso: sexual**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: ninguna, limitada, moderada, sustancial, amplia):
  - Expresión del derecho a haber obtenido protección contra el abuso
  - Curación de las lesiones físicas
  - Alivio de la ira de forma no destructiva
  - Evidencia de relaciones normales con personas del sexo opuesto
- Demuestra una **recuperación del abuso: sexual**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: amplia, sustancial, moderada, limitada, ninguna):
  - Expresión de las sensaciones acerca del abuso
  - Problemas para dormir
  - Depresión
  - Automutilación
  - Intentos de suicidio

S

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Reconocer la importancia del asesoramiento
- Mostrar esperanza y control
- No mostrar desórdenes alimenticios
- Identificar los sentimientos y situaciones que le llevan a realizar actos impulsivos
- Controlar los impulsos destructivos y dañinos sin supervisión
- Buscar ayuda cuando no sea capaz de controlar los impulsos
- Referir un alivio de los síntomas físicos (p. ej., cefalea, alteración gastrointestinal)

### Intervenciones NIC

**Adiestramiento para controlar impulsos:** ayuda al paciente para enfrentarse a los comportamientos impulsivos a través de la aplicación de estrategias de solución de problemas en situaciones sociales e interpersonales

**Asesoramiento:** empleo de un proceso de ayuda interactiva que se centra en las necesidades, los problemas o los sentimientos del paciente y las perso-

nas cercanas para mejorar o ayudar en el afrontamiento, la solución de problemas y las relaciones interpersonales

**Asesoramiento sobre recursos financieros:** asesoramiento a una persona y a sus familiares para mantener y gestionar los recursos financieros con el fin de cubrir las necesidades de cuidados sanitarios

**Fomento de la seguridad:** intensificación de la sensación de seguridad física y psicológica del paciente

**Gestión de la conducta: autolesiones:** ayuda al paciente para reducir o eliminar los comportamientos de automutilación o autoabuso

**Gestión del humor:** ofrecimiento de seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento de un paciente que experimenta un humor depresivo o elevado disfuncional

**Mejorar el afrontamiento:** ayuda a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida

**Potenciación del sistema de apoyo:** ofrecimiento de apoyo al paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad

**Prevención del suicidio:** reducción del riesgo de daños autoinflingidos con la intención de acabar con la vida de uno

**Reducción de la ansiedad:** minimización de la aprensión, miedo o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro potencial

S

**Terapia del trauma: niño:** empleo de un proceso de ayuda interactivo para eliminar un trauma experimentado por un niño

**Tratamiento del trauma de la violación:** ofrecimiento de apoyo emocional y físico inmediatamente después de haberse denunciado la violación

## Actividades de enfermería

Véase también el apartado actividades de enfermería para riesgo de síndrome postraumático, en las págs. 671-672.

### Actividades auxiliares

- Seguir las normas del hospital o del centro en lo referente a la responsabilidad legal de informar a las autoridades

### Otras

- Mejorar la sensación de seguridad del paciente de los modos siguientes:
  - Controlar y realizar llamadas de teléfono siempre que el paciente lo desee
  - Controlar y limitar las visitas
  - Contemplar la posibilidad de asignar una habitación privada o semi-privada y la selección del compañero de habitación
  - Aplicar precauciones para evitar daños físicos al paciente u otras personas
- (NIC) *Asesoramiento:*
  - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto
  - Demostrar empatía, calidez y autenticidad
  - Emplear técnicas de reflexión y clarificación para facilitar al paciente la expresión de sus preocupaciones

Animar al paciente a manifestar sus sentimientos  
 Revelar determinados aspectos de la propia experiencia o personalidad para potenciar la autenticidad y la confianza, según proceda  
 Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente esté gravemente estresado, si es posible

---

## SÍNDROME POSTRAUMÁTICO, RIESGO DE

(1998)

**Definición:** riesgo de respuesta negativa continuada ante un suceso traumático o abrumador.

### Factores de riesgo

Apoyo social inadecuado  
 Desplazamiento fuera del domicilio  
 Disminución del amor propio  
 Duración del suceso  
 Falta de apoyo en el entorno  
 Papel desempeñado en el suceso por el superviviente  
 Percepción del suceso  
 Profesión (p. ej., policía, bombero, personal de urgencias hospitalarias, salud mental)  
 Sentido exagerado de la responsabilidad

S

### Sugerencias de uso

(1) Como norma general, los diagnósticos de síndromes son establecimientos de diagnósticos con una parte; se omiten los factores relacionados. Sin embargo, como se trata de un diagnóstico “riesgo de” (potencial), resultaría útil escribir una segunda parte en la que se describieran los factores relacionados como etiología (p. ej., *riesgo de síndrome postraumático debido a un apoyo social inadecuado para hacer frente a las secuelas de haber sobrevivido a un incendio en el que han muerto personas cercanas*). (2) Si las características definitorias se incluyen en alguno de los otros posibles diagnósticos, el/la enfermero/a deberá decidir si resulta más útil realizar un diagnóstico real (p. ej., *aislamiento social relacionado con valores sociales inaceptables*) o aplicar el diagnóstico alternativo como etiología (p. ej., *riesgo de síndrome postraumático relacionado con el aislamiento social*).

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento comunitario, ineficaz  
 Afrontamiento familiar, ineficaz: incapacitante o comprometido  
 Afrontamiento individual: ineficaz  
 Aislamiento social  
 Autoestima situacional, baja

Identidad personal, trastorno de la  
Procesos familiares, alteración de los  
Sufrimiento espiritual

### Resultados NOC

**Afrontamiento:** acciones personales para gestionar los elementos de estrés que ponen a prueba los recursos de una persona

**Control de la agresión:** autolimitación de comportamientos agresivos, violentos o destructivos hacia otras personas

**Control de la depresión:** acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los sucesos diarios

**Estado de recuperación del abuso:** alcance de la curación tras un abuso físico o psicológico que puede incluir explotación sexual o económica

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Recuperación del *síndrome postraumático* evidenciado por estado de recuperación del abuso (si procede); control de la agresión; afrontamiento; y control de la depresión

#### Otros ejemplos

**S** Identificar y controlar o eliminar los factores de riesgo para que no se produzca el *síndrome postraumático*.

El paciente será capaz de:

- Mostrar un amor propio adecuado
- Contar con el apoyo social adecuado
- Demostrar una preocupación adecuada por la situación
- Demostrar una interacción social adecuada
- Identificar y emplear estrategias de afrontamiento eficaces

### Intervenciones NIC

**Adiestramiento para controlar impulsos:** ayuda al paciente para enfrentarse a los comportamientos impulsivos a través de la aplicación de estrategias de solución de problemas en situaciones sociales e interpersonales

**Asesoramiento:** empleo de un proceso de ayuda interactiva que se centra en las necesidades, los problemas o los sentimientos del paciente y las personas cercanas para mejorar o ayudar en el afrontamiento, la solución de problemas y las relaciones interpersonales

**Ayudar a controlar la ira:** facilitación de la expresión de la ira de un modo adaptado y no violento

**Gestión del humor:** ofrecimiento de seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento de un paciente que experimenta un humor depresivo o elevado disfuncional

**Intervención en crisis:** empleo de asesoramiento a corto plazo para ayudar al paciente a afrontar una crisis y reanudar un estado de funcionamiento parecido o mejor que el anterior a la crisis

**Mejorar el afrontamiento:** ayuda a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida

**Potenciación del sistema de apoyo:** ofrecimiento de apoyo al paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad

**Protección contra abusos:** identificación de relaciones y acciones dependientes de alto riesgo para evitar mayores daños físicos y emocionales

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Valorar la respuesta psicológica ante el trauma
- Valorar la adecuación y disponibilidad del sistema de apoyo y los recursos de la comunidad
- Valorar la situación familiar

### Educación del paciente y la familia

- Explicar a las personas cercanas cómo pueden ofrecer ayuda

### Actividades auxiliares

- Ofrecer información o referir al paciente a los recursos comunitarios (p. ej., asesoramiento en casos de violación, ayuda por parte de religiosos, centros de gestión de crisis, grupos de apoyo, profesionales psiquiátricos, servicios sociales, asociaciones de ayuda a víctimas, etc.)

S

### Otras

- Ofrecer posibilidades de apoyo social y resolución de problemas (p. ej., participación en actividades sociales y comunitarias)
- Animar al paciente a explicar el suceso
- Ayudar al paciente que necesite un procedimiento médico invasivo que pueda precipitar los recuerdos retrospectivos:
  - Explicar la necesidad del procedimiento
  - Medicarle previamente para minimizar el sufrimiento y las molestias
  - Permanecer junto al paciente durante el procedimiento
  - Animar al paciente a expresar sus sentimientos tras el procedimiento

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores pueden adaptarse a los cuidados en el domicilio
- Animar a la familia a continuar con las actividades cotidianas tal y como lo hacían antes de que se produjera el trauma
- Si el trauma sólo afectó a un miembro de la familia, asegurarse de valorar el impacto del trauma en los demás familiares
- Ofrecer apoyo a las personas cercanas, así como a la persona traumatizada

### Bebés y niños

- Emplear una terapia de juegos (p. ej., dibujar, jugar con muñecos) para ayudar al niño a expresar los sentimientos de miedo, rabia, culpa, etc.
- Adaptar las explicaciones a la etapa de desarrollo del niño
- Ayudar a los progenitores a comprender las necesidades del niño
- Colaborar con el centro educativo para establecer programas de asesoramiento, entre otros, para hacer frente al estrés postraumático tras un desastre y otro suceso traumático
- Recomendar un asesoramiento y una evaluación psicológica si el niño ha sufrido un trauma, tiene una lesión que le desfigura físicamente o padece cáncer u otra enfermedad grave

### Personas mayores

- Valorar múltiples pérdidas o crisis que podrían haber dañado su capacidad de afrontamiento
- Ayudar al paciente a mejorar su capacidad para afrontar con éxito crisis anteriores
- Valorar la depresión; remitir a un especialista en caso necesario
- En el caso de pacientes que viven solos, animarles a que realicen una interacción social y ayudarles a desarrollar un sistema de apoyo

S

---

## SÍNDROME TRAUMÁTICO DE VIOLACIÓN

(1980, 1998)

**Definición:** respuesta negativa ante una penetración sexual forzada y violenta en contra de los deseos y sin el consentimiento de la víctima.\*

### Características definatorias

#### *Subjetivas*

Ansiedad  
Autoinculpación  
Bochorno  
Cambios de humor  
Confusión  
Culpa  
Humillación

*\*Importante:* este síndrome incluye tres componentes: síndrome traumático de violación, reacción compuesta y reacción silente. Dado que las características definatorias son diferentes, cada uno de ellos aparece como diagnóstico independiente en la taxonomía de la NANDA internacional y en este documento.

Impotencia  
 Ira  
 Miedo  
 Pérdida de autoestima  
 Pesadillas y trastornos del sueño  
 Tensión o espasmos musculares  
 Vergüenza

### Objetivas

Abuso de sustancias tóxicas  
 Agitación  
 Agresividad  
 Cambio en las relaciones  
 Dependencia  
 Depresión  
 Deseo de venganza  
 Desorganización  
 Disfunción sexual  
 Estado de alerta exagerado  
 Fobias  
 Incapacidad para tomar decisiones  
 Indefensión  
 Intentos de suicidio  
 Negación  
 Paranoia  
*Shock*  
 Trastorno disociativo  
 Traumatismo físico (p. ej., hematomas, irritación tisular)  
 Vulnerabilidad

S

### Factores relacionados

Violación [respuesta biopsicosocial del paciente ante el suceso]

### Sugerencias de uso

Utilizar este diagnóstico sólo si no se pueden aplicar los diagnósticos específicos *síndrome traumático de violación: reacción compuesta* y *reacción silente*. Este diagnóstico no requiere una etiología; esta última (la violación) se encuentra implícita en la propia etiqueta. Como norma, los diagnósticos de síndromes no requieren una etiología.

### Otros posibles diagnósticos

Síndrome traumático de violación: reacción compuesta  
 Síndrome traumático de violación: reacción silente

### Resultados NOC

**Afrontamiento:** acciones personales para gestionar los elementos de estrés que ponen a prueba los recursos de una persona

**Funcionamiento sexual:** integración de aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la expresión y la actuación sexual

**Protección del abuso:** protección contra el abuso de personas autónomas o dependientes

**Recuperación del abuso: emocional:** alcance de la curación de los daños psicológicos debidos a un abuso

**Recuperación del abuso: sexual:** alcance de la curación de los daños físicos y psicológicos tras una explotación o abuso sexual

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra una **recuperación del abuso: sexual**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: amplia, sustancial, moderada, limitada, ninguna):
  - Expresión de los detalles del abuso
  - Expresión de las sensaciones acerca del abuso
  - Expresión de la sensación de culpa
  - Problemas para dormir
- Demuestra una **recuperación del abuso: sexual**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: ninguna, limitada, moderada, sustancial, amplia):
  - Expresión de información precisa sobre el funcionamiento sexual
  - Expresión del derecho a haber obtenido protección contra el abuso
  - Expresión de sensación de esperanza
  - Demostración de relaciones normales con personas del mismo sexo y del sexo contrario
- Muestra **afrontamiento**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Identifica y emplea patrones de afrontamiento de forma eficaz
  - Emplea el apoyo social disponible
  - Refiere una reducción de los síntomas físicos de estrés
  - Refiere una reducción de los pensamientos negativos
  - Expresa un sentido del control

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Referir el cese del abuso sexual
- Intervenir en relaciones interpersonales positivas
- Superar los sentimientos de depresión
- Indicar que la afeción por la situación es la adecuada
- Obtener un tratamiento y resolver comportamientos y problemas emocionales resultantes del trauma
- Controlar los impulsos negativos o destructivos

#### Intervenciones NIC

Véase el apartado intervenciones NIC de síndrome traumático de violación: reacción silente, en las págs. 682-683, además de lo siguiente:

**Gestión de la conducta: sexual:** descripción y prevención de comportamientos sexuales socialmente inaceptables

**Intervención en crisis:** empleo de asesoramiento a corto plazo para ayudar al paciente a afrontar una crisis y reanudar un estado de funcionamiento parecido o mejor que el estado anterior a la crisis

**Protección contra abusos de anciano:** identificación de acciones y relaciones del anciano dependientes y de alto riesgo para evitar posibles o mayores daños físicos, sexuales o emocionales, una negligencia de las necesidades vitales básicas o una explotación

**Protección contra abusos del compañero doméstico:** identificación de acciones y relaciones domésticas dependientes y de alto riesgo para evitar posibles o mayores daños físicos, sexuales o emocionales, o una explotación del compañero doméstico

**Protección contra abusos del niño:** identificación de acciones y relaciones del niño dependientes y de alto riesgo para evitar posibles o mayores daños físicos, sexuales o emocionales, o una negligencia de las necesidades vitales básicas

**Terapia del trauma: niño:** empleo de un proceso de ayuda interactivo para eliminar un trauma experimentado por un niño

## Actividades de enfermería

S

### Valoración

- (NIC) *Intervención en crisis:* determinar si el paciente supone un riesgo para su propia seguridad o la de los demás
- (NIC) *Tratamiento del trauma de la violación:*
  - Documentar si el paciente se ha duchado, lavado o bañado desde el incidente
  - Documentar el estado mental, el estado físico (ropa, suciedad y restos), el historial de incidentes, las pruebas de violencia y el historial ginecológico previo
  - Determinar la presencia de cortes, hematomas, hemorragias, laceraciones u otros signos de lesiones físicas

### Educación del paciente y la familia

- Apoyar e informar a las personas cercanas; comentar la respuesta terapéutica de la víctima y los cambios que se pueden prever en su comportamiento
- (NIC) *Tratamiento del trauma de la violación:*
  - Informar al paciente de la prueba del VIH, según proceda
  - Ofrecer instrucciones claras y por escrito sobre el uso de los medicamentos, los servicios de asistencia en caso de crisis y el asesoramiento legal
  - Explicar al paciente los procedimientos legales de los que dispone

### Actividades auxiliares

- (NIC) *Tratamiento del trauma de la violación:*

- Remitir al paciente a un programa de asesoramiento legal
- Ofrecer medicación para evitar el embarazo, según proceda
- Ofrecer de modo profiláctico medicamentos antibióticos contra enfermedades venéreas

### Otras

- Tratar al paciente sin juzgarle y mostrándole apoyo
- Permitir que el paciente se tome el tiempo que necesite para responder a cualquier pregunta, aunque sea muy sencilla
- aconsejar a la familia más cercana, al cónyuge o a la pareja, que mantengan una estrecha relación con la víctima, prestando especial atención a que no se produzcan sentimientos de culpa (p. ej., de uno mismo o proyectados)
- Animar al paciente y a los familiares a que expresen sus sentimientos
- *(NIC) Tratamiento del trauma de la violación:*
  - Ofrecer una persona de apoyo que permanezca con el paciente
  - Aplicar el protocolo de violación (p. ej., etiquetar y guardar la ropa sucia, las secreciones vaginales y las extracciones de vello púbico)
  - Implantar un asesoramiento de intervención en caso de crisis

## S

### En el domicilio

- Algunas de las actividades de enfermería antes descritas pueden emplearse en el domicilio
- Facilitar el desarrollo de un sistema de apoyo a largo plazo
- Explicar a la familia que la recuperación puede tardar mucho tiempo, incluso años
- Recomendar al cliente que realice un seguimiento con su médico de cabecera para hacerse pruebas de embarazo y de infecciones de transmisión sexual

### Bebés y niños

- Ser consciente de que lo más probable es que el niño haya sido violado por un conocido y, normalmente, dentro de su casa o en su vecindario
- Evaluar la posibilidad de suicidio, especialmente cuando la víctima sea un varón adolescente
- Adaptar la comunicación a la etapa de desarrollo del niño
- Emplear juegos para facilitar la expresión de los sentimientos y la descripción del suceso
- Ayudar a los padres a comprender las reacciones del niño tras la violación
- Corregir cualquier conclusión errónea a la que haya llegado el niño sobre el trauma (p. ej., sentimiento de culpabilidad)
- Destacar a los padres la necesidad de restablecer la sensación de seguridad en la vida del niño

### Personas mayores

- Valorar la depresión, la indefensión y la impotencia, que son más comunes en las personas mayores como respuesta a una violación
- Si existen síntomas, tener cuidado con el posible abuso de mayores en instituciones (p. ej., en centros de cuidados a largo plazo); estos pacientes son muy vulnerables y podrían no estar convencidos de la conveniencia de denunciar el abuso

## SÍNDROME TRAUMÁTICO DE VIOLACIÓN: REACCIÓN COMPUESTA

(1980)

**Definición:** penetración sexual violenta y forzada contra los deseos y el consentimiento de la víctima. El síndrome de trauma que se desarrolla por causa de este ataque o intento de ataque incluye una fase aguda de desorganización del modo de vida de la víctima y un largo proceso de reorganización del modo de vida.\*

S

### Características definitorias

#### Subjetivas

Reacción emocional (p. ej., ira, vergüenza, miedo de la violencia física y de la muerte, humillación, deseo de venganza, autoinculpación en fase muy avanzada)

#### Objetivas

Abuso de sustancias tóxicas (fase muy avanzada)

Cambio en el modo de vida (p. ej., cambio de domicilio, enfrentamiento a fobias y pesadillas repetitivas, búsqueda del apoyo familiar, búsqueda de apoyo en la sociedad en fase a largo plazo)

Múltiples síntomas físicos (p. ej., irritabilidad gastrointestinal, molestia genitourinaria, tensión muscular, problemas en el patrón de sueño en fase muy avanzada)

Síntomas reactivados de las condiciones anteriores (p. ej., enfermedad física, enfermedad psiquiátrica en fase muy avanzada)

*\*Importante:* este síndrome incluye tres componentes: síndrome traumático de violación, reacción compuesta y reacción silente. Dado que las características definitorias son diferentes, cada uno de ellos aparece como diagnóstico independiente en la taxonomía de la NANDA internacional y en este documento. (Este diagnóstico se eliminará de la taxonomía de la NANDA-I en la edición 2009-2010 a no ser que se realice una labor adicional para situarlo en un LOE [nivel de evidencia] de 2.1 o superior)

### Otras características definitorias (no recogidas en la NANDA)

Comportamiento suicida u homicida  
Inicio de periodo de celibato  
Promiscuidad  
Temores sexuales  
Trastorno de la imagen corporal  
Trauma físico (p. ej., dolor general, hematomas, lesiones, traumatismo en la boca y el recto)

### Factores relacionados

Se desarrollarán  
Respuesta biopsicosocial del paciente ante la violación (no recogida en la NANDA)

### Sugerencias de uso

Cuando proceda, utilizar esta etiqueta en lugar del diagnóstico más general *síndrome traumático de violación*. Este diagnóstico no necesita ninguna etiología, ya que (1) es el diagnóstico de un síndrome y (2) la etiología (es decir, la violación) está implícita en la propia etiqueta.

### Otros posibles diagnósticos

Síndrome traumático de violación  
Síndrome traumático de violación: reacción silente

### Resultados NOC

Véase también el apartado resultados NOC para síndrome traumático de violación, en las págs. 673-674.

**Autoestima:** valoración personal de la propia valía

**Autonomía personal:** acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones que toma en su vida

**Recuperación del abuso: físico:** alcance de la curación de los daños físicos debidos a un abuso

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

Véase el apartado objetivos/criterios de evaluación para síndrome traumático de violación, en la pág. 674.

#### Otros ejemplos

**IMPORTANTE:** además de los objetivos generales de síndrome traumático de violación, en la pág. 674, los objetivos específicos de este diagnóstico dependen de la medida en que se hayan reactivado las condiciones médicas o psiquiátricas previas del paciente, así como cuáles son dichas condiciones. No es posible mencionar aquí todas las posibilidades que pueden darse. Algunos ejemplos son que el paciente será capaz de:

- Mantenerse en un entorno seguro durante la reactivación de las condiciones médicas o psiquiátricas

- Participar activamente en el asesoramiento sobre la violación
- No hacer uso del alcohol o de las drogas como mecanismo de afrontamiento
- Identificar la existencia de una relación entre sus propias condiciones médicas o psiquiátricas y el suceso de violación
- Volver al nivel anterior de funcionamiento biopsicosocial

### Intervenciones NIC

**Apoyo en la toma de decisiones:** ofrecimiento de información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre asistencia sanitaria

**Asesoramiento:** empleo de un proceso de ayuda interactiva que se centra en las necesidades, los problemas o los sentimientos del paciente y las personas cercanas para mejorar o ayudar al afrontamiento, la solución de problemas y las relaciones interpersonales

**Asesoramiento sexual:** empleo de un proceso de asistencia interactivo que se centra en la necesidad de realizar ajustes en las prácticas sexuales o de mejorar el afrontamiento de un desorden/suceso sexual

**Intervención en crisis:** empleo de asesoramiento a corto plazo para ayudar al paciente a afrontar una crisis y reanudar un estado de funcionamiento parecido o mejor que el estado anterior a la crisis

**Mejorar el afrontamiento:** ayuda a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida

**Mejorar la autoestima:** ayuda a un paciente para mejorar la opinión o la valoración que tiene de sí mismo

**Protección contra abusos de anciano:** identificación de acciones y relaciones del anciano dependientes y de alto riesgo para evitar posibles o mayores daños físicos, sexuales o emocionales, una negligencia de las necesidades vitales básicas o una explotación

**Protección contra abusos del compañero doméstico:** identificación de acciones y relaciones domésticas dependientes y de alto riesgo para evitar posibles o mayores daños físicos, sexuales o emocionales, o una explotación del compañero doméstico

**Protección contra abusos del niño:** identificación de acciones y relaciones del niño dependientes y de alto riesgo para evitar posibles o mayores daños físicos, sexuales o emocionales, o una negligencia de las necesidades vitales básicas

**Protección contra abusos:** identificación de relaciones y acciones dependientes de alto riesgo para evitar mayores daños físicos y emocionales

**Tratamiento del trauma de la violación:** ofrecimiento de apoyo emocional y físico inmediatamente después de haberse denunciado la violación

### Actividades de enfermería

**IMPORTANTE:** véase el apartado actividades de enfermería para síndrome traumático de violación, en las págs. 675-677. Además de ello, se aplican las siguientes actividades:

### Valoración

- Valorar y documentar la orientación del paciente en cuanto a persona, lugar, tiempo y situación
- Realizar una valoración física basada en las quejas del paciente para determinar las condiciones médicas que se presentan
- Realizar una valoración psicosocial centrada en la violación
- *(NIC) Asesoramiento:* determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia

### Educación del paciente y la familia

- Educar a las personas cercanas con respecto a las condiciones médicas o psiquiátricas que se vuelven a producir. Comentar la respuesta terapéutica ante la víctima y su cambio de comportamientos.

### Actividades auxiliares

- Remitir al paciente y a los familiares a someterse a un tratamiento médico o psiquiátrico, según proceda

### Otras

- Establecer un plan de asistencia para estabilizar la condición médica o psicológica y pasar al asesoramiento sobre el trauma de violación
- Ofrecer las precauciones de seguridad necesarias que se indican en la valoración de riesgo de suicidio
- Apoyar a las personas cercanas
- *(NIC) Asesoramiento:*
  - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto
  - Ofrecer privacidad y garantizar la confidencialidad
  - Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente esté gravemente estresado, si es posible

---

## SÍNDROME TRAUMÁTICO DE VIOLACIÓN: REACCIÓN SILENTE

(1980)

**Definición:** penetración sexual violenta y forzada contra los deseos y el consentimiento de la víctima. El síndrome de trauma que se desarrolla por causa de este ataque o intento de ataque incluye una fase aguda de desorganización del modo de vida de la víctima y un largo proceso de reorganización del modo de vida.\*

*\*Importante:* este síndrome incluye tres componentes: síndrome traumático de violación, reacción compuesta y reacción silente. Dado que las características definitorias son diferentes, cada uno de ellos aparece como diagnóstico independiente en la taxonomía de la NANDA internacional y en este documento. (Este diagnóstico se eliminará de la taxonomía de la NANDA-I en la edición 2009-2010 a no ser que se realice una labor adicional para situarlo en un LOE [nivel de evidencia] de 2.1 o superior)

## Características definitorias

### Subjetivas

Aumento de la ansiedad durante la entrevista (es decir, bloqueo de asociaciones, largos periodos de silencio, ligero tartamudeo, malestar físico)

Aumento de las pesadillas

Falta de expresión del suceso de violación

### Objetivas

Aparición repentina de reacciones fóbicas

Cambios bruscos en las relaciones con el sexo opuesto

Importantes cambios en el comportamiento sexual

### Otras características definitorias (no recogidas en la NANDA)

Baja confianza en uno mismo y baja autoestima de forma persistente

Desconfianza

Intento de evitar relaciones estrechas

Irritabilidad hacia el sexo del autor de la violación

## Factores relacionados

Se desarrollarán

S

## Sugerencias de uso

Si se detectan características definitorias, utilizar esta etiqueta en lugar del diagnóstico más general de *síndrome traumático de violación*. Este diagnóstico no necesita una etiología, ya que se trata del diagnóstico de un síndrome y la etiología (es decir, la violación) se encuentra implícita en la propia etiqueta.

## Otros posibles diagnósticos

Síndrome traumático de violación

Síndrome traumático de violación: reacción compuesta

## Resultados NOC

**Control de la ansiedad:** acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos de aprensión, tensión o incomodidad procedentes de una fuente no identificada

**Funcionamiento sexual:** integración de aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la expresión y la actuación sexual

**Nivel de ansiedad:** gravedad de la manifestación de aprensión, tensión o incomodidad resultante de una fuente sin identificar

**Protección del abuso:** protección contra el abuso de personas autónomas o dependientes

**Recuperación del abuso: emocional:** alcance de la curación de los daños psicológicos debidos a un abuso

**Recuperación del abuso: sexual:** alcance de la curación de los daños físicos y psicológicos tras una explotación o abuso sexual

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

Véase el apartado objetivos/criterios de evaluación para síndrome traumático de violación, en la pág. 674.

### Otros ejemplos

**IMPORTANTE:** además de los objetivos generales de síndrome traumático de violación, en la pág. 674, los objetivos específicos de este diagnóstico dependen de la medida en que se hayan reactivado las condiciones médicas o psiquiátricas previas del paciente, así como cuáles son dichas condiciones. No es posible mencionar aquí todas las posibilidades que pueden darse. Algunos ejemplos son que el paciente será capaz de:

- Reconocer la violación o el intento de ésta
- Expresar los detalles de la violación o el intento de ésta como método de catarsis
- Expresar las sensaciones relacionadas con la violación o el intento de la misma
- Describir un plan que incluya medidas de seguridad para reducir riesgos futuros
- Experimentar una reducción de los síntomas de respuesta al estrés (p. ej., pesadillas)
- Volver al nivel anterior de funcionamiento biopsicosocial (especificar el nivel)

S

### Intervenciones NIC

**Asesoramiento:** empleo de un proceso de ayuda interactiva que se centra en las necesidades, los problemas o los sentimientos del paciente y las personas cercanas para mejorar o ayudar en el afrontamiento, la solución de problemas y las relaciones interpersonales

**Asesoramiento sexual:** empleo de un proceso de asistencia interactivo que se centra en la necesidad de realizar ajustes en las prácticas sexuales o de mejorar el afrontamiento de un desorden/suceso sexual

**Gestión de la conducta: sexual:** descripción y prevención de comportamientos sexuales socialmente inaceptables

**Mejorar el afrontamiento:** ayuda a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida

**Protección contra abusos de anciano:** identificación de acciones y relaciones del anciano dependientes y de alto riesgo para evitar posibles o mayores daños físicos, sexuales o emocionales, una negligencia de las necesidades vitales básicas o una explotación

**Protección contra abusos del compañero doméstico:** identificación de acciones y relaciones domésticas dependientes y de alto riesgo para evitar posibles o mayores daños físicos, sexuales o emocionales, o una explotación del compañero doméstico

**Protección contra abusos del niño:** identificación de acciones y relaciones del niño dependientes y de alto riesgo para evitar posibles o mayores daños físicos, sexuales o emocionales, o una negligencia de las necesidades vitales básicas

**Protección contra abusos:** identificación de relaciones y acciones dependientes de alto riesgo para evitar mayores daños físicos y emocionales

**Reducción de la ansiedad:** minimización de la aprensión, miedo o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro potencial

**Tratamiento del trauma de la violación:** ofrecimiento de apoyo emocional y físico inmediatamente después de haberse denunciado la violación

### Actividades de enfermería

Véase también el apartado actividades de enfermería para síndrome traumático de violación, en las págs. 675-677, y para síndrome traumático de violación: reacción compuesta, en las págs. 679-680.

### Otras

- Confirmar con el paciente que se ha producido recientemente un suceso traumático e identificarlo específicamente como “violación”
- Animar al paciente a expresar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos
- Establecer una relación terapéutica que permita examinar la reacción silente
- Ayudar al paciente y a los familiares para establecer una red de apoyo
- (NIC) *Asesoramiento*: expresar la discrepancia entre los comportamientos y los sentimientos del paciente

S

---

## SOLEDAD, RIESGO DE

(1994, 2006)

**Definición:** riesgo de experimentar incomodidad asociada a un deseo o necesidad de un mayor contacto con otras personas.

### Factores de riesgo

Aislamiento físico [p. ej., aislamiento debido a una enfermedad infecciosa]

Aislamiento social [p. ej., rechazo por parte del grupo de coetáneos]

Carencia afectiva [p. ej., muerte del cónyuge]

Privación de compañía [p. ej., nadie con quien hablar]

### Sugerencias de uso

Conviene distinguir entre este diagnóstico y *aislamiento social*. *Aislamiento social* es un problema objetivo (percibido por los demás); *soledad* es subjetivo (estado interno). El *aislamiento social* puede ser el factor de riesgo o la etiología de *soledad*.

La *soledad* describe mejor la respuesta emocional ocasionada por una soledad no deseada en una persona. En el caso de la *soledad* causada por una discapacidad física o por una desfiguración, véase *trastorno de la imagen corporal*.

### Otros posibles diagnósticos

Aislamiento social  
Duelo disfuncional  
Imagen corporal, trastorno de la  
Interacción social, deterioro  
Síndrome de estrés por traslado

### Resultados NOC

**Gravedad de la soledad:** gravedad de la respuesta al aislamiento emocional, social o existencial

**Implicación social:** interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra una prevención de la *soledad*, como lo indican la gravedad de la soledad y la implicación social
- Muestra **implicación social**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Interactúa con amigos cercanos, vecinos, familiares o compañeros de trabajo
  - Participa como miembro de la comunidad religiosa
  - Participa con otras personas en actividades de ocio
  - Participa en actividades organizadas

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Emplear el tiempo de manera positiva cuando la socialización no sea posible
- Identificar las razones por las que se siente solo
- Describir un plan para mejorar las relaciones importantes
- Emplear técnicas de comunicación interpersonal eficaces (p. ej., apertura de uno mismo, cooperación, sensibilidad, seguridad en uno mismo, consideración, sinceridad, verdad y compromiso); especificar las técnicas más relevantes para el paciente
- Expresar la importancia de los apoyos sociales (p. ej., el suministro de ayuda por parte de otras personas)
- Mostrar disposición para pedir ayuda a otros
- Valorar el sentimiento de pena de forma eficaz (p. ej., expresar sentimientos, expresar la aceptación de una pérdida)

## Intervenciones NIC

**Apoyo espiritual:** ayuda al paciente para alcanzar el equilibrio y la conexión con una fuerza superior

**Facilitar las visitas:** fomento de las visitas beneficiosas por parte de familiares y amigos

**Fomento de la socialización:** mejora de la capacidad de otra persona para interactuar con los demás

**Promoción de la integridad familiar:** promoción de la cohesión y unidad familiares

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Valorar los sistemas de apoyo reales y percibidos del paciente
- Determinar los factores de riesgo de soledad (p. ej., falta de energía necesaria para la interacción social, técnicas de comunicación deficientes)
- Comparar el deseo del paciente de recibir visitas e interactuar socialmente con las visitas y la interacción social reales
- Controlar la respuesta del paciente ante visitas de familiares y amigos
- (NIC) *Facilitar las visitas:*
  - Determinar las preferencias del paciente en cuanto a las visitas y a la transmisión de información
  - Determinar la necesidad de obtener más visitas de familiares y amigos
- Valorar las relaciones familiares anteriores y actuales

S

### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Facilitar las visitas:*
  - Debatir la posibilidad de realizar estancias nocturnas de familiares o personas cercanas

### Actividades auxiliares

- Remitir al paciente a un grupo o programa para mejorar sus conocimientos y prácticas sobre técnicas de comunicación e interacción
- Remitir a grupos de apoyo, según proceda

### Otras

- (NIC) *Facilitar las visitas:*
  - Facilitar las visitas de niños, según proceda
  - Ayudar a los familiares a encontrar alojamiento y comidas adecuados
- Animar al paciente a hablar acerca de su sensación de soledad
- Hacer representaciones de las técnicas de comunicación con el paciente
- Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus límites en cuanto a comunicación
- Realizar comentarios positivos cuando el paciente emplee de forma eficaz las técnicas de interacción social
- Ayudar al paciente a reconocer los apoyos sociales disponibles
- Animar a los familiares a ofrecer ayuda al paciente, según proceda

### En el domicilio

- Algunas de las intervenciones antes mencionadas se pueden adaptar a su uso en el domicilio
- Enseñar técnicas sociales si fuera necesario (p. ej., apertura de un mismo en cuanto a su papel social)
- Enseñar al paciente a controlar los comportamientos que contribuyen a su aislamiento social
- Ayudar al paciente a descubrir nuevas aficiones
- Debatir con el paciente la posibilidad de concertar visitas por parte de servicios de voluntarios
- Animar al paciente a contactar con otras personas que tengan aficiones similares
- Animar a mantener un contacto telefónico o informático con familiares y amigos

### Bebés y niños

- Valorar la timidez y la baja autoestima, en especial en los adolescentes
- Debatir con los progenitores la posibilidad de adquirir una mascota

## S

### Personas mayores

- Valorar las limitaciones funcionales que puedan interferir con la interacción social (p. ej., dificultad para comunicarse, problemas auditivos o de visión)
- Valorar la depresión; remitir a un experto en problemas psíquicos si fuera necesario
- Valorar cambios en el estado mental (p. ej., pérdida de memoria, confusión)
- Fomentar la participación en grupos de actividades físicas (p. ej., acuático)
- Debatir la posibilidad de trasladarse a una residencia de ancianos
- Reservar al paciente una comida al día en un centro para mayores

---

## SUEÑO, DEPRIVACIÓN DEL

(1998)

**Definición:** periodos prolongados de tiempo durante el que no tiene lugar el sueño (suspensión natural periódica de la consciencia relativa).

### Características definitorias

#### *Subjetivas*

Alucinaciones

Ansiedad  
Fatiga  
Hipersensibilidad al dolor  
Incapacidad para concentrarse  
Malestar general  
Somnolencia durante el día  
Trastornos perceptivos (p. ej., trastorno de la sensibilidad corporal, delirios, sensación de ingravidez)

### **Objetivas**

Agitación  
Aletargamiento  
Ansiedad  
Apatía  
Combatividad  
Confusión aguda  
Desgana  
Inquietud  
Irritabilidad  
Lentitud de las reacciones  
Nistagmo rápido  
Paranoia transitoria  
Reducción de la capacidad de funcionamiento  
Temblor de manos

**S**

### **Factores relacionados**

Actividad diaria inadecuada  
Apnea del sueño  
Asincronía circadiana constante  
Cambio del patrón de sueño relacionado con el envejecimiento  
Costumbres parentales que no inducen el sueño  
Demencia  
Entorno de sueño [no familiar o] incómodo constante  
Enuresis relacionada con el sueño  
Erecciones dolorosas relacionadas con el sueño  
Estimulación ambiental constante  
Higiene nocturna inadecuada constante  
Hipersomnolencia del sistema nervioso central idiopática  
Molestias físicas prolongadas  
Molestias psicológicas prolongadas  
Movimiento periódico de las extremidades (p. ej., síndrome de las piernas inquietas, mioclonía nocturna)  
Narcolepsia  
Parálisis del sueño de tipo familiar  
Pesadillas  
Síndrome de Sundowner  
Sonambulismo

Terror nocturno

Uso prolongado de antisporíferos dietéticos o farmacológicos

### Sugerencias de uso

Como el diagnóstico *deprivación del sueño* indica una falta de sueño que se produce durante largos periodos de tiempo, las características definitorias son más variadas y más graves que las del diagnóstico *alteración del patrón de sueño*, que hace referencia a una falta de sueño durante un corto periodo de tiempo que puede producirse, por ejemplo, durante una hospitalización breve. Por lo tanto, además de las medidas para promover y recobrar el sueño, las actividades de enfermería del diagnóstico *deprivación del sueño* se centrarán en el alivio de los síntomas, como paranoia, inquietud y confusión. *Deprivación del sueño* puede ser la etiología de otros diagnósticos de enfermería, como, por ejemplo, *ansiedad*, *confusión aguda*, *alteración de los procesos de pensamiento*, *trastorno de memoria* y *alteraciones sensorceptivas*.

### Otros posibles diagnósticos

Actividad, intolerancia a la

Confusión aguda

Fatiga

Patrón de sueño, alteración del

S

### Resultados NOC

**Descanso:** cantidad y patrón de la reducción de actividad para lograr un rejuvenecimiento físico y mental

**Equilibrio emocional:** ajuste adecuado de un estado emocional prevaeciente como respuesta a las circunstancias

**Gravedad del síntoma:** gravedad de los cambios negativos percibidos en el funcionamiento físico, emocional y social

**Sueño:** suspensión natural periódica de la consciencia durante la cual el organismo se restaura

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **sueño**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: comprometido en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido):
  - Sensación de rejuvenecimiento tras el sueño
  - Patrón y calidad del sueño
  - Rutina del sueño
  - Horas de sueño observadas
  - Alerta en los momentos adecuados

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Referir un alivio de los síntomas de *deprivación del sueño* (p. ej., confusión, ansiedad, somnolencia durante el día, trastornos perceptivos y cansancio)
- Identificar y aplicar medidas que mejoren el descanso o el sueño
- Identificar factores que contribuyen a la *deprivación del sueño* (p. ej., dolor, actividad diaria inadecuada)

### Intervenciones NIC

**Gestión de la energía:** regulación del uso de la energía para tratar o prevenir la fatiga y optimizar el funcionamiento

**Gestión de la medicación:** fomento de un uso seguro y eficaz de los medicamentos prescritos y sin receta

**Gestión del humor:** ofrecimiento de seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento de un paciente que experimenta un humor depresivo o elevado disfuncional

**Mejorar el sueño:** facilitación de ciclos regulares de sueño-vigilia

### Actividades de enfermería

Véase el apartado actividades de enfermería correspondiente a alteración del patrón de sueño, en las págs. 541-543, así como el apartado actividades de enfermería correspondiente a disposición para mejorar el sueño, en las págs. 691-692.

S

### Valoración

- Valorar los síntomas de *deprivación del sueño*, como *confusión aguda*, *agitación*, *ansiedad*, trastornos perceptivos, lentitud de las reacciones e irritabilidad

### Educación del paciente y la familia

- Indicar las consecuencias fisiológicas y de seguridad de la apnea del sueño
- Indicar al paciente y a los familiares cuáles son los factores que interfieren con el sueño (p. ej., estrés, estilo de vida caótico, trabajo por turnos, temperatura ambiente demasiado alta o baja)

### Actividades auxiliares

- Consultar al médico acerca de la necesidad de revisar la medicación en caso de que interfiera con el sueño
- Consultar al médico acerca del uso de medicación para dormir que no suprima la fase de sueño desincronizado (REM)
- Remitir al paciente, según proceda, para tratar los síntomas graves de *deprivación del sueño* (p. ej., *confusión aguda*, *agitación* o *ansiedad*)

### Otras

- Tratar los síntomas de *deprivación del sueño*, según proceda (p. ej., *ansiedad*, inquietud, paranoia transitoria, incapacidad para concentrarse); dichos síntomas variarán en función del paciente

### En el domicilio

- Instruir a los clientes que deban aprender a manejar máquinas de CPAP

## SUEÑO, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL

(2002)

**Definición:** patrón de suspensión natural periódica de la consciencia que ofrece un descanso adecuado, permite mantener el estilo de vida deseado y se puede reforzar.

### Características definatorias

#### Subjetivas

El paciente desea mejorar el sueño

El paciente refiere sentirse descansado tras el sueño

#### Objetivas

Cantidad de sueño acorde con las necesidades de desarrollo

Seguimiento de rutinas de sueño que favorecen los hábitos de sueño

Uso ocasional de medicamentos para provocar el sueño

### Factores relacionados

Este diagnóstico es positivo, por lo que no se necesita ninguna etiología.

### Sugerencias de uso

Si existen factores de riesgo, emplear el diagnóstico *riesgo de privación del sueño* o *riesgo de alteración del patrón de sueño*.

### Otros posibles diagnósticos

Patrón de sueño, alteración del (riesgo)

Sueño, privación del (riesgo)

### Resultados NOC

**Descanso:** cantidad y patrón de la reducción de actividad para lograr un rejuvenecimiento físico y mental

**Nivel de comodidad:** alcance de la percepción positiva de la comodidad física y psicológica

**Sueño:** suspensión natural periódica de la consciencia durante la cual el organismo se restaura

### Objetivos/criterios de evaluación

Véase el apartado resultados NOC correspondiente al diagnóstico privación del sueño, en la pág. 688.

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Identificar medidas que mejoren el descanso o el sueño
- Demostrar un bienestar físico y psicológico
- Lograr un sueño adecuado sin emplear medicamentos

### Intervenciones NIC

**Gestión de la energía:** regulación del uso de la energía para tratar o prevenir la fatiga y optimizar el funcionamiento

**Gestión del entorno: comodidad:** manipulación del entorno del paciente para mejorar la comodidad óptima

**Mejorar el sueño:** facilitación de ciclos regulares de sueño-vigilia

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Valorar la evidencia de mejoras en el sueño
- Controlar el patrón de sueño del paciente
- (NIC) *Mejorar el sueño:* determinar los efectos de la medicación del paciente en el patrón de sueño

S

#### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Mejorar el sueño:*  
Indicar al paciente que evite tomar alimentos o bebidas a la hora de dormir que puedan interferir con el sueño  
Informar al paciente y a sus personas cercanas acerca de los factores (p. ej., fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, frecuentes cambios de turno de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, demasiadas horas de trabajo y otros factores ambientales) que contribuyen a generar problemas en el patrón de sueño

#### Actividades auxiliares

- Consultar al médico acerca de la necesidad de revisar la medicación en caso de que interfiera con el patrón de sueño
- (NIC) *Mejorar el sueño:* recomendar el uso de medicación para favorecer el sueño que no contenga supresores de sueño desincronizado

#### Otras

- Evitar ruidos fuertes y el empleo de luz directa durante el sueño nocturno, ofrecer un entorno tranquilo y minimizar las interrupciones
- Encontrar un compañero de habitación compatible con el paciente, si es posible
- Ayudar a que el paciente identifique y se anticipe a los factores que puedan causar problemas de sueño, como el miedo, problemas no resueltos o conflictos
- (NIC) *Mejorar el sueño:*

Facilitar el mantenimiento de la rutina habitual del paciente, las acciones o los rituales antes de acostarse (p. ej., para niños, su manta o juguete favoritos, mecedora, chupete o cuento; para adultos, un libro para leer, etc.), según proceda

Ayudar al paciente a limitar las horas de sueño durante el día ofreciéndole actividades que le mantengan despierto, según proceda

### En el domicilio

- Las actividades anteriores son adecuadas o pueden adaptarse a su uso en el domicilio

### Personas mayores

- Recomendar que el paciente se dé un baño caliente antes de dormir
- Recomendar al paciente que limite la ingesta de fluidos durante la tarde
- Recomendar al cliente la ingesta de diuréticos por la mañana

## S SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

(1978, 2002)

**Definición:** disminución de la capacidad de experimentar e integrar un significado y un propósito en la vida a través de la conexión con uno mismo y con los demás, con el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior a uno mismo.

### Características definitorias

#### *Conexiones con uno mismo*

Aceptación  
Afrontamiento ineficaz  
Amor  
Autoperdón  
Culpa  
Esperanza  
Expresión de falta de:  
Ira  
Paz y serenidad  
Significado y propósito en la vida  
Valor

#### *Conexiones con los demás*

Expresión de alienación  
Expresión de separación del sistema de apoyo  
Rechazo de las interacciones con las personas cercanas

Rechazo de las interacciones con los líderes espirituales

***Conexiones con el arte, la música, la literatura y la naturaleza***

Falta de interés por la literatura religiosa

Falta de interés por la naturaleza

Incapacidad para expresar un estado de creatividad anterior (cantar, escuchar música y leer)

***Conexiones con un poder mayor que el de uno mismo***

Cambios repentinos en las prácticas religiosas

Deseo de ver a un líder religioso

Expresión de desesperanza

Expresión de ira contra Dios

Expresión de sentirse abandonado

Expresión de sufrimiento

Incapacidad de realizar un acto introspectivo o de introversión

Incapacidad para experimentar lo trascendente

Incapacidad para participar en actividades religiosas

Incapacidad para rezar

**Factores relacionados**

Ansiedad

Autoalienación

Cambio de vida

Deprivación sociocultural

Dolor

Enfermedad crónica de uno mismo o de otros

Fallecimiento [de otras personas]

Fallecimiento inminente

Soledad o alienación social

S

**Otros factores relacionados (no recogidos en la NANDA internacional)**

Discrepancia entre las creencias religiosas y el tratamiento prescrito

**Sugerencias de uso**

(1) El bienestar espiritual debe considerarse como una sensación general y no sólo limitada a la religión. Todas las personas son religiosas en cuanto a que necesitan algo que dé sentido a sus vidas. Para algunos, se trata de creer en Dios en el sentido tradicional; para otros, se trata de un sentimiento de armonía con el universo; para otros, en cambio, puede tratarse de la familia y los niños. Cuando el paciente cree que la vida no tiene un significado o un propósito, en cualquier sentido, se produce el *sufrimiento espiritual*. (2) Algunos de los diagnósticos alternativos siguientes pueden provocar un *sufrimiento espiritual*.

**Otros posibles diagnósticos**

Aflicción crónica

Afrontamiento individual: ineficaz

Ansiedad ante la muerte

Sufrimiento espiritual, riesgo de  
Toma de decisiones, conflicto en la

### Resultados NOC

**Bienestar espiritual:** conexión con uno mismo, con otros, con un poder supremo, con la vida, con la naturaleza y el universo que trasciende y fortalece a la persona

**Esperanza:** optimismo que es satisfactorio desde el punto de vista personal y supone una ayuda en el día a día

**Muerte digna:** acciones personales para mantener el control y la comodidad al acercarse el final de la vida

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **esperanza**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):  
Expresión de fe, sentido de la vida y paz interior
- Muestra **bienestar espiritual**, como evidencian los indicadores siguientes (especificar 1-5: comprometido en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido):
  - Significado y propósito en la vida
  - Logro de una visión espiritual del mundo
  - Capacidad para amar y perdonar
  - Capacidad para rezar y rendir culto
  - Interacción con los líderes espirituales
  - Conexión con el yo interior
  - Interacción con otros para compartir pensamientos, sentimientos y creencias

S

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Reconocer que la enfermedad es un reto para el sistema de creencias
- Reconocer que el tratamiento entra en conflicto con el sistema de creencias
- Mostrar técnicas de afrontamiento para hacer frente al sufrimiento espiritual
- Expresar una aceptación de ataduras culturales o religiosas limitadas
- Comentar las preocupaciones y las prácticas religiosas

El paciente moribundo será capaz de:

- Expresar que acepta o está listo para afrontar la muerte
- Reconciliarse con antiguas relaciones
- Mostrar afecto por las personas cercanas

### Intervenciones NIC

**Apoyo emocional:** ofrecimiento de reafirmación, aceptación y apoyo durante épocas de estrés

**Apoyo espiritual:** ayuda al paciente para alcanzar el equilibrio y la conexión con una fuerza superior

**Cuidado en la agonía:** fomento de la comodidad física y la tranquilidad psicológica en la última etapa de la vida

**Facilitar el crecimiento espiritual:** facilitación del crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, conectar y referirse al origen del significado, la finalidad, el bienestar, la fuerza y la esperanza vitales.

**Infundir esperanza:** fomento del desarrollo de una perspectiva positiva con respecto a una situación determinada

## Actividades de enfermería

### Valoración

- En el caso de pacientes que tengan alguna creencia religiosa, valorar los indicadores de estado del paciente planteándole preguntas como éstas:
  - ¿Cree que su fe le sirve de ayuda? ¿De qué manera es importante para usted ahora mismo?
  - ¿Cómo puedo ayudarle a apoyar su fe? Por ejemplo, ¿le gustaría que le leyera alguna oración?
  - ¿Desea recibir la visita de un asesor espiritual o del capellán del hospital? Hábleme de cualquier práctica religiosa concreta que sea importante para usted.
- Realizar valoraciones indirectas del estado espiritual del paciente mediante las acciones siguientes:
  - Determinar el concepto que tiene el paciente de Dios observando los libros que se encuentran junto a la cama o los programas de televisión que suele ver. Asimismo, estudiar si la vida del paciente parece tener un sentido, un valor y un propósito.
  - Determinar la fuente de esperanza y fuerza del paciente. ¿Se trata de Dios, en el sentido tradicional, de un familiar o de una “fuente interior” de fuerza? Averiguar de qué persona es de la que más habla el paciente, o bien preguntarle: ¿quién es importante para usted?
  - Observar si parece que el paciente está rezando cuando entre en la habitación, antes de las comidas o durante los procedimientos.
  - Detectar elementos como literatura religiosa, rosarios y tarjetas con motivos religiosos junto a la cama.
  - Escuchar lo que opina el paciente acerca de la relación entre las creencias espirituales y su estado de salud, en especial opiniones como: “¿Por qué ha dejado Dios que me pase esto?”, o “si tengo fe, me pondré bien”

S

### Actividades auxiliares

- Comunicar las necesidades alimenticias (p. ej., comida Kosher, dieta vegetariana, dieta sin carne de cerdo) al dietista
- Solicitar asesoramiento espiritual para ayudar al paciente y a los familiares a determinar las necesidades tras la hospitalización y conocer los recursos comunitarios para obtener apoyo

- (NIC) *Apoyo espiritual*: remitir a un asesor espiritual que elija el paciente

#### Otras

- Explicar las limitaciones que supone la hospitalización para el cumplimiento de los rituales religiosos
- Realizar inmediatamente los cambios necesarios para adaptarse a las necesidades del paciente (p. ej., animar a los familiares o amigos del paciente a llevarle comida especial)
- Ofrecer al paciente privacidad y tiempo para las prácticas religiosas
- (NIC) *Apoyo espiritual*:
  - Estar abierto a las expresiones de soledad e impotencia del paciente
  - Emplear técnicas de explicación de valores para ayudar al paciente a comprender sus creencias y valores, según proceda
  - Mostrar empatía con los sentimientos del paciente
  - Escuchar con atención al paciente y desarrollar una especie de horario para la oración y los rituales
  - Asegurar al paciente que siempre habrá disponible un/a enfermero/a para ayudarlo en momentos de sufrimiento
  - Animar al paciente a asistir a los oficios en la capilla, si lo desea
  - Ofrecer al paciente los artículos religiosos que desee, según sus preferencias

S

#### En el domicilio

- Las actividades anteriores son adecuadas para los cuidados en el domicilio
- Ayudar al paciente y a los familiares a crear un espacio en el hogar para la meditación o la oración

#### Personas mayores

- Organizar ayuda (p. ej., asistencia doméstica) para leer textos sagrados al paciente si éste lo desea y no puede leerlos por sí mismo

---

## SUFRIMIENTO ESPIRITUAL, RIESGO DE

(1998, 2004)

**Definición:** peligro causado por una capacidad deteriorada para experimentar e integrar el significado y el propósito de la vida a través de la conexión con uno mismo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o una fuerza mayor que uno mismo.

## Factores de riesgo

### *Del desarrollo*

Cambios de vida

### *Medioambientales*

Cambios medioambientales

Desastres naturales

### *Físicos*

Abuso de sustancias

Enfermedades crónicas

Enfermedades físicas

### *Psicológicos y sociales*

Ansiedad

Autoestima baja

Bloqueo provocado por las experiencias amorosas

Cambio de prácticas espirituales

Cambio de rituales religiosos

Conflicto cultural

Conflicto racial

Depresión

Estrés

Incapacidad para perdonar

Malas relaciones

Pérdida

Sistemas de apoyo separados

S

## Sugerencias de uso

Véanse las sugerencias de uso para el sufrimiento espiritual, pág. 693.

## Otros posibles diagnósticos

Aflicción crónica

Afrontamiento individual: ineficaz

Ansiedad, muerte

Duelo disfuncional

Sufrimiento espiritual

Toma de decisiones, conflicto en la

## Resultados NOC

**Esperanza:** optimismo que está personalmente satisfecho y se apoya en la vida.

**Padecimiento intenso:** la intensidad de la angustia asociada con un síntoma de dolor, daño o pérdida que tenga efectos potentes a largo plazo.

**Salud espiritual:** la conexión con uno mismo, con los otros, el poder superior, toda la vida, la naturaleza, y el universo que trasciende y le da poderes a todos.

## Objetivos/criterios de evaluación

Véanse los objetivos/criterios de evaluación para sufrimiento espiritual en la pág. 694.

## Intervenciones NIC

**Apoyo espiritual:** ayudar al paciente para que se sienta equilibrado y conectado con un poder superior

**Facilitar el crecimiento espiritual:** facilitar el crecimiento en la capacidad del paciente para identificar, conectar y apelar a la fuente de significado, propósito, confort, fuerza y esperanza en su vida

**Infundir esperanza:** facilitar el desarrollo de una opinión positiva en una situación dada

## Actividades de enfermería

Véanse las actividades de enfermería para sufrimiento espiritual, págs. 695-696.

## Valoración

- Valorar situaciones que podrían conducir al sufrimiento espiritual (p. ej. baja autoestima, ansiedad, falta de relaciones de apoyo)

## Otros ejemplos

S

- Establecer las siguientes medidas para promover la autoestima:
  - Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes
  - Animar al paciente a que exteriorice las preocupaciones sobre sus relaciones cercanas
  - Animar al paciente y a su familia para que manifiesten los sentimientos y las penas
  - Proporcionar cuidados en una manera no crítica, manteniendo la privacidad y la dignidad del paciente
- (NIC) *Apoyo espiritual:*
  - Utilizar técnicas de clarificación de valores para ayudar al paciente a aclarar sus creencias y valores, si es oportuno
  - Escuchar con atención las conversaciones de las personas y encontrar el momento oportuno para los rezos o ritos espirituales.

---

## SUICIDIO, RIESGO DE

(2002)

**Definición:** riesgo de autolesionarse y de poner en peligro la vida.

## Factores de riesgo

### *De conducta*

Almacenar medicinas  
Comprar una pistola

Euforia repentina al recuperarse de una gran depresión  
Hacer o cambiar un testamento  
Historial de intentos de suicidio anteriores  
Impulsividad  
Notar cambios en en la manera de comportarse, en la actitud, en el colegio  
Regalar bienes

#### *Verbales*

Amenazar con matarse  
Momentos en los que desea morirse (y acabar con todo)

#### *De la situación*

Adolescentes que viven en lugares que no son comunes (p. ej. cárceles de menores/reformatorios, casas a medio construir, hogares compartidos)  
Inestabilidad económica  
Jubilado  
Pérdida de autonomía e independencia  
Presencia de una pistola en casa  
Traslado, tener que volver a aceptar las condiciones de la empresa  
Vivir solo

#### *Psicológicos*

Abuso de sustancias  
Abusos durante la infancia  
Antecedentes familiares de suicidios  
Culpabilidad  
Enfermedad psiquiátrica o desorden (p. ej. esquizofrenia, desorden bipolar)  
Juventud gay o lesbiana

#### *Demográficos*

Divorciado, viudo  
Edad: ancianos, hombres adultos jóvenes  
Genero: masculino  
Raza: blanca, nativo americano

#### *Físicos*

Dolores crónicos  
Enfermedades físicas  
Enfermedades terminales

#### *Sociales*

Aislamiento social  
Desesperanza  
Dolor  
Grupos de suicidas  
Impotencia  
Pérdida de relaciones importantes

Problemas disciplinarios  
Problemas legales  
Soledad  
Trastornos en la vida familiar

### Sugerencias de uso

Cuando existe el riesgo de suicidio (p. ej., idea de suicidarse, plan de suicidio), usar *riesgo de suicidio* en lugar de *riesgo de violencia autodirigida*, que es menos específico.

### Otros posibles diagnósticos

Automutilación, riesgo de  
Violencia autodirigida, riesgo de

### Resultados NOC

**Autocontención del suicidio:** acciones personales para abstenerse de gestos e intentos de matarse a si mismo

**Humor equilibrado:** ajuste apropiado del tono emocional dominante en respuesta a las circunstancias

**Deseo de vivir:** deseo, determinación, y esfuerzo para sobrevivir

S

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- El *riesgo de suicidio* está limitado, así como lo demuestra el humor equilibrado, la autocontención del suicidio, y deseo de vivir
- Presenta **autocontención del suicidio**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, habitualmente):
  - Busca ayuda cuando se siente autodestructivo
  - Habla de ideas sobre suicidarse
  - Se abstiene de buscar medios para suicidarse
  - Se abstiene de regalar bienes
  - Se abstiene de intentar suicidarse
  - Busca tratamiento para la depresión o el abuso de sustancias

#### Otros ejemplos

- Expresa el deseo de vivir
- Expresa sentimientos de ira
- Contacta con personas concertadas anteriormente si se le ocurre pensar en el suicidio

#### Intervenciones NIC

**Apoyo espiritual:** ayudar al paciente a sentir equilibrio y conexión con una fuerza superior.

**Gestión del comportamiento: autolesiones:** ayudar al paciente a disminuir o eliminar los comportamientos de automutilación o de autoabuso

**Gestión del humor:** asegurar la seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento del paciente que está sufriendo depresiones disfuncionales o humor subido de tono.

**Infundir esperanza:** facilitar el desarrollo de un punto de vista positivo en una situación dada.

**Prevención del suicidio:** reducir el riesgo de autolesionarse con el fin de acabar con su vida

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Tan a menudo como está indicado, o al menos diariamente, valorar y documentar las posibilidades del paciente de suicidarse (precisar intervalos)
- Valorar los comportamientos que indican pensamientos o planes de suicidio (p. ej., regalar bienes)
- (NIC) *Prevención del suicidio:*
  - Controlar los efectos secundarios de los medicamentos y los resultados deseados
  - Buscar al nuevo paciente hospitalizado y las posesiones personales de armas o posibles armas durante su proceso de admisión, si es preciso
  - Buscar en el entorno de manera rutinaria y deshacerse de artículos peligrosos para mantenerlo libre de peligros
  - Controlar al paciente durante el uso de posibles armas (p. ej., cuchilla de afeitar)
  - Observar, grabar y contar cualquier cambio de humor o de comportamiento que pueda significar un aumento del riesgo de suicidio y documentar los resultados de los controles de vigilancia habituales.
  - Realizar controles de la boca después de medicarse para asegurar que el paciente no esté “masticando” los medicamentos para intentar ingerir una sobredosis más tarde.

S

### Educación del paciente y la familia

- Instruir a quienes visitan al paciente acerca de los artículos restringidos (p. ej., cuchillas de afeitar, tijeras, bolsas de plástico)
- (NIC) *Prevención del suicidio:*
  - Explicar las precauciones respecto al suicidio y los artículos relevantes para la seguridad al paciente, la familia, y a otras personas del entorno (p. ej., propósito, duración, expectativas de comportamiento y consecuencias del mismo)
  - Implicar a la familia para evitar que el paciente lleve a cabo sus planes (p. ej., enseñanza sobre medicamentos y enfermedades, reconocer el incremento del riesgo de suicidio, el plan del paciente para tratar con pensamientos de dañarse a sí mismo, recursos sociales)

### Actividades auxiliares

- Iniciar una charla multidisciplinar para desarrollar un plan de cuidados del paciente o cuando hayan de modificarse las precauciones respecto al suicidio
- *(NIC) Prevención del suicidio:*
  - Dar a conocer al paciente a alguien que le proporcione cuidados de salud mental (p. ej., psiquiatra o enfermero en prácticas sobre salud mental avanzada) para evaluar y tratar la idea de suicidarse y el comportamiento, si es necesario
  - Administrar medicamentos para disminuir la ansiedad, la inquietud o la psicosis, y estabilizar el humor, si es preciso
  - Ayudar al paciente para identificar una red de personas o recursos que le ayuden (p. ej., el clero, la familia, los cuidadores)
  - Comunicar el riesgo y los artículos de seguridad relevantes a otros cuidadores

### Otras

- Iniciar precauciones respecto al suicidio, si es necesario (p. ej., asistencia las 24 horas)
- Asegurar al paciente que se le protegerá ante los impulsos para suicidarse hasta que sea capaz de controlarse mediante: (1) observación constante del paciente (aunque se pierda la privacidad), (2) control frecuente del paciente, y (3) tomar en serio la identificación del suicidio
- Animar al paciente a que exteriorice la ira
- Hablar con el paciente y la familia sobre el papel de la ira en las autolesiones
- Exigir al paciente que utilice la bata del hospital en vez de su propia ropa si hay riesgo de que pueda abandonar el edificio
- Utilizar limitaciones y aislamientos, si es necesario; pero colocar en lugares menos restrictivos que permitan aún el nivel necesario de observación
- Realizar búsquedas en la habitación según la política institucional
- *(NIC) Prevención del suicidio:*
  - Hacer un contrato (verbal o escrito) con el paciente, si es preciso, de no autolesionarse durante un periodo de tiempo determinado, rehaciendo el contrato en cualquier momento
  - Relacionarse con el paciente cada determinados periodos de tiempo para transmitir la preocupación y franqueza del cuidador y para proporcionar al paciente la oportunidad de hablar sobre sus sentimientos
  - Evitar discusiones repetidas sobre el historial de suicidios manteniendo las charlas orientadas en el presente y en el futuro
  - Limitar el acceso a ventanas, a no ser que estén cerradas con llave o que sean imposibles de romper, si es preciso
  - Considerar estrategias para reducir el aislamiento y la oportunidad para actuar sobre pensamientos dañinos (p. ej., utilizar un/a canguro)

### En el domicilio

- Algunas de las actividades precedentes pueden adaptarse para ser utilizadas en casa
- Enseñar técnicas que establezcan límites a la familia
- Enseñar a la familia y a otras personas del entorno a reconocer comportamientos que señalen un aumento del riesgo (p. ej., expresiones verbales tales como “me voy a matar,” o “desearía estar muerto”; abandono)
- *(NIC) Prevención del suicidio:* considerar la hospitalización del paciente si presenta graves riesgos de conducta para suicidarse

### Bebés y niños

- Ayudar en los problemas de autolesiones y de alimentación
- Animar a las escuelas a que impartan programas de prevención de suicidios

### Personas mayores

- Estar especialmente atento a las idealizaciones sobre el suicidio en hombres mayores de raza blanca
- Ayudar en las causas que provocan depresiones (p. ej., estresantes financieros, medicamentos) e intervenir apropiadamente
- Ayudar en pérdidas recientes, acumulativas, o múltiples
- Evaluar el sistema de apoyo
- Animar a practicar actividades físicas

T

## TEMOR

(1980, 1996, 2000)

**Definición:** respuesta a una percepción de amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

### Características definitorias

#### *Subjetivas*

Comunicación de:

Agitación  
 Alarma  
 Aprensión  
 Aumento de la tensión  
 Intranquilidad  
 Pánico

Pavor  
Preocupación (no recogido en la NANDA)  
Reducción de la seguridad en sí mismo  
Sentirse atemorizado  
Terror

#### *Cognitivas*

El estímulo se percibe como una amenaza  
Identificación del objeto del temor  
Reducción de la productividad, la capacidad de aprendizaje o la capacidad de resolución de problemas

#### *Conductuales*

Aumento del estado de alerta  
Conductas de evitación o ataque  
Enfoque reducido sobre la fuente del temor  
Impulsividad

#### *Fisiológicas*

Anorexia  
Aumento de la frecuencia respiratoria y falta de aliento  
Aumento de la sudoración  
Aumento de la tensión arterial sistólica  
Aumento del pulso  
Diarrea  
Dilatación pupilar  
Fatiga  
Náuseas  
Palidez  
Sequedad bucal  
Tensión muscular  
Vómitos

T

#### **Factores relacionados**

Barrera idiomática  
Desencadenantes innatos, como los neurotransmisores  
Deterioro sensorial  
Estímulo fóbico  
Falta de familiaridad con las experiencias medioambientales  
Origen innato, como un ruido súbito, la altura, el dolor, la falta de apoyo físico  
Respuesta aprendida, por ejemplo, mediante condicionamiento, modelado o identificación con otros  
Separación del sistema de apoyo en una situación posiblemente estresante, como una hospitalización, procedimientos hospitalarios u otros

#### **Sugerencias de uso**

Véanse las sugerencias de uso para la ansiedad, págs. 79-80.

## Otros posibles diagnósticos

Ansiedad  
Síndrome postraumático  
Síndrome traumático de violación

## Resultados NOC

**Autocontrol del temor:** acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o malestar producidos por una fuente identificable

**Nivel de temor:** gravedad de la aprensión, tensión o incomodidad manifestadas que surgen de una fuente identificable

**Nivel de temor: niño:** gravedad de la aprensión, tensión o incomodidad manifestadas que derivan de una fuente identificable en un niño entre uno y 17 años de edad

## Objetivos y criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- El paciente demostrará **autocontrol del temor**, según lo prueben los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo o habitualmente):
  - Busca información para reducir el temor
  - Evita la fuente del temor cuando es posible
  - Usa técnicas de relajación para reducir el temor
  - Controla la duración de los episodios
  - Controla el tiempo entre los episodios
  - Mantiene el control sobre su vida
  - Mantiene la realización de sus funciones y las relaciones sociales
  - Controla su respuesta al temor
  - Continúa siendo productivo

T

## Intervenciones NIC

**Mejora de la seguridad:** intensificación de la sensación de seguridad física y psicológica del paciente

**Mejorar el afrontamiento:** ayudar a un paciente a adaptarse a las causas de tensión nerviosa, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con la respuesta a las exigencias y las funciones vitales

**Presencia:** estar con otro, tanto física como psicológicamente, durante los momentos de necesidad

**Reducción de la ansiedad:** reducir la aprensión, el temor, los malos sentimientos o la inquietud relacionados con una fuente de peligro anticipado sin identificar

**Técnica tranquilizar:** reducir la ansiedad en los pacientes que sufran tensión nerviosa aguda

## Actividades de enfermería

Remitir también a las actividades de enfermería para la ansiedad, págs. 81-83.

### Valoración

- Evaluar las respuestas subjetivas y objetivas del paciente ante el temor
- (NIC) *Mejorar el afrontamiento*: evaluar la comprensión que tiene el paciente sobre el proceso de la enfermedad

### Educación del paciente y la familia

- Explicar todas las pruebas y tratamientos al paciente y a la familia
- Ayudar a los pacientes a diferenciar entre temores racionales e irracionales
- Enseñar al paciente y a su familia cómo usar las imágenes guiadas cuando tienen miedo

### Actividades auxiliares

- Evaluar la necesidad de intervención de servicios sociales o de atención psiquiátrica
- Fomentar una conversación entre paciente y médico sobre los temores del primero
- Iniciar una charla multidisciplinar sobre los cuidados del paciente para elaborar un plan de cuidados

### Otras

- Ofrecer refuerzo frecuente y positivo cuando el paciente demuestra comportamientos que pueden reducir o eliminar el temor
- Permanecer con el paciente durante las situaciones nuevas o cuando el temor sea de gran intensidad
- Retirar la fuente del temor del paciente siempre que sea posible
- Comunicar la aceptación de la percepción de temor del paciente para animar a la comunicación abierta relativa a la fuente del temor
- Ofrecer continuidad en los cuidados del paciente a través de la asignación de éste y del uso del plan de cuidados
- Reasegurar con frecuencia, de forma oral y no oral, de manera que se contribuya a reducir el estado de temor del paciente; deben evitarse las frases hechas
- (NIC) *Mejorar el afrontamiento*:
  - Evaluar y comentar las respuestas alternativas a la situación
  - Usar un enfoque calmado y tranquilizador
  - Ayudar al paciente a desarrollar una evaluación objetiva del acontecimiento
  - Fomentar una actitud de esperanza realista como modo de responder a los sentimientos de impotencia
  - Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo tensión nerviosa grave
  - Fomentar el control gradual de la situación
  - Presentar al paciente a personas o grupos que hayan superado con éxito la misma experiencia
  - Animar a la expresión oral de sentimientos, percepciones y temores

Reducir los estímulos en el entorno que podrían malinterpretarse como amenazadores

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores pueden aplicarse a la asistencia domiciliaria
- Identificar si hay fuentes de temor en el hogar, como un barrio peligroso o un miembro de la familia abusivo
- Organizar que alguien, como una persona de ayuda a domicilio, se encuentre con el paciente durante los periodos en los que el temor sea grave

### Bebés y niños

- Contar con los mismos cuidadores en la medida de lo posible
- Ofrecer un chupete al bebé
- Sostener en brazos o mecer al niño
- Colocar una luz auxiliar nocturna en la habitación
- Animar a los padres a que pasen la noche en el hospital con el niño
- Comenzar la terapia de juego como un modo de expresión saludable para los sentimientos
- No desestimar los temores de los niños como “irreales”
- No burlarse de los temores del niño
- Ofrecer explicaciones o algún modo de controlar el temor, como: “No veo un fantasma en tu habitación, pero dejaré la luz encendida y estaré cerca por si me llamas”

T

### Personas mayores

- Ofrecer consistencia en el calendario de los cuidadores en la medida de lo posible
- Ofrecer un entorno continuado y seguro con los mínimos cambios posibles

---

## TEMPERATURA CORPORAL, RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA

(1986, 2000)

**Definición:** riesgo de no poder mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

### Factores de riesgo

#### Objetivos

Actividad vigorosa

[Bajo peso al nacimiento (neonatos)]

Deshidratación

Edad extremadamente pequeña o avanzada

Enfermedades o lesiones que afecten a la regulación de la temperatura

Exposición a ambientes fríos, frescos, templados o cálidos

Inactividad

[Incapacidad para sudar]

[Inmadurez del sistema regulador de la temperatura del recién nacido]

Medicamentos que provocan vasoconstricción o vasodilatación

Metabolismo acelerado

Peso extremadamente bajo o alto

Sedación

Vestimenta inapropiada para la temperatura ambiental

### Sugerencias de uso

Si los factores de riesgo son una complicación fisiopatológica que requiere intervención médica, utilizar uno de los problemas secundarios en vez de *riesgo de alteración de la temperatura corporal*. Si el paciente tiene riesgo de sufrir *hipotermia* e *hipertermia*, el diagnóstico apropiado es el de *riesgo de alteración de la temperatura corporal*. Si el paciente tiene riesgo de sufrir sólo un aumento de la temperatura, utilizar *riesgo de hipertermia*; si el riesgo es de menor temperatura corporal, utilizar *riesgo de hipotermia*. Si existe fluctuación de la temperatura, utilizar *termorregulación ineficaz*.

T

### Otros posibles diagnósticos

Hipertermia

Hipotermia

Termorregulación ineficaz

### Resultados NOC

**Termorregulación:** equilibrio entre la producción de calor, la ganancia de calor y la pérdida del mismo

**Termorregulación: neonato:** equilibrio entre la producción de calor, ganancia de calor y la pérdida del mismo durante los primeros 28 días de vida

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Muestra **termorregulación**, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o no comprometido)
  - Aumento de la temperatura de la piel
  - Disminución de la temperatura de la piel
  - Hipertermia
  - Hipotermia

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- No presentar sudoración, escalofríos ni piel de gallina
- Mantener las constantes vitales dentro de los valores normales
- Referir que se siente bien respecto a su temperatura
- Describir medidas adaptativas destinadas a minimizar las fluctuaciones de la temperatura corporal
- Referir los síntomas y signos precoces de hipotermia e hipertermia

### Intervenciones NIC

**Cuidado del recién nacido:** control del neonato durante la transición a la vida extrauterina y el consiguiente periodo de estabilización

**Monitorización de los signos vitales:** recogida y análisis de los datos cardiovasculares, respiratorios y la temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones

**Regulación de la temperatura:** conseguir o mantener la temperatura corporal en los valores normales

**Regulación de la temperatura: durante la cirugía:** conseguir o mantener la temperatura corporal deseada durante la cirugía

### Actividades de enfermería

En general, las actividades de enfermería en este diagnóstico se centran en prevenir la *alteración de la temperatura corporal* mediante la identificación de los factores de riesgo y las intervenciones apropiadas.

T

### Valoración

- Buscar signos y síntomas precoces de hipotermia (p. ej., escalofríos, palidez, lecho ungueal cianótico, relleno capilar lento, piloerección, disritmias) e hipertermia (p. ej., ausencia de sudoración, debilidad, náuseas y vómitos, cefalea, síndrome confusional)
- En adultos, tomar la temperatura oral (en vez de timpánica o axilar); la temperatura oral es más precisa
- (NIC) *Regulación de la temperatura:* vigilar y comunicar signos y síntomas de hipotermia e hipertermia

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar al paciente y a su familia las medidas destinadas a minimizar las fluctuaciones térmicas:

#### **Para la hipertermia**

Adelgazar, si está obeso

Beber los líquidos necesarios en los días de calor

Eliminar la ropa innecesaria

Limitar la actividad en los días de calor

Mantener una temperatura ambiental estable

#### **Para la hipotermia**

Aumentar la actividad

Bañarse en una habitación cálida, sin corrientes de aire

Limitar el consumo de alcohol  
Llevar ropa apropiada  
Mantener estable la temperatura ambiental  
Mantener una nutrición adecuada

- Enseñar al paciente y a su familia a reconocer y comunicar los signos y síntomas precoces de hipotermia e hipertermia

**Para la hipertermia:** piel seca, cefalea, aumento del pulso, aumento de temperatura, irritabilidad, temperatura superior a 37,8 °C, debilidad

**Para la hipotermia:** apatía; abdomen duro y frío, de consistencia mármora, desorientación y confusión, mareo, hipertensión, hipoglucemia, menor capacidad de pensar; menor pulso y respiraciones, piel dura y fría al tacto, temperatura inferior a 35 °C

#### Actividades auxiliares

- Avisar al médico cuando no se pueda mantener una hidratación adecuada
- Derivar a servicios sociales para conseguir los aparatos (p. ej., ventiladores, estufas) necesarios en el domicilio
- (NIC) *Regulación de la temperatura:* administrar medicamentos antipiréticos si es preciso

#### Otras

- (NIC) *Regulación de la temperatura:* ajustar la temperatura ambiental según las necesidades del paciente

T

#### En el domicilio

- Buscar en el domicilio aquellos factores que podrían alterar la temperatura corporal
- Enseñar a los cuidadores a tomar la temperatura
- Ayudar al paciente a conseguir un ventilador o aparato de aire acondicionado, si es preciso
- Ayudar al paciente a identificar un lugar cálido donde podría ir en una situación de emergencia (p. ej., en un apagón)
- Véanse las sugerencias para bebés y niños y personas mayores, a continuación

#### Bebés y niños

- Los niños suelen tener fiebres más altas que los adultos; una fiebre de 37,8 a 40 °C por lo general no es peligrosa. No es necesario tratar todas las fiebres de los niños, a menos que éste tenga antecedentes de convulsiones febriles, padezca una enfermedad grave, o la fiebre sea el resultado de un golpe de calor
- No administrar Aspirina® para la fiebre en niños menores de 18 años por el riesgo de síndrome de Reye (que puede ser mortal)

- Pasar una esponja tibia puede ser una alternativa cuando la Aspirina® esté contraindicada, pero puede provocar más molestias
- Los niños sufren golpes de calor más fácilmente que los adultos; protegerlos de los ambientes muy calurosos y asegurar que toman una cantidad adecuada de líquidos
- Secar y envolver al niño (o ponerle en contacto directo con la madre) inmediatamente después del nacimiento para prevenir la pérdida de calor por evaporación
- Los recién nacidos pierden mucho calor a través del cuero cabelludo; cubrir la cabeza
- Mantener la temperatura ambiental en 22 °C
- (NIC) *Regulación de la temperatura:*  
Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se establezca  
Tapar al niño inmediatamente después del nacimiento para prevenir la pérdida de calor

### Personas mayores

- Las personas mayores tienen menos capacidad de adaptarse al frío. Además, perciben peor los cambios de temperatura y, por este motivo, no siempre toman medidas protectoras. Así pues, pueden sufrir hipotermia o hipertermia más fácilmente que los adultos de menor edad
- Prevenir el enfriamiento cuando se administran los cuidados de enfermería (p. ej., mantener al paciente cubierto al lavarle)
- Mantener la temperatura de la habitación a 20-22 °C
- Las personas mayores son más sensibles a la deshidratación provocada por el calor, debido a los cambios que la edad provoca en los riñones y en el mecanismo de la sed
- Intentar convencer a las personas mayores para que se quiten prendas innecesarias cuando hace calor (p. ej., chaquetas que pueden llevar habitualmente)

T

## TERMORREGULACIÓN INEFICAZ

(1986)

**Definición:** oscilación de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.

### Características definatorias

#### Objetivas

Ataques o convulsiones

Aumento del ritmo respiratorio  
Caliente al contacto  
Cianosis en la capa de las uñas  
Hipertensión  
Oscilaciones en la temperatura corporal por encima o por debajo de la escala normal  
Palidez (moderada)  
Piel colorada  
Piel fría  
Piloerección  
Recambio capilar lento  
Reducción de la temperatura corporal por debajo de la escala normal  
Rompeduras (pequeñas)  
Taquicardia

### Factores relacionados

Edad  
Enfermedades  
Inmadurez  
Traumatismos  
Variaciones de temperatura del entorno

### T Sugerencias de uso

Esta etiqueta es más apropiada para pacientes que sean especialmente vulnerables a las condiciones del entorno (p. ej., recién nacidos y personas mayores).

### Otros posibles diagnósticos

Hipertermia  
Hipotermia  
Temperatura corporal, riesgo de alteración de la

### Resultados NOC

**Termorregulación:** balance entre la producción de calor, el aumento de calor y la pérdida del mismo

**Termorregulación: neonato:** balance entre la producción de calor, el aumento de calor y la pérdida del mismo durante los primeros 28 días de vida

### Objetivos/criterios de evaluación

Para los resultados y criterios de evaluación de pacientes específicos, remitirse a objetivos/criterios de evaluación para la hipertermia, pág. 355, hipotermia, págs. 359-360, y riesgo de alteración de la temperatura corporal, págs. 708-709.

### Intervenciones NIC

**Cuidado del recién nacido:** controlar al recién nacido durante la transición a la vida extrauterina y el periodo subsecuente de estabilización

**Regulación de la temperatura:** lograr o mantener la temperatura corporal dentro de una escala normal

**Regulación de la temperatura: durante la cirugía:** lograr o mantener la temperatura corporal deseada durante la cirugía

### Actividades de enfermería

Las actividades de enfermería se centran en la enseñanza para la prevención de una *termorregulación ineficaz* y en el mantenimiento de la temperatura normal del cuerpo manipulando factores externos, tales como la ropa y la temperatura de la habitación. Remitirse a actividades de enfermería para riesgo de alteración de la temperatura corporal, págs. 709-711; hipertermia, págs. 356-358, e hipotermia, págs. 360-362.

---

## TOMA DE DECISIONES (ESPECIFICAR), CONFLICTO EN LA

(1988, 2006)

**Definición:** incertidumbre acerca de qué camino tomar cuando la elección entre distintas acciones implica riesgo, pérdida o amenaza a los valores vitales de la persona.

T

### Características definitorias

#### Subjetivas

Centrado en sí mismo

Cuestionamiento de los valores y creencias personales al intentar tomar una decisión

Expresión de incertidumbre respecto a las alternativas

Poner en duda normas morales, principios y valores al intentar tomar una decisión

Referir consecuencias indeseadas de las opciones que se están considerando

Expresión de sentimiento de malestar al intentar tomar una decisión

#### Objetivas

Duda entre las distintas opciones

Retraso en la toma de decisiones

Signos físicos de malestar o tensión (p. ej., aumento de la frecuencia cardiaca, mayor tensión muscular, inquietud)

### Factores relacionados

Amenaza percibida al sistema de valores

Ausencia de experiencia o interferencia con la toma de decisiones

Ausencia de información relevante

Déficit de apoyos

Fuentes de información múltiples o divergentes

Los valores morales, principios o normas favorecen acciones mutuamente excluyentes

Obligaciones morales que requieren no realizar una acción

Obligaciones morales que requieren realizar una acción

Valores y creencias personales confusos

### Sugerencias de uso

(1) La función de la enfermera/o es ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas y lógicas proporcionando información y apoyo. La enfermera/o no debe intentar influenciar al paciente para que éste decida una opción determinada. (2) No hay que asumir que los pacientes que se enfrentan a decisiones importantes, incluso de vida o muerte, sufren conflictos por ello. Esas decisiones pueden ser realmente muy sencillas de tomar en algunos casos.

### Otros posibles diagnósticos

Desesperanza

Impotencia

Rol parental, conflicto del

Sufrimiento espiritual

Sufrimiento espiritual, riesgo de

### Resultados NOC

**T** **Autonomía personal:** acciones personales de un individuo competente para tomar decisiones sobre su vida

**Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria:** implicación personal en la elección y evaluación de las alternativas de asistencia sanitaria para lograr el resultado deseado

**Procesamiento de la información:** capacidad para adquirir, organizar y utilizar información

**Toma de decisiones:** capacidad de juzgar y elegir entre dos o más alternativas

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Disminuirá el *conflicto en la toma de decisiones*, demostrado por toma de decisiones, procesamiento de la información, participación: decisiones sobre asistencia sanitaria, y autonomía personal
- Demostrará **toma de decisiones**, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o no comprometido):
  - Identifica información relevante
  - Reconoce posibles conflictos con los deseos de otros
  - Tiene en cuenta las implicaciones legales relevantes
  - Sopesa y elige entre varias alternativas
  - Identifica los recursos necesarios para cada alternativa
  - Tiene en cuenta el contexto social de la situación

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Evaluar las opciones disponibles en función de sus valores personales
- Referir que la tensión o el malestar han disminuido
- Mostrar procesamiento de la información y procesos de pensamiento lógico
- Utilizar la resolución de problemas para lograr los resultados elegidos

### Intervenciones NIC

**Adiestramiento de la asertividad:** ayudar a la expresión eficaz de sentimientos, ideas y necesidades, respetando al mismo tiempo los derechos de los otros

**Apoyo en la toma de decisiones:** proporcionar información y apoyo a un paciente que está tomando una decisión respecto a su salud

**Facilitar el aprendizaje:** fomentar la capacidad de procesar y comprender información

**Fijar objetivos conjuntos:** colaborar con un paciente para identificar y priorizar los objetivos del cuidado, y después elaborar un plan para lograr esos objetivos

**Orientación sobre el sistema sanitario:** facilitar a un paciente la localización y el uso de los servicios sanitarios adecuados

### Actividades de enfermería

T

#### Valoración

- Evaluar los conocimientos del paciente acerca de las opciones disponibles
- Valorar el nivel de tensión o malestar del paciente
- Evaluar las habilidades en la toma de decisiones y su forma habitual de tomarlas
- (NIC) *Apoyo en la toma de decisiones:* determinar si existen diferencias entre la percepción del paciente de su propia enfermedad y la de los profesionales sanitarios

#### Educación del paciente y la familia

- Proporcionar información sobre el testamento vital
- Enseñar los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones
- (NIC) *Apoyo en la toma de decisiones:*
  - Informar al paciente de otras opiniones o soluciones
  - Dar al paciente la información que solicite

#### Actividades auxiliares

- Utilizar los recursos apropiados (p. ej., comité de bioética)
- (NIC) *Apoyo en la toma de decisiones:*
  - Actuar de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios
  - Derivar a grupos de apoyo, si es preciso
  - Recomendar ayuda legal, si es preciso
  - Facilitar la toma de decisiones conjunta

## Otras

- Ayudar al paciente a identificar un camino a seguir y modificarlo, si es preciso
- *(NIC) Apoyo en la toma de decisiones:*
  - Establecer comunicación con el paciente poco después del ingreso
  - Facilitar al paciente la expresión de los objetivos del cuidado
  - Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada opción
  - Ayudar al paciente a explicar su decisión a otros, si es preciso
  - Servir de enlace entre el paciente y la familia
  - Respetar el derecho del paciente a recibir información o a no recibirla

### En el domicilio

- Valorar si existe acuerdo entre el paciente y la familia respecto a la decisión tomada
- Dar información para ayudar a los familiares que estén considerando la posibilidad de ingresar al paciente en un centro de enfermos crónicos
- Apoyar a la persona o personas que tomen las decisiones

### Bebés y niños

- Como norma, es otra persona (padre o tutor) quien toma las decisiones importantes en vez del niño. Hay que estar familiarizado con las leyes y protocolos que regulan la edad necesaria para otorgar consentimiento, porque pueden ser distintas según el estado (en EE. UU.)

### Personas mayores

- A menudo, los familiares y otras personas, que toman las decisiones, excluyen a las personas mayores del proceso de toma de decisiones, creyendo que no son competentes o que se disgustarían por esas cuestiones. Trabajar con el paciente y con los demás para incluir al paciente en la mayor medida posible
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones y resolver problemas
- Valorar la presencia de demencia, depresión, déficit auditivo y problemas de comunicación que puedan provocar que el paciente no participe activamente en la toma de decisiones
- Comentar la necesidad de tomar decisiones respecto al final de la vida, si las están evitando
- Comentar con los familiares cómo pueden apoyar las decisiones del paciente, incluso aunque no estén de acuerdo

---

## TOMA DE DECISIONES, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA

(2006)

**Definición:** patrón de elección de cursos de acción que es suficiente para cumplir los objetivos en materia de salud, a corto y largo plazo, y puede ser fortalecido.

### Características definitorias

#### Subjetivas

Expresa su deseo de mejorar el conocimiento de las opciones para tomar decisiones

Expresa su deseo de mejorar el uso de datos fiables a la hora de tomar decisiones

Expresa su deseo de mejorar la comprensión del significado de las opciones

Expresa su deseo de mejorar la congruencia de sus decisiones con los valores y metas personales y socioculturales

Expresa su deseo de mejorar la toma de decisiones

Expresa su deseo de mejorar los análisis de riesgos y beneficios de las decisiones

T

### Factores de riesgo

Aún no desarrollados

### Sugerencias de uso

(1) La función de la enfermera/o es ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas y lógicas proporcionando información y apoyo. La enfermera/o no debe intentar influir en el paciente para que éste decida una opción determinada. (2) No hay que asumir que los pacientes que se enfrentan a decisiones importantes, incluso de vida o muerte, sufren conflictos por ello. Esas decisiones pueden ser realmente muy sencillas de tomar en algunos casos.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento, disposición para mejorar el

Capacidad, disposición para mejorar la

Procesos familiares, disposición para mejorar los

### Resultados NOC

Aún no se han establecido resultados NOC para este diagnóstico; no obstante, los siguientes podrían ser adecuados:

**Autonomía personal:** acciones personales de un individuo competente para tomar decisiones sobre su vida

**Bienestar:** alcance de las percepciones positivas del estado de salud personal y las circunstancias vitales

**Desempeño del rol:** congruencia de las conductas de rol de un individuo con las expectativas del rol

**Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria:** implicación personal en la elección y evaluación de las alternativas de asistencia sanitaria para lograr el resultado deseado

**Procesamiento de la información:** capacidad para adquirir, organizar y utilizar información

**Toma de decisiones:** capacidad de juzgar y elegir entre dos o más alternativas

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demostrará **toma de decisiones**, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o no comprometido):
  - Identifica información relevante
  - Reconoce posibles conflictos con los deseos de otros
  - Tiene en cuenta las implicaciones legales relevantes
  - Sopesa y elige entre varias alternativas
  - Identifica los recursos necesarios para cada alternativa
  - Tiene en cuenta el contexto social de la situación

### Otros ejemplos

T

El paciente será capaz de:

- Referir su satisfacción con la toma de decisiones
- Referir mayor congruencia de sus decisiones con los valores y objetivos personales y socioculturales
- Referir mayor capacidad de realizar análisis de riesgos y beneficios de las decisiones
- Referir un conocimiento ampliado sobre las opciones disponibles y las implicaciones de esas alternativas
- Usar datos fiables para tomar decisiones

### Intervenciones NIC

Aún no se han vinculado intervenciones NIC a este diagnóstico. No obstante, las siguientes pueden ser útiles:

**Adiestramiento de la asertividad:** ayudar a la expresión eficaz de sentimientos, ideas y necesidades, respetando al mismo tiempo los derechos de los otros

**Apoyo en la toma de decisiones:** proporcionar información y apoyo a un paciente que está tomando una decisión respecto a su salud

**Clarificación de valores:** ayudar a otro a clarificar los valores propios con el fin de facilitar una toma de decisiones eficaz

**Facilitar el aprendizaje:** fomentar la capacidad de procesar y comprender información

**Fijar objetivos conjuntos:** colaborar con un paciente para identificar y priorizar los objetivos del cuidado, y después elaborar un plan para lograr esos objetivos

**Mejorar la autoconciencia:** ayudar a un paciente a explorar y entender sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Evaluar las habilidades y la forma habitual de tomar decisiones
- Valorar los apoyos del paciente

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones
- Enseñar técnicas de asertividad
- (NIC) *Apoyo en la toma de decisiones:* dar al paciente la información que solicite

### Actividades auxiliares

- (NIC) *Apoyo en la toma de decisiones:*  
Actuar como enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios  
Facilitar la toma de decisiones conjunta

### Otras

- Facilitar el reconocimiento y la expresión de pensamientos y sentimientos
- Ayudar al paciente a identificar su estilo de aprendizaje
- Ayudar al paciente a identificar sus cualidades y capacidades
- Crear ocasiones para practicar conductas asertivas
- (NIC) *Clarificación de valores:*  
Crear un clima de aceptación, sin juzgar al paciente  
Realizar preguntas meditadas y aclaratorias que obliguen al paciente a pensar  
Animar al paciente a hacer una lista de lo que es importante en la vida y lo que no lo es, y el tiempo empleado en cada uno  
Ayudar al paciente a valorar si sus valores concuerdan o bien están en conflicto con los de su familia y otras personas significativas  
Ayudar al paciente a definir las alternativas y sus ventajas e inconvenientes
- (NIC) *Apoyo en la toma de decisiones:*  
Establecer comunicación con el paciente poco después del ingreso  
Facilitar al paciente la expresión de los objetivos del cuidado  
Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada opción  
Ayudar al paciente a explicar su decisión a otros, si es preciso  
Servir de enlace entre el paciente y la familia
- Animar a considerar los aspectos y las consecuencias de la conducta
- Ayudar al paciente a priorizar los objetivos
- Ayudar al paciente a identificar un curso de acción y adaptarlo, si es necesario

T

### En el domicilio

- Las intervenciones anteriores también pueden realizarse en el domicilio

### Personas mayores

- Evaluar la capacidad actual del paciente para tomar decisiones y resolver problemas
- Valorar la presencia de demencia, depresión, déficit auditivo y problemas de comunicación que puedan interferir con la disposición para mejorar la toma de decisiones
- Comentar con los familiares cómo pueden apoyar las decisiones del paciente, incluso aunque no estén de acuerdo

## TRASLADARSE DESDE LA SILLA DE RUEDAS, DIFICULTAD EN LA HABILIDAD PARA

(1998, 2006)

T

**Definición:** limitación de los movimientos independientes entre dos superficies cercanas.

**IMPORTANTE:** especificar el nivel de independencia usando una escala funcional estandarizada.

### Características definatorias

#### Objetivas

Dificultad en la habilidad para trasladarse:

- De la cama a la silla y de la silla a la cama
- De la cama hasta ponerse en pie o estando de pie hasta la cama
- De la silla al coche y del coche a la silla
- De la silla al suelo y del suelo a la silla
- De pies hasta el suelo o del suelo hasta ponerse en pie
- Del aseo y al aseo (u orinal)
- Dentro y fuera de la ducha o la bañera
- Entre niveles diferentes

### Otras características definatorias (no recogidas en la NANDA)

Estilo de vida necesario o falta de condición física  
Reticencia a iniciar algún movimiento

### Factores relacionados

Deterioro musculoesquelético (p. ej., contracturas)  
Discapacidad cognitiva

Dolor  
Falta de condición física  
Falta de conocimiento  
Fuerza muscular insuficiente  
Obesidad  
Restricciones del entorno (p. ej., altura de la cama, espacio insuficiente, tipo de silla de ruedas, equipo para el tratamiento, impedimentos)  
Trastorno del equilibrio  
Trastorno neuromuscular  
Trastorno visual

### Sugerencias de uso

(1) Utilizar la *dificultad en la habilidad para trasladarse en la silla de ruedas* en el caso de individuos con una habilidad limitada para realizar movimientos físicos de forma independiente, como la merma de la habilidad para mover los brazos o piernas o la debilidad muscular general, o cuando las intervenciones de enfermería se centren en restablecer la movilidad y las funciones o en prevenir un deterioro mayor. No usar este diagnóstico para describir estados temporales que no pueda modificar la enfermería (p. ej., tracción, prescripción de reposo en la cama, o parálisis permanente). Cuando la habilidad del paciente para trasladarse no se pueda mejorar, este diagnóstico debe usarse como un factor de riesgo o relacionado con otro diagnóstico distinto, como el *riesgo de caída*. (2) Especificar el nivel de movilidad usando los mismos criterios que para el *trastorno de la movilidad física*.

*Nivel 0:* es completamente independiente

*Nivel 1:* necesita el uso de algún equipamiento o dispositivo

*Nivel 2:* requiere ayuda de otra persona para asistencia, supervisión o entrenamiento

*Nivel 3:* requiere ayuda de otra persona y algún dispositivo o equipamiento

*Nivel 4:* es dependiente; no participa en la actividad

(3) Véanse las sugerencias de uso para el trastorno de la movilidad física de la pág. 494.

### Otros posibles diagnósticos

Autocuidado, déficit del  
Caídas, riesgo de  
Caminar, dificultad para  
Lesión, riesgo de  
Manejar la silla de ruedas, dificultad para  
Moverse de la cama, dificultad para  
Movilidad física, trastorno de la  
Síndrome de desuso, riesgo de

### Resultados NOC

**Equilibrio:** habilidad para mantener el equilibrio corporal

**Movilidad:** habilidad para moverse a propósito en el propio entorno de forma independiente con o sin dispositivos de ayuda

**Movimiento coordinado:** habilidad de los músculos para trabajar juntos de forma voluntaria en movimientos intencionados

**Posicionamiento del cuerpo: autoiniciado:** habilidad para cambiar la propia postura corporal de forma independiente con o sin ayuda de dispositivos

**Resultado del desplazamiento:** habilidad para cambiar la localización del cuerpo de forma independiente con o sin dispositivos de ayuda

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **habilidad de desplazamiento**, manifestada por equilibrio y postura corporal: autoiniciada, movimiento coordinado, movilidad, y resultado del desplazamiento
- El paciente llevará a cabo una variedad entera de movimientos de todas las articulaciones
- El paciente será capaz de desplazarse:
  - De la cama a la silla o se levantará de la cama
  - De la silla de ruedas al coche y del coche a la silla de ruedas
  - De pies hasta el suelo o del suelo hasta ponerse en pie
  - Hacia y desde el aseo u orinal

## Intervenciones NIC

**Ayuda en el autocuidado: desplazamiento:** ayudar a una persona a cambiar de posición

**Promoción del ejercicio: entrenamiento de la fuerza:** facilitar un entrenamiento de la resistencia muscular regular para mantener o incrementar la fuerza muscular

**Terapia con ejercicio: ambulación:** promoción y asistencia al andar para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de la enfermedad o lesión

**Terapia con ejercicio: control muscular:** uso de actividades específicas o protocolos de ejercicios para mejorar o restablecer movimientos corporales controlados

**Terapia con ejercicio: equilibrio:** uso de actividades específicas, posturas y movimientos para mantener, mejorar o restablecer el equilibrio

**Terapia con ejercicio: movilidad articular:** uso de movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Realizar evaluaciones continuas de la habilidad del paciente
- Evaluar la necesidad de ayuda de la institución responsable del cuidado en el domicilio u otro lugar, y valorar la necesidad de equipamiento médico duradero
- Evaluar la vista, el oído y la propiocepción
- (NIC) *Terapia con ejercicio: control muscular:*
  - Determinar la preparación del paciente para realizar una actividad o protocolo de ejercicios

Trasladarse desde la silla de ruedas, dificultad en la habilidad para **723**

Determinar lo certero de la imagen corporal  
Controlar las respuestas funcionales emocionales y cardiovasculares del paciente ante el protocolo de ejercicios  
Controlar los propios ejercicios del paciente para su correcta ejecución

#### Educación del paciente y la familia

- Instruir en una amplia gama de ejercicios pasivos o activos
- Dar directrices paso por paso
- Facilitar información por escrito y diagramas
- Proporcionar una retroalimentación frecuente para prevenir malos hábitos
- Enseñar a los cuidadores cómo incorporar ejercicios de equilibrio y fuerza a las actividades de la vida diaria
- *(NIC) Terapia con ejercicio: control muscular:*
  - Facilitar claves paso por paso para cada actividad motora durante el ejercicio o las actividades de la vida diaria
  - Instruir al paciente a enumerar cada movimiento como si estuviera realizándolo

#### Actividades auxiliares

- Usar terapia ocupacional y física como fuentes en el plan de desarrollo para mantener o incrementar la movilidad de desplazamiento; el plan debe incluir ejercicios de equilibrio y de fuerza muscular

#### Otras

- Colocar la luz o botón de llamada al alcance
- Facilitar un refuerzo positivo durante las actividades
- Implementar las medidas de control del dolor antes de empezar el ejercicio o la terapia física
- Asegurarse de que el plan de cuidado incluye el número de personal requerido para trasladar al paciente
- Ayudar al paciente en sus desplazamientos, si es necesario
- *(NIC) Terapia con ejercicio: control muscular:*
  - Vestir al paciente con ropa holgada
  - Ayudar al paciente a mantener la estabilidad del tronco o de las articulaciones durante la actividad motora
  - Reorientar al paciente en las funciones de movilidad corporales
  - Incorporar actividades de la vida diaria en los protocolos de ejercicios, si procede
  - Ayudar al paciente a preparar y mantener un gráfico de progreso o tabla para motivar su incorporación al protocolo de ejercicios

T

#### En el domicilio

- Las actividades precedentes pueden usarse o adaptarse para el cuidado en casa
- Ayudar a la familia a planificar el mobiliario para maximizar la movilidad del paciente

## TRAUMATISMO, RIESGO DE

(1980)

**Definición:** riesgo acentuado de lesión de tejido accidental (p. ej., herida, quemadura, fractura).

### Factores de riesgo

#### Externos (ambientales)

Barrios marginales/criminales y pacientes vulnerables; mangos de ollas situados de frente en la cocina; uso de guantes de cocina finos o desgastados; cuchillos guardados sin cubrir; mecanismos inapropiados de llamada de emergencia para pacientes en cama; combustibles o corrosivos mal almacenados (p. ej., cerillas, trapos manchados de aceite, lejía); juguetes o ropa altamente inflamables; pasillos obstruidos; camas altas; carámbanos grandes que cuelgan del techo; nieve o hielo acumulado en escaleras o pasarelas; exceso de exposición al sol, lámparas solares ultravioletas, radioterapia; tomas eléctricas sobrecargadas; cajas de fusibles sobrecargadas; jugar o trabajar cerca de vías de vehículos (p. ej., caminos particulares, callejones, vías ferroviarias); jugar con petardos o pólvora; pistolas o munición almacenada sin seguridad; contacto con maquinaria de movimiento rápido, correas industriales, o poleas; residuos o líquidos derramados por suelos o escaleras; aparatos defectuosos; bañarse en agua muy caliente (p. ej., baños no supervisados de niños pequeños); bañeras sin agarradera o sin sistema antideslizante; niños que juegan con cerillas, velas, cigarrillos, juguetes con bordes puntiagudos; niños que juegan sin vallas de protección en las escaleras; iluminación retardada de gas de quemador u horno; contacto con frío intenso; residuos de grasa acumulada en cocinas; niños que viajan en el asiento delantero del coche; conducir previo consumo de bebidas alcohólicas o drogas; el no uso o mal uso de de sillas para coches; conducir a velocidad excesiva; conducir sin los medios visuales necesarios; salas totalmente a oscuras; experimentar con productos químicos o gasolina; exposición a maquinaria peligrosa; clavijas defectuosas; cables pelados; cables no sujetos/anclados; contacto con ácidos o álcalis; pasamanos inestables o ausencia de los mismos; sillas y escaleras de mano inestables; vajillas o cristalería rajadas; mandiles o ropa holgada expuestos alrededor de llamas; chimeneas o estufas sin cortafuegos; protección de ventanas inseguras en casas con niños pequeños; deslizarse sobre ropa de cama áspera o forcejear contra correas; mal uso del casco por parte de motociclistas o niños pequeños llevados en bicicletas; escapes de gas potencialmente ignífugos; carreteras o cruces peligrosos; suelos deslizantes (p. ej., mojados o demasiado encerados); fumar en la cama o cerca de oxígeno; alfombras mal sujetas

#### Internos (personales)

Debilidad, poca visibilidad, falta de equilibrio, temperatura o tacto reducidos, merma de la coordinación muscular, disminución de la coordinación ojo-

mano, carencia de educación preventiva, falta de medidas de seguridad, insolencia para adquirir equipamientos de seguridad o para efectuar reparaciones, dificultades cognitivas o emocionales, historial de traumatismos anteriores

### Sugerencias de uso

Proporcionar un diagnóstico más específico siempre que sea posible.

### Otros posibles diagnósticos

Aspiración, riesgo de  
Caídas, riesgo de  
Heridas, riesgo de  
Intoxicación, riesgo de  
Lesión perioperatoria, riesgo de  
Mantenimiento del hogar, deterioro del

### Resultados NOC

**Conocimiento: seguridad personal:** acciones del individuo adulto para controlar comportamientos que provocan lesiones físicas

**Estado de seguridad: lesión física:** gravedad de las lesiones de accidentes y traumas

**Integridad tisular: piel y mucosas:** estructura impecable y funciones psicológicas normales de la piel y las membranas mucosas

T

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Probar la actitud de seguridad del individuo, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, habitualmente)
  - Guarda comida para minimizar el deterioro
  - Usa cinturón de seguridad
  - Usa bronceador con filtro solar
  - Tiene comportamientos sexuales seguros
  - Usa herramientas y maquinaria correctamente
  - Evita comportamientos de alto riesgo

#### Otros ejemplos

- El paciente evitará lesiones físicas
- No abusa de alcohol o sustancias estimulantes

### Intervenciones NIC

**Control de la presión:** minimizar la presión de las partes del organismo

**Gestión del entorno: seguridad:** controlar y manipular el entorno físico para fomentar la seguridad

**Enseñanza: seguridad del lactante:** enseñanza de la seguridad durante el primer año de vida

**Enseñanza: seguridad del niño pequeño:** enseñanza de la seguridad durante el segundo y tercer años de vida

**Gestión del entorno: seguridad:** controlar y manipular el entorno físico para fomentar la seguridad

**Fomento de la seguridad vial:** ayudar a individuos, familias y comunidades para aumentar el conocimiento de medidas para reducir las lesiones involuntarias en vehículos motorizados y no motorizados

**Vigilancia de la piel:** recogida y análisis de los datos de los pacientes para mantener la integridad de la piel y la membrana mucosa

## Actividades de enfermería

### Valoración

- *(NIC) Gestión del entorno: seguridad:*  
Identificar las necesidades de seguridad del paciente basadas en el nivel de las funciones físicas y cognitivas y el historial de comportamiento  
Identificar los peligros de seguridad del entorno (p. ej., físicos, biológicos y químicos)

### Educación del paciente y la familia

- Instruir al paciente y a la familia en medidas de seguridad específicas de un área de riesgo
- Facilitar material de enseñanza relacionado con estrategias de prevención de traumatismos
- Facilitar información sobre los peligros del entorno y sus características (p. ej., escaleras, ventanas, cierres de armarios, piscinas, calles, puertas)

T

### Actividades auxiliares

- Remitir a la educación social (p. ej., resucitación cardiopulmonar, primeros auxilios, o natación)
- *(NIC) Gestión del entorno: seguridad:* ayudar al paciente a trasladarse a entornos más seguros (p. ej., remisión a ayuda inmobiliaria)

### Otras

- *(NIC) Gestión del entorno: seguridad:*  
Modificar el entorno para minimizar los riesgos de peligro  
Facilitar recursos de adaptación (p. ej., pasamanos y andador) para aumentar la seguridad del entorno  
Utilizar recursos de protección (p. ej., sistemas de inmovilización, barandillas para camas, puertas bloqueadas, vayas, verjas) para limitar físicamente la movilidad o el acceso a situaciones dañinas

## En el domicilio

- Las actividades anteriores son apropiadas para el cuidado en el domicilio

### Bebés y niños

- Recomendar a los padres guardar las armas bajo llave y por separado de la munición
- Enseñar a los padres medidas de seguridad, como mantener materiales inflamables o tóxicos fuera del alcance de los niños, usar sillas de coche de niños de tamaño apropiado e instalarlas correctamente
- Evaluar inmuebles viejos según la pintura a base de plomo

### Personas mayores

- Fomentar al paciente a tonificar los músculos y equilibrar el ejercicio físico
- Recomendar sólo el uso de alfombras antideslizantes, asideros en bañeras y duchas; iluminar correctamente rellanos, escaleras, habitaciones y cuartos de baño
- Recomendar a los pacientes guardar las medicinas en sus frascos originales o en un pastillero

## VAGABUNDEO

(2000)

V

**Definición:** locomoción serpenteante, sin propósito o repetitiva que expone al individuo ante daños, frecuentemente incongruente con los límites, fronteras y obstáculos.

### Características definitorias

#### Objetivas

Allanamiento de morada

Conductas de búsqueda o exploración

Deambulaci3n difícil de desviar o disuadir

Deambulaci3n persistente en busca de algo

Deambulaci3n que lleva al abandono no intencionado de un lugar

Deambular en espacios privados o no autorizados

Hiperactividad

Incapacidad para localizar puntos de referencia en un medio familiar

Largos periodos de deambulaci3n sin destino aparente

Locomoci3n o caminata inquieta

Movimientos aleatorios

Movimiento frecuente o continuo de un lado a otro, a menudo volviendo al mismo sitio

Perders

Periodos de deambulaci3n intercalados con periodos de descanso (p. ej., sentarse, estar de pie, dormir)

Seguir los movimientos del cuidador como una sombra

### Factores relacionados

Atrofia cortical

Conducta premórbida (p. ej., personalidad sociable o extrovertida, demencia premórbida)

Estado emocional (p. ej., frustración, ansiedad, aburrimiento, depresión, agitación)

Estado o necesidad psicológica (p. ej., hambre o sed, dolor, micción, estreñimiento)

Excesiva estimulación física o social

Hora del día

Trastorno cognitivo (específicamente: déficit de memoria y recuerdos, desorientación, habilidad visuoespacial [o visuoconstructiva] pobre, defectos del lenguaje [principalmente expresivo])

Sedación

Separación de las personas y lugares familiares

### Sugerencias de uso

El *vagabundeo* puede ser consecuencia de diagnósticos psicológicos como la *confusión* o la *alteración de los procesos del pensamiento*. Si se presentan las características definitorias del *vagabundeo*, usarlas en lugar de otros diagnósticos más extensos.

## V

### Otros posibles diagnósticos

Confusión aguda

Confusión crónica

Entorno, síndrome de interpretación alterada del

Lesión, riesgo de

Procesos del pensamiento, alteración de los

### Resultados NOC

**Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar:** preparativos físicos para minimizar los factores ambientales que puedan provocar daños físicos o lesiones en el domicilio

**Conducta de seguridad: prevención de las caídas:** acciones de los cuidadores para minimizar los factores de riesgo que puedan precipitar caídas en el entorno personal

**Nivel de ansiedad:** gravedad de aprehensión manifestada, tensión o dificultad creciente de procedencia indefinida

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **conducta de seguridad: prevención de las caídas**, manifestada por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, habitualmente):

- Coloca barreras para prevenir caídas
- Facilita una iluminación adecuada
- Evita el desorden, elimina los residuos y posibles reflejos del suelo
- Quita las alfombrillas
- Planifica la retirada de la nieve y hielo de las superficies transitables
- Controla la agitación y la inquietud
- Presenta **nivel de ansiedad**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: grave, sustancial, moderado, leve o ninguno):
  - Inquietud
  - Caminatas
  - Angustia
  - Irritabilidad
  - Ataques de ira
  - Conducta problemática
  - Trastorno del patrón de sueño

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- No vagar por sitios privados o no autorizados
- No perderse
- No abandonar el edificio (si es una institución)
- Andar solo en una ruta establecida con anterioridad

### Intervenciones NIC

**Gestión de la demencia:** provisión de un entorno modificado para el paciente que sufre un estado de confusión crónica

**Gestión del entorno: seguridad:** control y manipulación del medio físico para fomentar la seguridad

**Prevención de caídas:** establecer precauciones especiales con el paciente ante el riesgo de lesión por caída

**Prevención de fugas:** minimizar el riesgo de la fuga de un paciente bajo tratamiento sin la autorización cuando la salida presente un riesgo para la seguridad del paciente o de terceros

**Reducción de la ansiedad:** minimizar la aprensión, pavor, presentimiento o dificultad relacionada con cualquier fuente desconocida de peligro anticipado

**Restricción de zonas de movimiento:** limitación de la movilidad del paciente en un área específica para cualquier propósito de seguridad o gestión de la conducta

**Vigilancia: seguridad:** acumulación intencionada y continua de análisis de la información sobre el paciente y el entorno para su uso en el fomento y mantenimiento de la seguridad del paciente

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Evaluar los factores en los que yace el riesgo de vagabundeo (p. ej., confusión, agitación, ansiedad)

- *(NIC) Gestión del entorno:*  
Identificar las necesidades de seguridad del paciente basándose en el nivel de la función física y cognitiva, y el historial de conducta
- *(NIC) Prevención de fugas:*  
Controlar los indicadores de fuga potencial (p. ej., indicadores verbales, salidas cercanas en las que se pueda entretener, muchas capas de ropa, desorientación, ansiedad de separación y añoranza del hogar)
- *(NIC) Gestión de la demencia:*  
Determinar el tipo y extensión de déficit(s) cognitivo mediante el uso de herramientas de examen normalizadas

### Educación del paciente y la familia

- Explicar a la familia y a los amigos la mejor forma de interactuar con una persona confusa, con delirio o demencia
- Explicar a la familia el propósito o precauciones tales como la restricción zonal, bandas de identificación, incremento de la supervisión, puertas, barreras físicas, y demás
- Facilitar información sobre las formas de crear un hogar seguro para el paciente

### Actividades auxiliares

- *(NIC) Prevención de fugas:*  
Aclarar el estado legal del paciente (p. ej., menor o adulto, tratamiento voluntario o bajo sentencia de un tribunal)  
Comunicar el riesgo a otros cuidadores

V

### Otras

- Usar cerraduras o candados en puertas y ventanas, o porteros automáticos en los límites de la propiedad
- Notificar a los vecinos el estado del paciente y darles instrucciones de informar si se encuentran a la persona vagabundeando
- Evitar barreras, si procede; usar en su lugar alarmas sensitivas de presión (p. ej., sensores en sillas y camas)
- Facilitar un entorno familiar sólido (p. ej., evitar cambios en las habitaciones y gente desconocida)
- Marcar con claridad los límites del paciente (p. ej., con cinta de un color llamativo en el suelo, señales en las puertas, etc.)
- *(NIC) Gestión de la demencia:*  
Facilitar espacio para un vagabundeó y caminata seguros  
Ponerle al paciente una pulsera para identificarle
- *(NIC) Prevención de fugas:*  
Familiarizar al paciente con el entorno y la rutina para disminuir la ansiedad  
Limitar al paciente en un entorno físicamente seguro (p. ej., puertas cerradas o con alarmas en salidas, y ventanas bloqueadas), si procede

Aumentar la supervisión o vigilancia cuando el paciente se encuentre en un entorno exterior seguro (p. ej., agarrar de la mano y aumentar la proporción de plantilla que le vigile)

Registrar una descripción física (p. ej., altura, peso, color de ojos, pelo y piel, y cualquier característica descriptiva [para una referencia en caso de fuga])

- (NIC) *Gestión del entorno*: retirar los obstáculos del entorno (p. ej., alfombrillas sueltas y muebles pequeños y manejables)

### En el domicilio

- Las actividades precedentes pueden usarse o adaptarse para el cuidado en el domicilio

---

## VÍAS AÉREAS, LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS

(1980, 1996, 1998)

**Definición:** incapacidad de eliminar las secreciones o las obstrucciones de las vías respiratorias para mantener la vía aérea libre.

V

### Características definatorias

#### Subjetivas

Disnea

#### Objetivas

Alteraciones de la frecuencia y el ritmo respiratorios

Cianosis

Espustos abundantes

Habla dificultosa

Inquietud

Ojos muy abiertos (aspecto)

Ortopnea

Reducción de los ruidos respiratorios

Ruidos respiratorios anómalos (p. ej. estertores, crepitantes, roncus, sibilancias)

Tos ineficaz o ausente

### Factores relacionados

**Ambientales:** fumador, inhalación de humo, fumador pasivo

**Fisiológicos:** disfunción neuromuscular, hiperplasia de las paredes bronquiales, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infección, asma, alergia, [traumatismos]

**Obstrucción de la vía aérea:** espasmo de la vía aérea, secreciones retenidas, exceso de mucosidad, presencia de vía aérea artificial, cuerpo extraño en la vía aérea, secreciones bronquiales, exudado alveolar

### Sugerencias de uso

Utilizar las características definitorias principales reseñadas en la tabla 10 para diferenciar cuidadosamente esta etiqueta de los otros dos posibles diagnósticos respiratorios. Si el reflejo de la tos y el nauseoso son ineficaces o están ausentes debido a la anestesia, emplear *riesgo de aspiración* en vez de *limpieza ineficaz de las vías aéreas* para centrarse en prevenir la aspiración más que en enseñar al paciente a toser eficazmente.

Tabla 10

Diagnóstico de enfermería	Presente	Ausente
<i>Deterioro del intercambio gaseoso</i>	Valores anormales de los gases sanguíneos Hipoxia Alteraciones del estado mental	Tos ineficaz Tos
<i>Patrón respiratorio ineficaz</i>	“Aspecto” de la respiración del paciente: dilatación de las aletas de la nariz, uso de los músculos accesorios, respiración con los labios estrechamente cerrados Valores anormales de los gases sanguíneos	Taquicardia, inquietud Tos ineficaz Obstrucción o aspiración
<i>Limpieza ineficaz de las vías aéreas</i>	Tos, tos ineficaz Alteraciones de la frecuencia o de la profundidad de las respiraciones La causa habitual aumenta por obstrucciones o secreciones persistentes (p. ej., aspiración)	Valores anormales de los gases sanguíneos

### Otros posibles diagnósticos

Aspiración, riesgo de  
Intercambio gaseoso, deterioro del  
Patrón respiratorio, ineficaz

### Resultados NOC

**Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias:** árbol traqueo-bronquial abierto y despejado para realizar el intercambio gaseoso

**Estado respiratorio: ventilación:** entrada y salida de aire de los pulmones

**Prevención de la aspiración:** acciones personales destinadas a impedir el paso de líquidos y partículas sólidas al pulmón

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra una limpieza eficaz de las vías respiratorias, puesta de manifiesto por: prevención de la aspiración; estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias, y estado respiratorio: ventilación no comprometida
- Demuestra **estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias**, puesto de manifiesto por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido):
  - Respira con normalidad
  - Frecuencia y ritmo respiratorios
  - Expulsa esputos de las vías respiratorias
  - Expulsa sustancias que obstruyen la vía aérea

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Toser eficazmente
- Expectorar con eficacia
- Mantener la vía aérea abierta
- Auscultación: murmullo vesicular conservado
- Frecuencia y ritmo respiratorios dentro de los límites normales
- Función pulmonar dentro de los límites normales
- Describir un plan de cuidados en casa



## Intervenciones NIC

**Asistencia en la ventilación:** promover un patrón respiratorio espontáneo óptimo, que consiga el máximo intercambio posible de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones

**Aspiración de las vías aéreas:** eliminación de secreciones de las vías respiratorias mediante la inserción de un catéter de aspiración en la boca y/o tráquea del paciente

**Cambio de posición:** colocar al paciente o a una parte de su cuerpo de una manera determinada para promover el bienestar fisiológico y psicológico

**Fomento de la tos:** promover que el paciente realice inhalaciones profundas para generar altas presiones intratorácicas y comprimir el parénquima pulmonar subyacente, logrando así expulsar el aire con fuerza

**Gestión de las vías aéreas:** facilitar la permeabilidad del aparato respiratorio

**Gestión del asma:** identificación, tratamiento y prevención de las reacciones provocadas por la inflamación o constricción de las vías respiratorias

**Monitorización respiratoria:** recogida y análisis de datos del paciente para asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias y un intercambio gaseoso apropiado

**Prevención de la aspiración:** prevención o minimización de los factores de riesgo en un paciente con posibilidades de sufrir aspiración

## Actividades de enfermería

### Valoración

- Evaluar y registrar lo siguiente:
  - Eficacia de la administración de oxígeno y otros tratamientos
  - Eficacia de los medicamentos prescritos
  - Evolución de los valores de la gaseometría arterial, si procede
  - Frecuencia, profundidad y esfuerzo de la respiración
  - Factores relacionados, como dolor, tos ineficaz, mucosidad viscosa y cansancio
- Auscultación pulmonar, buscando reducción o ausencia de ventilación y ruidos anómalos
- (NIC) *Aspiración de las vías aéreas:*
  - Determinar la necesidad de aspiración oral o traqueal
  - Vigilar la oxigenación del paciente (saturación arterial y venosa de O<sub>2</sub>) y su estado hemodinámico (presión arterial media, ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la aspiración
  - Registrar el tipo de secreciones aspiradas y su cantidad

### Educación del paciente y la familia

- Instruir en el uso correcto de los equipos auxiliares (p. ej. oxígeno, aspirador, espirómetro, inhaladores, respiración con presión positiva intermitente)
- Informar al paciente y a la familia que no está permitido fumar en la habitación; enseñar la importancia de dejar de fumar
- Enseñar al paciente a toser eficazmente y técnicas de respiración profunda para facilitar la eliminación de secreciones
- Enseñar al paciente a inmovilizar la herida quirúrgica al toser
- Enseñar al paciente y a su familia el significado de ciertos cambios en la expectoración, como el color, características, cantidad y olor
- (NIC) *Aspiración de las vías aéreas:* enseñar al paciente y/o familia a aspirar las vías respiratorias, si es preciso

### Actividades auxiliares

- Consultar con el experto en fisioterapia respiratoria, si es necesario
- Consultar al médico la necesidad de percusión y equipos accesorios
- Administrar aire humidificado y oxígeno de acuerdo con los protocolos de la institución
- Administrar o ayudar con los aerosoles, nebulizador por ultrasonidos y otros tratamientos pulmonares según los protocolos de la institución
- Avisar al médico si los gases sanguíneos son anormales

### Otras

- Animar al paciente a que realice actividad física para favorecer la eliminación de secreciones
- Animar a que utilice el espirómetro incentivado (Smith-Sims, 2001)
- Si el paciente no es capaz de andar, pasar de decúbito lateral derecho a izquierdo (y viceversa) al menos cada dos horas

- Informar al paciente antes de realizar procedimientos, para reducir la ansiedad y aumentar la sensación de control
- Proporcionar apoyo emocional (p. ej., asegurar al paciente que toser no hará que “se suelten los puntos”)
- Posicionar al paciente para lograr la máxima expansión del tórax (p. ej. con la cabecera de la cama elevada 45° si no está contraindicado [Collard *et al.*, 2003; Drakulovic *et al.*, 1999])
- Aspirar a través de la nasofaringe y orofaringe para eliminar secreciones cada \_\_\_\_\_
- Realizar aspiración endotraqueal o nasotraqueal, si es preciso (hiperoxigenar con Ambu-bag® antes y después de aspirar por el tubo endotraqueal o a través de la traqueostomía)
- Mantener una hidratación adecuada para reducir la viscosidad de las secreciones
- Eliminar o tratar los factores causales, como dolor, cansancio y secreciones espesas

### En el domicilio

- Enseñar al paciente y a su familia el plan de cuidados en el hogar (p. ej., medicamentos, hidratación, nebulización, dispositivos, drenaje postural, signos y síntomas de las complicaciones, recursos comunitarios)
- Evaluar en el domicilio la posible existencia de algunos factores, como los alérgenos, que podrían precipitar la limpieza ineficaz de las vías aéreas
- Ayudar al paciente y a su familia a identificar formas de evitar los alérgenos, entre ellas la exposición al humo proveniente del tabaco

V

### Bebés y niños

- Hacer hincapié ante los padres en que es importante que el niño tosa, y que la tos no siempre debe suprimirse con medicamentos
- Sopesar la necesidad de limpieza de la vía aérea con la necesidad de evitar el cansancio producido por la tos, cuando ésta es persistente o es un síntoma de disnea
- Dejar que el niño coja el estetoscopio y escuche sus propios ruidos respiratorios

## VIOLENCIA AUTODIRIGIDA, RIESGO DE

(1994)

**Definición:** riesgo de conductas que manifiesten que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma.

## Factores de riesgo

Antecedentes familiares (p. ej., caóticos o conflictivos, historial de suicido)  
Claves de conducta (p. ej., escribir cartas de amor desesperadas, dirigir mensajes de ira a otra persona importante que la haya rechazado, regalar efectos personales, rescindir una póliza de seguro de vida)  
Edad entre 15 y 19 años  
Empleo (p. ej., desempleo, pérdida o fracaso laboral reciente)  
Estado civil (p. ej., soltería, viudedad, divorcio)  
Estado emocional (p. ej., desesperanza, desesperación, ansiedad creciente, pánico, ira, hostilidad)  
Falta de recursos personales (p. ej., logros insuficientes, mala introspección, afectos escasos y mal controlados)  
Falta de recursos sociales (p. ej., relaciones pobres, aislamiento social, familia insensible)  
Historial de intentos múltiples de suicidio  
Ideación suicida (frecuente, intensa, prolongada)  
Mayor de 45 años  
Ocupación (p. ej., ejecutivo, administrador o dueño de su propio negocio, profesional trabajador semicualificado)  
Orientación sexual (p. ej., bisexual [activo], homosexual [inactivo])  
Plan suicida (claro y específico, letalidad, método y disponibilidad de medios destructivos)  
Pistas verbales (p. ej., hablar de la muerte [“todo iría mejor sin mí”] hacer preguntas sobre posologías y medicamentos letales)  
Problemas de salud física (p. ej., hipocondría, enfermedad crónica o terminal)  
Problemas de salud mental (p. ej., depresión severa, psicosis, trastorno de la personalidad grave, alcoholismo o abuso de estupefacientes)  
Realización de actos sexuales autoeróticos  
Relaciones interpersonales conflictivas

## Sugerencias de uso

Si se manifiestan los factores de riesgo específicos para el *riesgo de automutilación* o *riesgo de suicidio*, hacer uso de un diagnóstico de enfermería más específico en lugar del *riesgo de violencia autodirigida*.

## Otros posibles diagnósticos

Automutilación, riesgo de  
Suicidio, riesgo de

## Resultados NOC

**Autocontención del suicidio:** actos personales para refrenar los intentos y gestos de matarse a uno mismo

**Autocontrol de la conducta abusiva:** automoderación de las conductas compulsivas o impulsivas

**Contención de la automutilación:** actos personales para refrenar la lesión autoinfligida (no letal)

## Objetivos/criterios de evaluación

### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **autocontrol de la conducta abusiva**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, habitualmente):
  - Identifica sentimientos o conductas que le llevan a actuar de forma impulsiva
  - Identifica consecuencias de actos impulsivos hacia sí mismo y hacia otros
  - Evita ambientes y situaciones de alto riesgo
  - Controla los impulsos

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Distinguir entre formas alternativas de abordar los problemas
- Identificar sistemas de ayuda en la comunidad
- Manifestar una disminución de los pensamientos suicidas
- No intentar suicidarse
- No hacerse daño

## Intervenciones NIC

**Adiestramiento para controlar los impulsos:** ayudar al paciente a mediar la conducta impulsiva a través de la aplicación de estrategias resolutivas ante situaciones sociales e interpersonales

**Gestión de la conducta: autolesiones:** ayudar al paciente a disminuir o eliminar las automutilaciones o comportamientos autoabusivos

**Gestión del entorno: prevención de la violencia:** controlar y manipular el medio físico para reducir el potencial de comportamientos violentos dirigidos a sí mismo, a otros o al medio

**Gestión del humor:** facilitar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento al paciente que esté experimentando depresión disfuncional del humor o exceso del mismo.

**Prevención del suicidio:** reducir el riesgo de daños autoinfligidos con la intención de terminar con su vida

V

## Actividades de enfermería

Remitirse a las actividades de enfermería para los diagnósticos de *automutilación* (págs. 130-133), *riesgo de automutilación* (págs. 135-138), y *riesgo de suicidio* (pág. 698).

## Valoración

- Evaluar y documentar el potencial de suicidio del paciente cada \_\_\_\_\_
- Identificar comportamientos que señalen impedimento de la violencia contra uno mismo, especificar los comportamientos
- (NIC) *Gestión del entorno: prevención de la violencia:*

Controlar la seguridad de los utensilios traídos al medio por parte de los visitantes

Controlar al paciente durante el uso de armas potenciales (p. ej., cuchilla de afeitar)

### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Ayudar a controlar la ira*: instruir en el uso de medidas tranquilizantes (p. ej., tiempos muertos, respiración profunda)

### Actividades auxiliares

- Aclarar el uso de la retención de 72 horas para la evaluación y el tratamiento en la unidad psiquiátrica en el caso de abusos a uno mismo
- Concertar con el médico el uso de medidas restrictivas apropiadas cuando sea necesario prevenir las autolesiones
- Iniciar una reunión sobre el cuidado multidisciplinar del paciente para desarrollar un plan

### Otras

- Tomar precauciones de suicidio si resulta necesario (p. ej., compañía las 24 horas)
- Asegurar al paciente de que se le protegerá contra impulsos suicidas hasta que sea capaz de recuperar el control mediante: (1) observación constante del paciente, (2) comprobación frecuente del paciente, y (3) tomar en serio la ideología suicida del mismo
- Hablar con el paciente y la familia del rol de la ira respecto a los daños a sí mismo
- Alentar al paciente a expresar la ira con palabras
- (NIC) *Ayudar a controlar la ira*:
  - Usar un acercamiento calmado y seguro
  - Limitar el acceso a situaciones frustrantes hasta que el paciente sea capaz de expresar la ira de forma adaptativa
  - Fomentar la búsqueda de ayuda de enfermería u otros responsables durante los picos de tensión
  - Prevenir el daño físico si la ira se dirige a uno mismo (p. ej., restringir y confiscar armas potenciales)
  - Facilitar una expectación para que el paciente pueda controlar su conducta
- (NIC) *Gestión del entorno: prevención de la violencia*:
  - Alojar a los pacientes potenciales de autolesión con compañeros para disminuir el aislamiento y la oportunidad de llevar a cabo pensamientos dañinos, cuando proceda
  - Alojar al paciente en una habitación ubicada cerca de la sala de enfermería
  - Limitar el acceso a ventanas a no ser que estén bloqueadas o sean blindadas, si procede
  - Alojar al paciente en un ambiente menos restrictivo que le permita el nivel necesario de observación

Poner guantes, tablillas, cascos o correas para limitar la movilidad y habilidad de provocar daños a sí mismo, cuando sea necesario  
 Facilitar perchas de plástico mejor que de metal cuando sea apropiado  
 Facilitar platos de papel y utensilios de plástico en las comidas

---

## VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS, RIESGO DE

(1980, 1996)

**Definición:** riesgo de conductas en las que la persona demuestre que pueden ser física, emocional o sexualmente lesivas para otros.

### Factores de riesgo

#### Objetivos

Complicaciones o anomalías prenatales y perinatales  
 Conducta suicida  
 Crueldad con los animales  
 Delitos con vehículos (p. ej., frecuentes violaciones de tráfico, uso del motor para liberar la ira)  
 Deterioro cognitivo (p. ej., trastornos del aprendizaje, déficit de atención, disminución de las funciones intelectuales)  
 Deterioro neurológico (p. ej., EEG, CAT, o MRI positivo, traumatismo craneal, hallazgos neurológicos positivos, trastornos convulsivos) V  
 Disponibilidad o posesión de armas  
 Historia de abusos infantiles  
 Historia de amenazas de violencia (p. ej., amenazas verbales contra la propiedad y contra la persona, amenazas sociales, maldiciones, notas o cartas amenazadoras, gestos amenazadores, amenazas sexuales)  
 Historia de conductas violentas antisociales (p. ej., robar, préstamos insistentes, petición de privilegios e interrupción de reuniones persistente, negativa a comer y a tomar la medicación, ignorar las normas)  
 Historia de consumo de estupefacientes  
 Historia de violencia contra otros (p. ej., golpear, dar patadas, escupir, arañar, lanzar objetos, morder, intentar violar, violar, abusos sexuales, o orinar/defecar encima de otras personas)  
 Historia de violencia indirecta (p. ej., romper la ropa, destrozar objetos sujetos a paredes, escribir en muros, orinar o defecar en el suelo, dar patadas, pillar rabietas, correr por los pasillos, gritar, lanzar objetos, romper ventanas, dar portazos, realizar insinuaciones sexuales)  
 Historia de haber atestiguado violencia familiar  
 Impulsividad  
 Iniciar fuegos  
 Intoxicación patológica  
 Lenguaje corporal: postura rígida, puños y mandíbulas contraídos, hiperactividad, caminar de un lado a otro, falta de aliento, posturas amenazadoras)

Sintomatología psicológica (p. ej., auditiva, visual, alucinación de órdenes, desilusiones paranoides, procesos de pensamiento vagos, erráticos o ilógicos)

### Otros factores de riesgo (no recogidos en la NANDA internacional)

Excitación catatónica  
Exaltación maniaca  
Historia de maltratos por parte del cónyuge  
Patrón de detención o condena  
Reacciones tóxicas a medicamentos

### Sugerencias de uso

Utilizar este diagnóstico para pacientes que necesiten intervenciones de enfermería con el propósito de proteger a terceros y prevenir o disminuir episodios de violencia. El diagnóstico de *afrentamiento familiar ineficaz: incapacitante* puede resultar más útil en situaciones en las que haya violencia doméstica. Si la necesidad es centrarse en la *ansiedad* o en la *baja autoestima*, considerar el uso de los otros posibles diagnósticos.

### Otros posibles diagnósticos

Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido  
Afrontamiento individual: ineficaz  
Ansiedad  
Autoestima crónica, baja  
Autoestima situacional, baja

V

### Resultados NOC

**Autocontrol de la conducta abusiva:** autocontrol de las conductas agresivas o negligentes hacia otros

**Cese del abuso:** evidencia que la víctima ya no ha vuelto a resultar herida ni se han aprovechado de ella

**Control de la agresión:** autocontrol de las conductas agresivas, combativas o destructivas hacia otros

**Control de los impulsos:** autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- Presenta **control de la agresión**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, habitualmente)  
Recapacita sobre:
  - Arrebatos verbales
  - Ataques a terceros
  - Violación del espacio vital de las personas

Herir a personas o animales

Destrucción de la propiedad

Identifica cuándo tiene ira, está frustrado o se siente agresivo

Comunica los sentimientos de forma apropiada

- Presenta **control de los impulsos**, manifestado por los siguientes indicadores (especificar del 1 al 5: nunca, rara vez, alguna vez, a menudo, habitualmente)

Identifica sentimientos o conductas que le llevan a acciones impulsivas

Identifica consecuencias de las acciones impulsivas hacia sí mismo y hacia otros

Evita ambientes y situaciones muy arriesgadas

Busca ayuda cuando sufre impulsos

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Identificar factores que provocan conductas violentas
- Identificar formas alternativas de abordar los problemas
- Identificar sistemas de apoyo en la comunidad
- No abusar física, emocional o sexualmente de otros

### Intervenciones NIC

**Ayudar a controlar la ira:** favorecer la expresión de la ira de una forma adaptativa no violenta

**Control del comportamiento:** ayudar al paciente a dominar comportamientos negativos

**Gestión del entorno: prevención de la violencia:** control y manipulación del entorno físico para disminuir la conducta potencial violenta dirigida hacia sí mismo, terceros, o el entorno

**Entrenamiento impulso-control:** ayudar al paciente para intervenir en la conducta impulsiva a través de la aplicación de estrategias resolutivas de situaciones sociales e interpersonales

**Protección contra los abusos:** identificación de situaciones y relaciones de dependencia de alto riesgo y práctica de acciones para prevenir que se inflijan ulteriores daños físicos o emocionales

V

### Actividades de enfermería

#### Valoración

- Identificar conductas que indiquen violencia inminente contra terceros, especificar comportamientos
- (NIC) *Ayudar a controlar la ira:* controlar el potencial de agresión inapropiada e intervenir antes de su manifestación
- (NIC) *Gestión del entorno: prevención de la violencia:*  
Controlar la seguridad de los ítems introducidos por las visitas al entorno  
Controlar al paciente durante el uso de armas potenciales (p. ej., maquinilla de afeitar)

### Educación del paciente y la familia

- (NIC) *Ayudar a controlar la ira*: instruir en el uso de medidas tranquilizantes (p. ej., descansos, respiración profunda)

### Actividades auxiliares

- Aclarar el uso de retención de 72 horas para la evaluación y el tratamiento en la unidad psiquiátrica en el caso de abuso contra otros
- Concertar con el médico el uso de medidas de moderación apropiadas cuando sea necesario prevenir las lesiones a terceros
- Seguir la política del hospital o clínica con respecto a la responsabilidad social según el registro de abuso de la autoridad
- Iniciar una reunión sobre el cuidado multidisciplinar del paciente para desarrollar un plan de cuidado

### Otras

- Fomentar la canalización verbal de la ira
- Identificar situaciones que provoquen violencia, especificar situaciones
- Facilitar una retroalimentación positiva cuando el paciente adquiera comportamientos límites
- (NIC) *Ayudar a controlar la ira*:
  - Usar un acercamiento calmado y seguro
  - Limitar la exposición a situaciones frustrantes hasta que el paciente sea capaz de expresar la ira de forma adaptativa
  - Animar al paciente a buscar ayuda en la plantilla de enfermeros u otros responsables durante periodos de tensión creciente
  - Prevenir las lesiones físicas si la ira se dirige a uno mismo o hacia otros (p. ej., refrenar y retirar armas potenciales)
  - Facilitar desahogo físico para la expresión de la ira o tensión (p. ej., saco de boxeo, deportes, arcilla, escribir en un diario)
  - Identificar consecuencias de una expresión de la ira inapropiada
  - Establecer una expectativa de que el paciente pueda controlar su conducta
  - Ayudar en el desarrollo de métodos apropiados de expresar la ira a los demás (p. ej., firmeza y utilización de instrucciones sensibles)
- (NIC) *Gestión del entorno: prevención de la violencia*:
  - Asignar una habitación individual al paciente potencialmente violento hacia otros
  - Alojar al paciente en una habitación cercana al centro de enfermería
  - Limitar el acceso a ventanas, a no ser que sean blindadas, cuando corresponda
  - Alojar al paciente en un ambiente menos restrictivo que disponga del nivel necesario de observación
  - Designar un área segura (p. ej., celda de aislamiento) para alojar al paciente cuando se violente
  - Facilitar perchas de plástico mejor que de metal, cuando sea oportuno
  - Facilitar platos de papel y utensilios de plástico en las comidas

### En el domicilio

- Las actividades precedentes pueden utilizarse o adaptarse para el cuidado en el domicilio
- Realizar una evaluación inicial y continua de la violencia potencial o real de género, a mayores, e infantil
- Observar la agresión verbal, ya que puede ser un indicador del maltrato
- Si se sospechan maltratos, llevar a cabo un plan de emergencia para asegurar la seguridad del paciente, e informar a las autoridades oportunas
- Evaluar si el paciente está consumiendo medicaciones psicotrópicas bajo prescripción médica
- Si se da una situación de incomodidad debida a la agresividad de un paciente, incluso aunque no haya una amenaza manifiesta, no se debe permanecer en el domicilio
- Si se manifiesta la agresividad, explicarle al paciente que el comportamiento agresivo continuado puede hacer que el centro suspenda los servicios. Notificar esta conducta al centro, y realizar futuras visitas con otros miembros de la plantilla o fuera del domicilio

### Bebés y niños

- Evaluar los signos de abuso. Informar a las autoridades competentes
- Remitir a las visitas de niños a domicilio
- Evaluar la violencia sufrida por chicas adolescentes hasta el momento
- Valorar los embarazos en adolescentes debidos o no a abuso, especialmente si la pareja es cuatro años mayor o más

V

### Personas mayores

- Evaluar la demencia y el delirio
- Evaluar el abuso potencial o real a mayores, incluyendo la explotación económica, abusos físicos y la malnutrición
- Si existe sospecha de abuso, informar a los servicios de protección de mayores
- Evaluar la agitación, ira, irritabilidad, cambios de las funciones psicológicas y habilidades funcionales (p. ej., movilidad reducida)

## VOLUMEN DE LÍQUIDOS, DÉFICIT DE

(1978, 1996)

**Definición:** reducción del líquido intravascular, intersticial o intracelular; esto hace referencia a la deshidratación: pérdida de agua sin cambio en la concentración de sodio.

## Características definitorias

### Subjetivas

Sed

### Objetivas

Aumento de la concentración de orina

Aumento de la temperatura corporal

Aumento del pulso, reducción de la tensión arterial, reducción del volumen y la presión del pulso

Cambio en el estado mental

Debilidad

Elevación del hematocrito

Reducción de la producción de orina

Reducción de la turgencia de la piel y la lengua

Reducción del llenado venoso

Sequedad de la piel y las membranas mucosas

Súbita pérdida de peso (excepto en la acumulación de líquidos en el tercer espacio corporal)

## Factores relacionados

[Consumo continuo excesivo de alcohol]

Fallo de los mecanismos reguladores [como en la diabetes insípida, hiperaldoosteronismo]

[Ingesta inadecuada de líquidos secundaria a \_\_\_\_\_]

V

Pérdida de volumen de líquidos activa

## Sugerencias de uso

Esta etiqueta debe usarse para los pacientes que sufren deshidratación vascular, celular o intracelular. Debe usarse con precaución, porque muchos de los problemas de equilibrio hídrico requieren la colaboración entre enfermera/o y médico. No debe usarse esta etiqueta de forma habitual, incluso como posible problema, para los pacientes que tienen una orden médica de dieta absoluta. Los tratamientos de enfermería independientes para el *déficit de volumen de líquidos* se utilizan para prevenir la pérdida de líquidos, como la diaforesis, y promover la ingesta oral de líquidos. Para un diagnóstico como *riesgo de déficit de volumen de líquidos* relacionado con una orden de dieta absoluta, no hay ninguna acción de enfermería independiente que pueda prevenir ni tratar ninguno de los aspectos de la declaración diagnóstica. El tratamiento de *déficit de volumen de líquidos* relacionado con el estado de dieta absoluta, por ejemplo, requiere una orden médica de tratamiento intravenoso.

No debe usarse *déficit de volumen de líquidos* para describir a pacientes que corren riesgo de hemorragia, sufren hemorragia o se encuentran en situación de choque hipovolémico, puesto que estas situaciones suelen representar problemas de colaboración.

*Incorrecto: riesgo de déficit de volumen de líquidos* relacionado con hemorragia posparto.

*Correcto:* posible complicación de parto: hemorragia posparto.

*Correcto:* riesgo de hemorragia posparto relacionado con atonía uterina.

El uso más apropiado de la etiqueta *déficit de volumen de líquidos* se realiza como diagnóstico (bien real o posible) para pacientes que no beben suficiente cantidad de líquidos, especialmente en presencia de aumento de pérdida de líquidos, como diarrea, vómitos o quemaduras. El *déficit de volumen de líquidos* también puede ser la etiología de otros diagnósticos de enfermería, como *alteración de la membrana mucosa oral*.

### Otros posibles diagnósticos

Membrana mucosa oral, alteración de la  
Perfusión tisular (renal), alteración de la  
Volumen de líquidos, riesgo de déficit de  
Volumen de líquidos, riesgo de desequilibrio del

### Resultados NOC

**Equilibrio de electrolitos y ácidos-base:** equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimentos intracelulares y extracelulares del cuerpo

**Equilibrio hídrico:** equilibrio hídrico en los compartimentos intracelulares y extracelulares del cuerpo

**Estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos:** cantidad de alimentos y líquidos ingeridos durante un periodo de 24 horas

**Hidratación:** agua adecuada en los compartimentos intracelulares y extracelulares del cuerpo

V

### Objetivos/criterios de evaluación

**IMPORTANTE:** aunque algunos resultados NOC se relacionan con el equilibrio de electrolitos y ácidos-base, el foco de las intervenciones de enfermería para este diagnóstico es la restauración del volumen de líquidos.

### Ejemplos con los términos NOC

- El *déficit de volumen de líquidos* se eliminará, según lo prueben el equilibrio hídrico, el equilibrio de electrolitos y ácidos-base, la hidratación adecuada y el estado nutricional adecuado: ingesta de alimentos y líquidos
- Se alcanzará el **equilibrio de electrolitos y ácidos-base**, según lo prueban los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: gravemente, de forma sustancial, de forma moderada, ligeramente o en absoluto en peligro):
  - Frecuencia cardíaca apical y ritmo cardíaco
  - Frecuencia y ritmo respiratorios
  - Alerta mental y orientación cognitiva
  - Electrolitos séricos, como sodio, potasio, calcio, magnesio
  - Nitrógeno ureico en sangre

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Tener una concentración de orina normal. Especificar la gravedad específica inicial

- Tener la hemoglobina y el hematocrito en el rango normal para el paciente
- Tener las presiones venosa central y de enclavamiento pulmonar en el rango esperado
- No experimentar sed anómala
- Tener una ingesta y producción equilibradas durante 24 horas
- Mostrar buena hidratación (membranas mucosas húmedas, capacidad para sudar)
- Tener una ingesta de líquidos oral o intravenosa adecuada

### Intervenciones NIC

**Control de electrolitos:** recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de electrolitos

**Control y seguimiento de la nutrición:** recogida y análisis de datos del paciente para prevenir o minimizar la desnutrición

**Gestión de electrolitos:** favorecer el equilibrio electrolítico y la prevención de las complicaciones que resultan de unas concentraciones anómalas o no deseables de electrolitos séricos

**Gestión de la hipovolemia:** expansión del volumen de líquidos intravasculares en un paciente con deficiencia de volumen

**Gestión de la nutrición:** ayudar o proporcionar una ingesta equilibrada de alimentos y líquidos

**Gestión de líquidos y electrolitos:** regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de las concentraciones hídricas y electrolíticas

**Gestión de líquidos:** favorecer el equilibrio hídrico y la prevención de las complicaciones resultantes de unas concentraciones anómalas o no deseables de líquidos

**Gestión del equilibrio ácido-base:** promoción del equilibrio entre ácidos-base y prevención de las complicaciones resultantes del equilibrio entre ácidos-base

**Gestión del shock, volumen:** promoción de una perfusión tisular adecuada para un paciente con volumen intravascular gravemente comprometido

**Monitorización de líquidos:** recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio hídrico

**Terapia intravenosa (i.v.):** administración y control de líquidos y medicamentos por vía i.v.

### Actividades de enfermería

**IMPORTANTE:** 1. Algunas de estas actividades son específicas para pacientes con hemorragia. Remitirse a las anteriores sugerencias de uso antes de incluir esas actividades en el plan de cuidados.

**IMPORTANTE:** 2. Aunque algunas intervenciones NIC se relacionan con el equilibrio de electrolitos y ácidos-base, el foco de las intervenciones de este diagnóstico de enfermería es la restauración del volumen de líquidos.

## Valoración

- Vigilar el color, la cantidad y la frecuencia de la pérdida de líquidos
- Observar especialmente la pérdida de líquidos con electrolitos elevados, como diarrea, drenaje de heridas, succión nasogástrica, diaforesis, drenaje de ileostomía
- Controlar la hemorragia; por ejemplo, comprobar todas las secreciones de sangre patentes u ocultas
- Identificar los factores contribuyentes que pueden agravar la deshidratación, como medicamentos, fiebre, tensión nerviosa u órdenes médicas
- Controlar los resultados relevantes para el equilibrio hídrico, como hematócrito, NUS, albúmina, proteínas totales, osmolalidad sérica, electrolitos y niveles de gravedad específica de la orina
- Evaluar si puede existir vértigo o hipotensión postural
- Evaluar la orientación en cuanto a persona, lugar y momento
- Consultar las instrucciones previas del paciente para determinar si es apropiado sustituir los líquidos para un paciente con una enfermedad terminal
- (NIC) *Gestión de líquidos:*
  - Controlar el estado de hidratación, como humedad de las membranas mucosas, adecuación de los pulsos y tensión arterial ortostática
  - Pesar al paciente diariamente y controlar la evolución
  - Mantener un registro adecuado de ingesta y producción

## Educación del paciente y la familia

V

- Indicar al paciente que debe informar a la enfermera si tiene sed

## Actividades auxiliares

- Registrar y documentar una producción inferior a \_\_\_\_\_ ml
- Registrar y documentar una producción superior a \_\_\_\_\_ ml
- Registrar las anomalías de electrolitos
- (NIC) *Gestión de líquidos:*
  - Hacer los preparativos para que haya productos sanguíneos disponibles para una transfusión, en caso necesario
  - Administrar la restitución nasogástrica recetada basándose en el producto, según corresponda
  - Administrar tratamiento i.v., según se haya recetado

## Otras

- Ofrecer higiene bucal frecuente
- Especificar la cantidad de líquidos que deben ingerirse en 24 horas, cuantificando la ingesta deseada durante los turnos de día, tarde y noche
- Garantizar que el paciente se encuentre bien hidratado antes de la operación
- Colocar al paciente en la posición Trendelenburg o elevar sus piernas si se siente hipotenso, a no ser que esté contraindicado
- (NIC) *Gestión de líquidos:*

Favorecer la ingesta oral. Por ejemplo, ofrecer una pajita para beber, ofrecer líquidos entre las comidas, cambiar el agua fría con regularidad, hacer polos helados con el zumo favorito del niño, cortar la gelatina en cubos, usar vasos pequeños de medicamentos, según proceda

Insertar catéter urinario, si procede

Dar líquidos, según corresponda

### En el domicilio

- Enseñar a los cuidadores familiares cómo controlar la ingesta y la expulsión, p. ej., en un orinal
- Enseñar a los cuidadores los signos de las complicaciones del *déficit de volumen de líquidos* y cuándo llamar al médico o al servicio de emergencias
- Enseñar a los cuidadores de la familia cómo gestionar el tratamiento intravenoso; evaluar la capacidad del cuidador para administrar líquidos

### Bebés y niños

- Calcular las necesidades diarias para el mantenimiento de líquidos del niño basándose en el peso. Debe reemplazarse la misma cantidad de líquidos perdidos o una cantidad superior.
- Controlar cuidadosamente la hidratación; los bebés son vulnerables a la pérdida de líquidos.
- Para medir la producción de líquido en los bebés, deben contarse o pesarse los pañales. Un gramo de pañal mojado equivale a 1 ml de orina.
- Ofrecer líquidos que gusten al niño, como leche, gelatina, zumos helados, polos
- Convertir la bebida en un juego. P. ej., puede celebrarse una fiesta a la hora de la merienda
- Elaborar una tabla y dar al niño una pegatina cuando la ingesta de líquidos sea la adecuada
- Animar a los niños a beber líquidos, ofrecer una pajita para beber, hacer polos de zumo, cortar gelatinas de colores en formas diferentes

### Personas mayores

- Asegurarse de que el paciente bebe una cantidad de agua específica de forma regular, incluso si no tiene sed
- Usar las listas de comprobación de las unidades, si fuera necesario, para garantizar que los pacientes beben cantidades adecuadas de agua
- Los ancianos más mayores presentan riesgo de pérdida de líquidos y de deshidratación; deben controlarse la ingesta y la producción con cuidado

---

## VOLUMEN DE LÍQUIDOS, DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL EQUILIBRIO DEL

(2002)

**Definición:** una pauta de equilibrio entre el volumen de líquidos y su composición química que resulta suficiente para cubrir las necesidades físicas y que puede reforzarse.

### Características definatorias

#### Subjetivas

Expresa voluntad de mejorar el equilibrio de líquidos  
No se produce exceso de sed

#### Objetivas

Buena turgencia tisular  
Humedad de las membranas mucosas  
Ingesta de alimentos y líquidos adecuada para las necesidades diarias  
Orina de color paja con gravedad específica en los límites normales  
Peso estable  
Producción de orina apropiada para la ingesta  
Sin pruebas de edema o deshidratación

### Factores relacionados

Éste es un diagnóstico de bienestar, por lo que no es necesaria una etiología

V

### Sugerencias de uso

Si hay algún factor de riesgo para el desequilibrio hídrico, usar *riesgo de déficit de volumen de líquidos* o *riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos*.

### Otros posibles diagnósticos

Eliminación urinaria, disposición para mejorar la  
Nutrición, disposición para mejorar la  
Volumen de líquidos, riesgo de déficit de  
Volumen de líquidos, riesgo de desequilibrio de

### Resultados NOC

**Balance hídrico:** equilibrio hídrico en los compartimentos intracelulares y extracelulares del cuerpo

**Funcionamiento renal:** filtración de sangre y eliminación de los productos metabólicos de desecho mediante la formación de orina

**Hidratación:** agua adecuada en los compartimentos intracelulares y extracelulares del cuerpo

### Objetivos/criterios de evaluación

Remitirse también a los criterios de evaluación para déficit de volumen de líquidos, págs. 745-746, y exceso de volumen de líquidos, págs. 753-754.

### Ejemplos con los términos NOC

- Demuestra *mejora del balance hídrico*, según se prueba mediante el equilibrio hídrico, una hidratación adecuada y un funcionamiento renal adecuado
- Se alcanzará el **balance hídrico**, según lo prueban los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: gravemente, de forma sustancial, de forma moderada, ligeramente o en absoluto en peligro)

Tensión arterial  
Pulso radial  
Electrolitos séricos  
Gravedad específica de la orina

### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Mantener la hemoglobina y el hematocrito en el rango normal
- No experimentar sed anómala
- Tener una ingesta y producción equilibradas durante las 24 horas
- Mostrar buena hidratación (membranas mucosas húmedas, capacidad para sudar, turgencia cutánea normal)

### Intervenciones NIC

**Gestión de la eliminación urinaria:** mantenimiento de una pauta de eliminación de orina óptima

**Gestión de líquidos:** favorecer el equilibrio hídrico y la prevención de las complicaciones resultantes de unas concentraciones hídricas anómalas o no deseables

**Monitorización de líquidos:** recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio hídrico

### Actividades de enfermería

Remitir también a las actividades de enfermería para exceso de volumen de líquidos, págs. 754-756.

### Valoración

- Pedir descripción del color, la cantidad y la frecuencia de la pérdida de líquidos
- Evaluar y anticipar factores que puedan crear desequilibrio hídrico, como ejercicio extremo, medicamentos, fiebre, tensión nerviosa u órdenes médicas
- (NIC) *Gestión de líquidos:*  
Controlar el estado de hidratación, como humedad de las membranas mucosas, adecuación de los pulsos y tensión arterial ortostática

### Educación del paciente y la familia

- Enseñar cómo controlar el estado de hidratación, p. ej., mediante el color y la cantidad de orina

- Enseñar las necesidades normales para adultos y niños
- Instruir a los pacientes sobre los factores que pueden crear los desequilibrios hídricos y acerca de la necesidad de beber agua antes de realizar dichas actividades
- Informar de las necesidades de líquidos

#### Otras

- Ayudar, según se necesite, a elaborar un plan para la ingesta adecuada de líquidos
- (NIC) *Gestión de líquidos:*
  - Favorecer la ingesta oral. P. ej., ofrecer una pajita para beber, líquidos entre las comidas, cambiar el agua fría con regularidad, hacer polos helados con el zumo favorito del niño, cortar la gelatina en cubos, usar vasos pequeños de medicamentos, según proceda
  - Ofrecer líquidos, según corresponda

#### En el domicilio

- Puesto que éste es un diagnóstico de bienestar, la mayoría de las intervenciones se dirigirán a personas que viven en su hogar o a los miembros de la familia que los cuidan allí
- Evaluar la disponibilidad de agua potable; si no la hay, ayudar al paciente a adquirir los recursos para obtener agua embotellada

V

#### Personas mayores

- Animar a los pacientes a programar un horario para beber agua, incluso si no tienen sed

---

## VOLUMEN DE LÍQUIDOS, EXCESO DE

(1982, 1996)

**Definición:** aumento de la retención isotónica de líquidos.

### Características definatorias

#### *Subjetivas*

Ansiedad  
Disnea o falta de aliento  
Inquietud

#### *Objetivas*

Alteración de los electrolitos  
Anasarca

Ansiedad  
Aumento de la presión venosa central  
Azoemia  
Cambios en el estado mental  
Cambios en la gravedad específica  
Cambios en la pauta respiratoria  
Cambios en la presión de la arteria pulmonar  
Cambios en la presión sanguínea  
Congestión pulmonar  
Derrame pleural  
Distensión de la vena yugular  
Edema  
Ganancia de peso en un breve periodo de tiempo  
Inquietud  
La ingesta excede la producción  
Oliguria  
Ortopnea  
Reducción de la hemoglobina y el hematocrito  
Reflejo hepatoyugular positivo  
Sonido cardíaco S<sub>3</sub>  
Sonidos anómalos al respirar (estertores o crepitantes)

### Factores relacionados

**V** [Aumento de ingesta de líquidos secundaria a la hiperglucemia, medicamentos, bebida de agua compulsiva y otros ]

Ingesta excesiva de líquidos

Ingesta excesiva de sodio

[Insuficiencia proteínica secundaria a una reducción de la ingesta o al aumento de las pérdidas ]

Mecanismo regulador comprometido

[Trastorno renal, insuficiencia cardíaca, retención de sodio, inmovilidad y otros]

### Sugerencias de uso

No debe usarse esta etiqueta para estados que las enfermeras no pueden prevenir o tratar; p. ej., no debe usarse *exceso de volumen de líquidos* para describir la insuficiencia renal o el edema pulmonar, puesto que éstos son diagnósticos médicos. El tipo principal de exceso de volumen de líquidos que las enfermeras pueden tratar de forma independiente es el edema periférico dependiente, cuyos síntomas pueden aliviarse mediante la elevación de los miembros afectados del paciente. El edema (un síntoma del *exceso de volumen de líquidos*) es un factor de riesgo importante para el *deterioro de la integridad cutánea*, que puede resolverse mediante la educación del paciente y medidas protectoras. Si el paciente requiere intervención médica para resolver el exceso de líquidos, debe usarse un problema colaborativo, como: posible complicación de la insuficiencia renal: edema generalizado. *Exceso de volumen*

de líquidos también puede ser la causa de complicaciones, como posible complicación de *exceso de volumen de líquidos*: edema pulmonar.

*Incorrecto: exceso de volumen de líquidos* relacionado con disminución del gasto cardiaco

*Correcto*: posible complicación de disminución del gasto cardiaco: *exceso de volumen de líquidos*

*Correcto*: posible complicación de insuficiencia cardiaca: edema pulmonar

*Correcto: riesgo de deterioro de la integridad cutánea* relacionado con *exceso de volumen de líquidos*, según se manifiesta mediante el edema generalizado

### Otros posibles diagnósticos

Gasto cardiaco, disminución del

Integridad cutánea, riesgo de deterioro de la

Perfusión tisular, alteración de la

Volumen de líquidos, riesgo de desequilibrio del

### Resultados NOC

**Equilibrio de electrolitos y ácidos-base:** equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimentos intracelulares y extracelulares del cuerpo

**Equilibrio hídrico:** equilibrio hídrico en los compartimentos intracelulares y extracelulares del cuerpo

**Funcionamiento renal:** filtración de sangre y eliminación de los productos metabólicos de desecho mediante la formación de orina

**Gravedad de la sobrecarga hídrica:** gravedad del exceso de líquidos en los compartimentos intracelulares y extracelulares del cuerpo

V

### Objetivos/criterios de evaluación

#### Ejemplos con los términos NOC

- El *exceso de volumen de líquidos* se eliminará según se pruebe mediante el equilibrio de líquidos, el equilibrio de electrolitos y ácidos-base, y los indicadores de una función renal adecuada:
- No se pondrá en peligro el **equilibrio hídrico** (por exceso), según lo prueben los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: gravemente, de forma sustancial, de forma moderada, ligeramente o en absoluto en peligro)
  - Equilibrio entre ingesta y gasto en 24 horas
  - Estabilidad del peso corporal
  - Gravedad específica de la orina
- No se pondrá en peligro el **equilibrio hídrico** (por exceso), según lo prueben los indicadores siguientes (especificar de 1 a 5: grave, sustancial, moderada, ligera o ninguna)
  - Ruidos respiratorios accesorios
  - Ascitis, distensión de las venas del cuello y edema periférico

#### Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

- Manifestar su comprensión de las restricciones dietéticas y de líquidos

- Expresar su comprensión de los medicamentos recetados
- Mantener las constantes vitales en los límites normales para el paciente
- No sufrir falta de aliento
- Tener el hematocrito dentro de los límites normales

### Intervenciones NIC

**Control de electrolitos:** recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de electrolitos

**Gestión de la eliminación urinaria:** mantenimiento de una pauta de eliminación de orina óptima

**Gestión de la hipervolemia:** reducción del volumen de líquido extracelular o intracelular y prevención de las complicaciones en un paciente con sobrecarga de líquidos

**Gestión de líquidos y electrolitos:** regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de las concentraciones hídricas y electrolíticas

**Gestión de líquidos:** favorecer el equilibrio hídrico y la prevención de las complicaciones resultantes de unas concentraciones anómalas o no deseables de líquidos

**Monitorización de líquidos:** recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio hídrico

### Actividades de enfermería

#### Valoración

#### V

- Especificar la ubicación y el grado de edema periférico, sacro y periorbital en una escala de 1+ a 4+
- Evaluar las complicaciones pulmonares o cardiovasculares según lo indica el aumento de la disnea, el incremento del pulso, el aumento de la tensión arterial, la existencia de sonidos cardiacos anómalos o sonidos pulmonares anómalos
- Evaluar la extremidad o parte del cuerpo que sufre edema para comprobar el deterioro de la circulación y la integridad cutánea
- Evaluar los efectos de los medicamentos, como esteroides, diuréticos o litio, sobre el edema
- Controlar regularmente el contorno abdominal o de los miembros
- (NIC) *Gestión de líquidos:*
  - Pesar al paciente a diario y controlar su evolución
  - Mantener un registro adecuado de ingesta y producción
  - Controlar los resultados de laboratorio relevantes para la retención de líquidos, como el aumento de la gravedad específica, el aumento de NUS, la reducción de hematocrito y el incremento de los niveles de osmolalidad de la orina
  - Controlar las indicaciones de sobrecarga o retención de líquidos, como crepitantes, PVC o presión de enclavamiento capilar pulmonar elevadas, edema, distensión de las venas del cuello y ascitis, según proceda

### Educación del paciente y la familia

- Indicar al paciente las causas y soluciones del edema, restricciones dietéticas y uso, dosificación y efectos secundarios de los medicamentos recetados
- (NIC) *Gestión de líquidos*: enseñar al paciente sobre el estado de dieta absoluta, según corresponda

### Actividades auxiliares

- Administrar diálisis, si está indicada
- Consultar con el proveedor de cuidados primarios sobre el uso de medias contra las embolias o vendajes Ace
- Consultar con el nutricionista para ofrecer una dieta adecuada en proteínas y limitada en sodio
- (NIC) *Gestión de líquidos*:
  - Consultar al médico si continúan o empeoran los signos y síntomas del exceso de volumen de líquidos
  - Administrar los diuréticos recetados, según proceda

### Otras

- Cambiar la posición q \_\_\_\_\_
- Elevar las extremidades para aumentar el retorno venoso
- Mantener y asignar las restricciones de líquidos del paciente
- (NIC) *Gestión de líquidos*: distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, según corresponda

V

### En el domicilio

- Ayudar al paciente y a la familia a integrar las restricciones dietéticas y de ejercicio en su estilo de vida
- Evaluar el cumplimiento de los tratamientos médicos y los medicamentos
- Ayudar a la familia a reconocer los signos y síntomas del empeoramiento de los niveles de exceso de volumen de líquidos y saber cuándo llamar al proveedor de cuidados primarios y al servicio de urgencias
- Pedir al paciente que se pese a diario, utilizando siempre la misma balanza; debe notificarse al médico todo cambio de peso superior a 1,5 kg en 24 horas
- Determinar si hay factores que pudieran interferir con la capacidad o la motivación del paciente para cumplir con las restricciones de líquidos y dieta

### Bebés y niños

- Calcular las necesidades de mantenimiento de líquidos diarias del niño basándose en el peso. Debe reemplazarse una cantidad de líquidos igual o superior a la que se ha perdido

- Para medir la producción de líquidos en bebés, deben contarse o pesarse los pañales. Un gramo de pañal mojado equivale a 1 ml de orina

### Personas mayores

- Los ancianos son especialmente sensibles a la aparición de exceso de volumen de líquidos; deben controlarse cuidadosamente para comprobar los factores de riesgo

---

## VOLUMEN DE LÍQUIDOS, RIESGO DE DÉFICIT DE

(1978)

**Definición:** con riesgo de experimentar deshidratación vascular, celular o intracelular.

### Factores de riesgo

#### Objetivos

Deficiencia de conocimiento [relacionado con el volumen de líquidos]

**V** Desviaciones que afecten al acceso, la ingesta o la absorción de líquidos, como la inmovilidad física

Edad avanzada o muy corta

Factores que influyen sobre las necesidades de líquidos, como un estado hipermetabólico

Medicamentos, como diuréticos

Pérdida de líquidos por rutas anómalas, como catéteres insertados

Pérdidas excesivas por las vías normales, como diarrea

Peso excesivo o deficiente

### Sugerencias de uso

No debe usarse habitualmente para pacientes que se encuentran a dieta absoluta. Consultar las sugerencias de uso para déficit de volumen de líquidos, pág. 744-745.

### Otros posibles diagnósticos

Volumen de líquidos, déficit de

Volumen de líquidos, riesgo de desequilibrio del

### Resultados NOC

**Equilibrio de electrolitos y ácidos-base:** equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimentos intracelulares y extracelulares del cuerpo

**Equilibrio hídrico:** equilibrio hídrico en los compartimentos intracelulares y extracelulares del cuerpo

**Estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos:** cantidad de alimentos y líquidos ingeridos durante un periodo de 24 horas

**Hidratación:** agua adecuada en los compartimentos intracelulares y extracelulares del cuerpo

### Objetivos y criterios de evaluación

Deben consultarse también los objetivos y criterios de evaluación para déficit de volumen de líquidos, págs. 745-746.

### Ejemplos con los términos NOC

- El *déficit de volumen de líquidos* se prevendrá, según lo prueben el equilibrio de líquidos, el equilibrio de electrolitos y ácidos-base, la hidratación adecuada y el estado nutricional adecuado: ingesta de alimentos y líquidos

### Intervenciones NIC

**Control de electrolitos:** recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de electrolitos

**Control y seguimiento de la nutrición:** recogida y análisis de datos del paciente para prevenir o minimizar la desnutrición

**Gestión de electrolitos:** favorecer el equilibrio electrolítico y la prevención de las complicaciones que resultan de unas concentraciones anómalas o no deseables de electrolitos séricos

**Gestión de la hipovolemia:** expansión del volumen de líquidos intravasculares en un paciente con deficiencia de volumen

**Gestión de líquidos y electrolitos:** regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de las concentraciones hídricas y electrolíticas

**Gestión de líquidos:** favorecer el equilibrio hídrico y la prevención de las complicaciones resultantes de unas concentraciones anómalas o no deseables de líquidos

**Monitorización de líquidos:** recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio hídrico

**Terapia intravenosa (i.v.):** administración y control de líquidos y medicamentos por vía i.v.

V

### Actividades de enfermería

**IMPORTANTE:** las actividades de enfermería para el *riesgo de déficit de volumen de líquidos* son esencialmente las mismas que para el *déficit de volumen de líquidos* real, listadas en las págs. 746-748. Consultar las sugerencias de uso para déficit de volumen de líquidos, págs. 744-745, antes de incluir esas actividades en el plan de cuidados.

---

## VOLUMEN DE LÍQUIDOS, RIESGO DE DESEQUILIBRIO DEL (1998)

**Definición:** en riesgo de una reducción, un aumento o cambio rápido del líquido intravascular, intersticial o intracelular; esto hace referencia a pérdida o ganancia de líquidos corporales, o a ambos.

### Factores de riesgo

Programado para procedimientos invasivos importantes  
(Se desarrollarán otros factores de riesgo)

### Sugerencias de uso

La *Association of Operating Room Nurses* (asociación de enfermeras de quirófano) presentó este diagnóstico y puede que tenga aplicaciones específicas para ese entorno. Parece que debe utilizarse cuando un paciente corre riesgo tanto de *déficit de volumen de líquidos* como de *exceso de volumen de líquidos*.

### Otros posibles diagnósticos

Volumen de líquidos, riesgo de déficit de  
Volumen de líquidos, riesgo de exceso de

### Resultados NOC

V

**Equilibrio de electrolitos y ácidos-base:** equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimentos intracelulares y extracelulares del cuerpo

**Equilibrio hídrico:** equilibrio hídrico en los compartimentos intracelulares y extracelulares del cuerpo

**Hidratación:** agua adecuada en los compartimentos intracelulares y extracelulares del cuerpo

### Objetivos y criterios de evaluación

Consultar los objetivos y criterios de evaluación para déficit de volumen de líquidos, págs. 745-746, y exceso de volumen de líquidos, págs. 753-754.

### Intervenciones NIC

**Control de electrolitos:** recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de electrolitos

**Gestión de electrolitos:** favorecer el equilibrio electrolítico y la prevención de las complicaciones que resultan de unas concentraciones anómalas o no deseables de electrolitos séricos

**Gestión de líquidos y electrolitos:** regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de las concentraciones hídricas y electrolíticas

**Gestión de líquidos:** favorecer el equilibrio hídrico y la prevención de las complicaciones resultantes de unas concentraciones anómalas o no deseables de líquidos

Volumen de líquidos, riesgo de desequilibrio del **759**

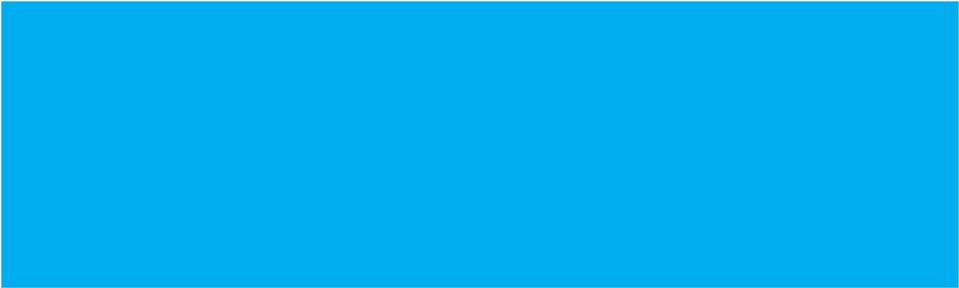
**Monitorización de líquidos:** recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio hídrico

**Terapia intravenosa (i.v.):** administración y control de líquidos y medicamentos por vía i.v.

### **Actividades de enfermería**

Consultar las actividades de enfermería para déficit de volumen de líquidos, págs. 746-748, y exceso de volumen de líquidos, págs. 754-755.





Sección III

GUÍA DE CUADROS CLÍNICOS  
PARA LOS DIAGNÓSTICOS  
DE ENFERMERÍA  
Y PROBLEMAS  
SECUNDARIOS





# Guía de cuadros clínicos para los diagnósticos de enfermería y problemas secundarios

Enfermedades

Afecciones quirúrgicas

Enfermedades psiquiátricas

Complicaciones del anteparto y el postparto

Enfermedades neonatales

Enfermedades pediátricas

Esta sección recoge una lista de complicaciones potenciales, también llamadas problemas multidisciplinarios y problemas secundarios, así como diagnósticos de enfermería asociados a determinadas enfermedades (p. ej., enfermedades médicas, quirúrgicas, pediátricas). Sin embargo, dado que los diagnósticos de enfermería son la respuesta a las reacciones humanas y que los seres humanos responden de diversas maneras, cualquier diagnóstico podría darse con un proceso de enfermedad o enfermedad cualquiera. Por tanto, en cierto modo, todos los diagnósticos de enfermería que aparecen en estas listas son diagnósticos potenciales. Cuando utilice estos repertorios, recuerde que para cada enfermedad (p. ej., insuficiencia cardíaca): (1) cada paciente ha de ser monitorizado para diagnosticar complicaciones asociadas, (2) un paciente puede presentar un diagnóstico de enfermería que no esté incluido en la lista, y (3) la lista puede incluir muchos diagnósticos de enfermería que el paciente no presenta.

En esta sección, las etiologías para los diagnósticos de enfermería, que van precedidas de “factores relacionados”, vienen presentadas como términos extensos y generales. Las etiologías, al igual que los problemas, son sumamente individuales. Por tanto, cuando elabore un diagnóstico de enfermería use la lista como punto de partida y amplíe la etiología para describir completamente la patofisiología de la enfermedad, situación u otros factores relacionados. El formato utilizado para los problemas secundarios es una adaptación de Carpenito (1997, págs. 28-29), p. ej., la complicación potencial de las quemaduras puede ser un *shock* hipovolémico.

Se requiere un conocimiento previo del paciente, por tanto el diagnóstico de enfermería *déficit de conocimiento* no se halla en la lista para ninguna enfermedad clínica en esta sección. A pesar de su enfermedad o diagnóstico médico se da por sentado que se evaluará el *déficit de conocimiento* de todos los pacientes.

Tenga en cuenta igualmente que cada paciente está en riesgo debido a los diagnósticos de enfermería *manejo ineficaz del régimen terapéutico personal relacionado con la falta de conocimientos sobre el proceso de enfermedad, terapias y autocuidados*. Este texto solamente incluye los diagnósticos en aquellos casos en que los procesos, terapias, etc., sean complejos, o cuando se pueda esperar que el paciente carezca de las capacidades para desenvolverse debido a otros motivos (p. ej., pérdida de memoria, confusión).

---

## ENFERMEDADES

Artritis

Cáncer

Cardiopatías (angina/insuficiencia coronaria, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, pericarditis/endocarditis)

Endocrinopatías (síndrome de Cushing, diabetes *mellitus*, hipoglucemia, hipertiroidismo, hipotiroidismo)

Enfermedades autoinmunitarias

Enfermedades hepáticas

Enfermedades respiratorias agudas (neumonía, edema pulmonar, embolia pulmonar)

Enfermedades respiratorias crónicas

Hemopatías

Insuficiencia renal aguda

Insuficiencia renal crónica

Obesidad

Paciente inmovilizado

Paciente terminal

Pancreatitis

Quemaduras

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)

Trastornos digestivos (inflamación, hemorragia, úlceras, dolor abdominal)

Trastornos neurológicos (accidente cerebrovascular y otros)

Trastornos urológicos

Traumatismo torácico

Vasculopatías

### Artritis

Incluye la artritis reumatoide, la osteoartritis, la artritis reumatoide juvenil, la artritis gotosa y la artritis séptica, aunque no sólo se reduce a estas enfermedades.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la artritis:** anquilosis ósea o fibrosa, contracturas en las articulaciones, neuropatía.

**CP de los corticosteroides (inyecciones intraarticulares):** infección intraarticular, degeneración de la articulación.

**CP de los corticosteroides (administración sistémica):** síndrome de Cushing, hiperglucemia, retraso de la cicatrización, osteoporosis, atrofia muscular, hipertensión, edema, insufi-

ciencia cardíaca, hipopotasiemia, respuesta inmunitaria baja, úlceras pépticas, insuficiencia renal, retraso del crecimiento en niños, reacciones psicóticas, aparición de cataratas, aterosclerosis, tromboflebitis.

**CP de los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos:** úlcera gástrica o desangramiento, nefropatía.

### Diagnósticos de enfermería

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal en una situación de crisis (p. ej., diagnóstico de una nueva enfermedad, deterioro de la salud), exacerbaciones impredecibles.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: deterioro musculoesquelético, *dolor, deterioro de la movilidad física, fatiga.*

**Dolor agudo o crónico** Factores relacionados: anomalías en la evolución de las articulaciones, inflamación.

**Fatiga** Factores relacionados: *dolor*, necesidades psicológicas o emocionales abrumadoras, inflamación sistémica, anemia.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: enfermedad crónica, deformidades articulares, *trastorno de la movilidad física.*

**Impotencia** Factores relacionados: naturaleza incurable de la enfermedad, malestar persistente incluso después de seguir el régimen terapéutico.

**Insomnio** Factor relacionado: *dolor.*

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: *fatiga*, dificultad al andar.

**Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: *trastorno de la movilidad física, fatiga, dolor.*

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: agarrotamiento, *dolor*, anquilosis articular, contracturas, disminución de la fuerza muscular.

**Patrones de sexualidad, alteración de los** Factores relacionados: *fatiga, dolor, deterioro de la movilidad física.*

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: cambio en los roles familiares, discapacidad de algún familiar, falta de un sistema de apoyo.

**Régimen terapéutico personal, manejo ineficaz del** Factores relacionados: *déficit de conocimiento* de la medicación y los tratamientos, olvido de la toma de medicamentos debido a un *trastorno de memoria*, creencia en el curanderismo.

## Cáncer

**IMPORTANTE:** los diagnósticos de enfermería dependen en gran medida de la localización, el tipo y la fase en que se encuentre el cáncer.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP del cáncer:** caquexia, desequilibrio electrolítico, fracturas patológicas, hemorragia, malnutrición (equilibrio negativo de nitrógeno), metástasis en órganos vitales (p. ej., cerebro, huesos, riñones, pulmones, hígado), compresión de la médula espinal, síndrome de la vena cava superior.

**CP de la quimioterapia:** reacción anafiláctica, anemia, toxicidad para el sistema nervioso central, insuficiencia cardíaca, desequilibrio electrolítico, cistitis hemorrágica, leucopenia, necrosis de grado IV, insuficiencia renal, trombocitopenia.

**CP de los medicamentos narcóticos:** respiración, conocimiento y presión sanguínea deprimidos; colapso cardiovascular; daño cerebral profundo; espasmo biliar.

**CP de la radioterapia:** aumento de la presión intracraneal, mielosupresión, inflamación, desequilibrio de líquidos y electrolítico.

**Diagnósticos de enfermería**

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: véase *fatiga*.

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal en una crisis de madurez (p. ej., enfermedad terminal durante la infancia) o en una situación de crisis (p. ej., enfermedad terminal).

**Ansiedad** Factores relacionados: entorno hospitalario desconocido, incertidumbre de la prognosis, déficit de conocimiento sobre el cáncer y su tratamiento, amenaza de muerte, amenaza de cambio o cambio del rol de funcionamiento, alivio inadecuado del dolor.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: discapacidad en el desarrollo, edad de madurez, *dolor*, *intolerancia a la actividad*, *fatiga*, depresión.

**Caídas, riesgo de** Factores de riesgo: debilidad, trastorno de la percepción sensorial, *alteración de los procesos de pensamiento*, *confusión*.

**Conductas de riesgo para la salud, tendencia a adoptar** Factores relacionados: necesidad de un cambio relevante en el estilo de vida, duelo anticipado incompleto.

**Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de** Factores relacionados: agravamiento de la enfermedad del paciente, duración requerida de los cuidados, descanso y esparcimiento insuficientes para el cuidador, tareas demasiado complejas y numerosas para el cuidador.

**Deglución, deterioro de la** Factores relacionados: irritación de la cavidad orofaríngea, obstrucción mecánica, radiación de cabeza y cuello.

**Desesperanza** Factores relacionados: estado físico débil o en deterioro, estrés prolongado, pérdida de creencias espirituales, pérdidas funcionales irreparables, muerte inminente.

**Diarrea** Factores relacionados: cambios en la dieta, retención, radiación, quimioterapia (especificar), antibióticos, estrés.

**Disfunción sexual o alteración de los patrones de sexualidad** Factores relacionados: *dolor*, cambio de la imagen corporal, *temor* del paciente o del acompañante, *fatiga* debida a los tratamientos y a la enfermedad, intimidad insuficiente.

**Dolor agudo o crónico** Factores relacionados: destrucción continua de tejidos (p. ej., localizaciones), infección, estomatitis, quimioterapia.

**Duelo anticipado o disfuncional** Factores relacionados: enfermedad terminal, pérdida potencial de la función corporal, efectos del cáncer en el estilo de vida, abandono por parte de los otros.

**Estreñimiento** Factores relacionados: disminución de la actividad, cambios en la dieta, medicamentos (p. ej., analgésicos narcóticos, quimioterapia), radioterapia, defecación dolorosa.

**Fatiga** Factores relacionados: *dolor*, proceso de la enfermedad, necesidades psicológicas o emocionales abrumadoras, malnutrición, hipoxia/*deterioro del intercambio gaseoso*.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: pérdida de cabello, edema, burbujas y ampollas, Petequias, eritema.

**Impotencia** Factores relacionados: enfermedad terminal, sentimiento de incapacidad para cambiar el transcurso de los acontecimientos, incertidumbre sobre la prognosis y los tratamientos.

**Incontinencia fecal** Factores relacionados: conciencia disminuida de la necesidad de defecar, proceso de la enfermedad, pérdida de control del esfínter rectal.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: inmunosupresión, neutropenia, agentes farmacéuticos.

**Insomnio o falta de sueño** Factores relacionados: *ansiedad*, estado emocional, régimen de tratamiento médico, *dolor*, prurito.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: radiación, quimioterapia, reacciones alérgicas causadas por los medicamentos, pérdida de músculo y tejidos subcutáneos debido a un mal estado de nutrición, déficit inmunitario, *trastorno de la movilidad física* causado por alguna debilidad.

- Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: temor al rechazo, rechazo real por parte de los otros, *baja autoestima crónica o situacional*, aislamiento terapéutico (p. ej., debido a una radiación o a un aislamiento protector).
- Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: falta de un sistema de apoyo, recursos económicos insuficientes, *déficit de conocimiento* en lo que concierne a la comunidad y a otros apoyos, *confusión aguda o crónica, alteración de los procesos de pensamiento, alteraciones sensorperceptivas*.
- Membrana mucosa oral, alteración de la** Factores relacionados: quimioterapia, radiación de cabeza y cuello, *alteración de la nutrición: por defecto*, hidratación inadecuada, inmunosupresión.
- Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: disminución de la fuerza y la resistencia, deterioro musculoesquelético, deterioro neuromuscular, *dolor*, sedación, *fatiga*, edema, inmovilidad impuesta (p. ej., debida a infusiones de quimioterapia).
- Náuseas** Factores relacionados: efectos secundarios de la quimioterapia y otros medicamentos, estrés, *dolor*, dificultad para tragar.
- Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: dificultad al tragar, *náuseas*, vómitos, pérdida del apetito, cambios en el gusto, aislamiento, *ansiedad*, estrés, *alteración de la membrana mucosa oral, fatiga*, aumento de las necesidades metabólicas del tumor.
- Patrón respiratorio ineficaz** Factores relacionados: medicamentos, *dolor crónico, fatiga*, anemia.
- Procesos de pensamiento, alteración de los** Factores relacionados: quimioterapia, toxicidad, localización cerebelosa.
- Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: cambio en los roles familiares, terapias complejas, hospitalización o cambio en el entorno, enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia, distanciamiento de los familiares, temores asociados al diagnóstico, efectos económicos de la enfermedad.
- Rol, alteración en el desempeño del** Factores relacionados: *dolor crónico*, efectos secundarios del tratamiento.
- Síndrome de desuso, riesgo de** Factores de riesgo: *dolor* intenso, nivel de conciencia alterado.
- Sufrimiento espiritual** Factores relacionados: test sobre creencias espirituales, falta de fe y sistema de valores, conflictos no resueltos, *duelo disfuncional*.
- Temor** Factores relacionados: amenaza real o imaginaria del propio bienestar, factores de tensión ambiental u hospitalización, muerte inminente, temor al dolor.
- Toma de decisiones, conflicto en la** Factores relacionados: información relevante insuficiente, fuentes de información múltiples o divergentes, diferentes alternativas de tratamiento, falta de un sistema de apoyo.
- Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: obstrucción traqueobronquial, tos ineficaz debida a una disminución de la energía, *fatiga* y *dolor*, aumento de las secreciones viscosas.
- Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: ingesta inadecuada de líquidos (p. ej., capacidad para obtener líquidos alterada, debilidad, *fatiga*, anorexia, *náuseas*, depresión), pérdida anómala de líquidos (p. ej., vómitos, diarrea).

## Cardiopatías

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

- CP de la angina o de la insuficiencia coronaria:** infarto de miocardio.
- CP de la insuficiencia cardiaca congestiva:** *shock* cardiogénico, trombosis venosa profunda, insuficiencia hepática, edema pulmonar agudo, insuficiencia renal.
- CP de la administración de digitálicos:** intoxicación.

**CP de las arritmias:** disminución del gasto cardiaco, provoca disminución de la perfusión miocárdica, provoca insuficiencia cardiaca, bloqueos de la conducción auriculoventricular graves, formación tromboembólica y fibrilación ventricular.

**CP del infarto de miocardio (dolor de pecho, arritmia):** paro cardiorrespiratorio, arritmia, tromboembolia, edema pulmonar, embolia pulmonar, pericarditis.

**CP de la pericarditis o endocarditis:** insuficiencia cardiaca congestiva, émbolos (p. ej., pulmonar, cerebral, renal, de bazo y coronario), taponamiento cardiaco, estenosis valvular.

### Diagnósticos de enfermería

#### *Angina/insuficiencia coronaria*

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: *ansiedad*, arritmias, *dolor*, ejercicio o preparación insuficientes causados por el temor al dolor.

**Ansiedad** Factores relacionados: dolor de pecho, amenaza para uno mismo, cambio en la función del rol.

**Caídas, riesgo de** Factores de riesgo: vértigos e hipotensión debidos a una vasodilatación, bloqueadores de los canales de calcio y medicamentos analgésicos opioides.

**Disfunción sexual o alteración de los patrones de sexualidad** Factores relacionados: *dolor*, temor al dolor, *baja autoestima crónica o situacional*.

**Dolor** Factores relacionados: isquemia miocárdica, dolor de cabeza debido a una vasodilatación.

**Incumplimiento del tratamiento** Factores relacionados: negación de la enfermedad, efectos secundarios negativos de la enfermedad, percepción negativa del régimen de tratamiento, beneficios percibidos de la enfermedad continuada, de paciente disfuncional o relación con el cuidador.

**Insomnio** Factores relacionados: *dolor* y malestar, *ansiedad*.

**Náuseas** Factores relacionados: efectos secundarios de los bloqueadores de los canales de calcio y analgésicos opioides, *dolor*.

**Negación ineficaz** Factores relacionados: *temor* a los efectos provocados por el diagnóstico en el estilo de vida, *temor* a sufrir un infarto de miocardio.

**Patrón respiratorio ineficaz** Factores relacionados: *dolor agudo*, *ansiedad*.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: cambio en los roles familiares, hospitalización, incapacidad de algún miembro de la familia para desempeñar sus roles habituales.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factores relacionados: enfermedad crónica, efectos secundarios del tratamiento, *temor* a un ataque cardiaco.

**Temor** Factores relacionados: factores de tensión ambiental u hospitalización, futuro incierto.

#### *Infarto de miocardio (dolor de pecho, arritmias)*

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: *dolor agudo*, debilidad o *fatiga* debidas a una insuficiencia de oxígeno provocada por una isquemia cardiaca.

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal ante crisis situacionales (p. ej., nuevo diagnóstico de enfermedad, deterioro de la salud).

**Ansiedad** Factores relacionados: *dolor* intenso, amenaza de cambio o cambio en el estado de salud, cambio anticipado en el rol de funcionamiento, consecuencias inesperadas, entorno desconocido.

**Ansiedad ante la muerte** Factores relacionados: *temor* a la muerte.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: *dolor*, *intolerancia a la actividad*.

**Autoestima crónica o situacional, baja** Factores relacionados: efectos secundarios del tratamiento, cambios reales o percibidos en el rol.

**Disfunción sexual o alteración de los patrones de sexualidad** Factores relacionados: *temor* al dolor, *intolerancia a la actividad*, *baja autoestima crónica o situacional*, cambios en el rol relacionados con la enfermedad.

**Dolor** Factor relacionado: isquemia miocárdica.

**Duelo disfuncional** Factores relacionados: pérdidas reales o percibidas derivadas de la enfermedad.

**Estreñimiento** Factores relacionados: disminución del peristaltismo provocado por la medicación (p. ej., analgésicos opioides), disminución de la actividad, dieta absoluta o dieta blanda.

**Falta de sueño o insomnio** Factores relacionados: entorno desconocido (p. ej., hospital), *dolor*, tratamientos.

**Gasto cardíaco, disminución del** Factores relacionados: conducción eléctrica disfuncional, aumento del trabajo ventricular, isquemia ventricular, daño ventricular.

**Impotencia** Factores relacionados: régimen de tratamiento, entorno hospitalario, cambios anticipados en el estilo de vida.

**Intercambio gaseoso, deterioro del** Factores relacionados: disminución del gasto cardíaco, disminución del suministro sanguíneo pulmonar debido a una hipertensión pulmonar o a una insuficiencia cardíaca.

**Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: *dolor*, *temor* al dolor, *intolerancia a la actividad*, *temor* a otro ataque cardíaco.

**Náuseas** Factores relacionados: dolor grave de pecho, efectos secundarios de la medicación.

**Negación ineficaz** Factores relacionados: *temor* a las consecuencias de la enfermedad en los roles, estilo de vida, etc.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: incapacidad del paciente para asumir los roles familiares, hospitalización, distanciamiento de los familiares.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factores relacionados: crisis situacional, efectos secundarios del tratamiento, *dolor*, *temor* al dolor, *intolerancia a la actividad*.

**Temor** Factores relacionados: *dolor*, futuro incierto, amenaza real o imaginaria del bienestar propio, entorno desconocido (p. ej., hospital), *temor* a la muerte.

**Volumen de líquidos, exceso de** Factor relacionado: disminución de la perfusión renal debida a un fallo cardíaco.

#### *Insuficiencia cardíaca congestiva*

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: debilidad provocada por un reposo en cama excesivo o un estilo de vida sedentario, *fatiga*, oxigenación insuficiente debida a una *disminución del gasto cardíaco*.

**Ansiedad** Factores relacionados: falta de aliento, disnea, desarrollo natural de la enfermedad.

**Ansiedad ante la muerte** Factor relacionado: posibilidad de muerte.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: *fatiga*, disnea.

**Desesperanza** Factores relacionados: estado físico defectuoso o en deterioro, falta de energía para desenvolverse.

**Falta de sueño o insomnio** Factores relacionados: *ansiedad*, nicturia, incapacidad para adoptar la posición deseada al dormir debido a una disnea nocturna.

**Fatiga** Factores relacionados: oxigenación inadecuada debida a una disminución del gasto cardíaco, dificultad para dormir.

**Impotencia** Factores relacionados: enfermedad crónica, desarrollo natural de la enfermedad.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: *perfusión tisular periférica inefectiva*, *trastorno de la movilidad física*, edema.

**Intercambio gaseoso, deterioro del** Factores relacionados: cambios en la membrana alveolocapilar, líquido en los alvéolos, disminución del suministro sanguíneo pulmonar.

**Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: *fatiga*, falta de aliento, obnubilación debida a una insuficiencia de oxígeno.

770 Manual de diagnósticos de enfermería

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: *náuseas*, anorexia provocada por una congestión venosa del tracto intestinal, *fatiga*.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: hospitalización o cambio del entorno, enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia.

**Régimen terapéutico personal, manejo ineficaz del** Factores relacionados: *conocimiento deficiente* (función cardíaca o proceso de enfermedad, dieta, ejercicio, medicamentos, signos y síntomas de complicaciones o autocuidado), *trastorno de memoria, fatiga*.

**Temor** Véase *ansiedad*.

**Volumen de líquidos, exceso de** Factores relacionados: *disminución del gasto cardíaco*, reducción de la filtración glomerular, aumento de la hormona antidiurética (ADH) que provoca la retención de sodio o agua.

#### *Pericarditis/endocarditis*

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: oxigenación inadecuada debida a una restricción del llenado cardíaco que provoca una reducción del gasto cardíaco.

**Ansiedad** Factores relacionados: *dolor*, cambio en el estado de salud, amenaza de muerte.

**Dolor** Factores relacionados: efusión, inflamación tisular.

**Gasto cardíaco, disminución del** Factores relacionados: restricción del llenado cardíaco o contractilidad ventricular, derrame, arritmias, aumento del trabajo ventricular.

**Patrón respiratorio ineficaz** Factores relacionados: *dolor agudo* debido a una inflamación.

**Temor** Véase *ansiedad*.

### Endocrinopatías

Incluyen el síndrome de Cushing, la diabetes *mellitus*, el hipertiroidismo, el hipotiroidismo, la hipoglucemia y los tumores pancreáticos, aunque no sólo se reducen a ellos.

#### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP del síndrome de Cushing:** hipertensión, insuficiencia cardíaca, desequilibrio potásico y sódico, psicosis, hiperglucemia, osteoporosis.

**CP de la diabetes *mellitus*:** cetoacidosis, coma, hipoglucemia, infecciones, enfermedad de la arteria coronaria, enfermedad vascular periférica, retinopatía, neuropatía, nefropatía.

**CP del hipertiroidismo:** crisis tiroidea, enfermedad cardíaca, exoftalmos.

**CP del hipotiroidismo:** enfermedad cardíaca arteriosclerótica, coma mixedematoso, psicosis.

**CP de la hipoglucemia repetitiva o prolongada:** neuropatía, hemorragia de retina, accidente cerebrovascular, cambios de personalidad, daño intelectual.

#### Diagnósticos de enfermería

##### *Síndrome de Cushing*

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: debilidad muscular debida a un derroche proteico, hiperglucemia y disminución potásica, insuficiencia cardíaca.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: *fatiga*, debilidad generalizada, desmineralización de los huesos.

**Glucosa inestable, riesgo de** Factores de riesgo: diabetes mal controlada, enfermedad comórbida aguda (p. ej., gripe).

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: cambio de la apariencia (p. ej., cara de luna, virilismo en mujeres, acné) debido al proceso de enfermedad y a la terapia de medicación, cambios en las relaciones sociales.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: fragilidad cutánea y capilar, equilibrio negativo de nitrógeno, respuesta inmunitaria comprometida, hiperglucemia, baja resistencia al estrés, débil capacidad de cicatrización.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: reducción del tejido conectivo, edema debido a una retención de agua y sodio, adelgazamiento y sequedad de la piel.

**Lesión, riesgo de** Factores de riesgo: fracturas secundarias a osteoporosis, hipertensión secundaria a retención de agua y sodio.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, resistencia a la insulina aumentada.

**Patrones de sexualidad, alteración de los** Factores relacionados: impotencia, cese de la menstruación, pérdida de la libido debida a la producción excesiva de la hormona adeno-corticotropa (ACTH).

**Procesos de pensamiento, alteración de los** Factores relacionados: aumento de los niveles de glucocorticoides y de ACTH.

**Régimen terapéutico personal, manejo ineficaz del** Factor relacionado: *déficit de conocimiento* (proceso de enfermedad, dieta terapéutica, test de diagnóstico, tratamiento quirúrgico, autoadministración de esteroides, necesidad de recurrir a un médico).

#### Diabetes mellitus/hipoglucemia

**Afrontamiento familiar ineficaz comprometido e incapacitante** Factores relacionados: régimen de autocuidado complejo, enfermedad crónica, incapacidad para predecir el futuro, información o comprensión inadecuada o incompleta, cambios necesarios en el funcionamiento familiar.

**Disfunción sexual o alteración de los patrones de sexualidad** Factores relacionados: impotencia debida a una neuropatía periférica, conflictos psicológicos en el hombre, estresantes psicológicos, frecuentes problemas genitourinarios en la mujer.

**Impotencia** Factores relacionados: incapacidad percibida para prevenir complicaciones como ceguera y amputaciones.

**Incumplimiento del tratamiento** Factores relacionados: complejidad del autocuidado y del régimen terapéutico, cronicidad de la enfermedad, negación.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: ceguera, hipoglucemia, deficiencias táctiles.

**Lesión, riesgo de** Factores relacionados: visión reducida, hipoglucemia, sentido del tacto afectado.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: incapacidad del organismo para utilizar glucosa, pérdida de peso resultante, debilidad muscular y sed.

**Régimen terapéutico personal, manejo ineficaz del** Factores relacionados: *déficit de conocimiento* (proceso de enfermedad, dieta y ejercicio equilibrados, automonitorización y automedicación, cuidado de los pies, signos y síntomas de complicaciones, recursos comunitarios).

**Sensoperceptivas táctiles y visuales, alteraciones** Factores relacionados: desequilibrio de glucosa, insulina o electrolitos, cambios periféricos neurovasculares.

**Temor** Factores relacionados: efectos en el estilo de vida, necesidad de la autoinyección, complicaciones de la diabetes.

#### Hipertiroidismo

**Ansiedad** Factor relacionado: irritabilidad del sistema nervioso central (SNC).

**Confort alterado** (intolerancia al calor; no se recoge en la NANDA internacional). Factor relacionado: aumento del índice metabólico.

**Diarrea** Factor relacionado: aumento de la peristalsis debido a un incremento del índice metabólico.

**Fatiga** Factores relacionados: aumento de las necesidades energéticas, irritabilidad del SNC.

**Hipertermia, riesgo de** Factor de riesgo: incapacidad para compensar el exceso de actividad tiroidea.

**Integridad tisular córnea, deterioro de la** Factores relacionados: edema periorbitario, disminución de la capacidad para parpadear, sequedad ocular, abrasiones o úlceras córneas.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores de riesgo: índice hipermetabólico, actividad constante, incapacidad para ingerir las calorías necesarias, vómitos, *diarrea*.

#### *Hipotiroidismo*

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: apatía, debilidad, oxigenación inadecuada y disminución de la energía causadas por la reducción del índice metabólico.

**Bienestar alterado (intolerancia al frío)** Factor relacionado: índice metabólico más lento.

**Estreñimiento** Factor relacionado: disminución de la actividad y la peristalsis debida a una disminución del índice metabólico.

**Fatiga** Factores relacionados: véase *intolerancia a la actividad*.

**Hipotermia** Factor relacionado: disminución del índice metabólico.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: sequedad y edema debidos a un desplazamiento de líquidos a los espacios intersticiales.

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: debilidad, apatía, cambios en la apariencia, depresión.

**Lesión, riesgo de** Factores de riesgo: hipersensibilidad a los sedantes, a los narcóticos y a los anestésicos debida a una disminución del índice metabólico.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores de riesgo: *fatiga*, debilidad, mucina acumulada en las articulaciones y en los espacios intersticiales, alteración de los reflejos y de la coordinación.

**Nutrición: por exceso, alteración de la** Factor relacionado: ingestión excesiva de alimentos debida a una disminución del índice metabólico.

### Enfermedades autoinmunitarias

Incluyen el lupus eritematoso sistémico (LES), la esclerodermia, la fiebre reumática, la glomerulonefritis y la esclerosis múltiple, aunque no sólo se reducen a estas enfermedades.

#### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP del lupus eritematoso:** vasculitis, pericarditis, pleuritis, infarto cerebral, anemia hemolítica, glomerulonefritis.

**CP de la glomerulonefritis o fallo renal:** ascitis, hinchazón, sepsis.

**CP de la terapia corticosteroide:** síndrome de Cushing, hiperglucemia, retraso de la cicatrización, osteoporosis, pérdida de masa muscular, hipertensión, edema, insuficiencia cardiaca, hipopotasemia, respuesta inmunitaria baja, úlcera péptica, insuficiencia renal, retraso del crecimiento en niños, reacciones psicóticas, aparición de cataratas, aterosclerosis, tromboflebitis.

#### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: *ansiedad, dolor agudo o crónico*, debilidad, *fatiga*.

**Actividades recreativas, déficit de** Factores relacionados: hospitalización de larga duración, tratamientos frecuentes o duraderos, inactividad forzada.

**Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido** Véase *alteración de los procesos familiares*.

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal en una situación de crisis (p. ej., deterioro de la salud), evolución impredecible de la enfermedad, exacerbaciones.

**Aislamiento social** Factor relacionado: respuesta de los otros ante la apariencia.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: disminución de la fuerza y la resistencia, *dolor, intolerancia a la actividad, agarrotamiento, fatiga*.

- Autoestima crónica o situacional, baja** Factores relacionados: enfermedad crónica, *dolor crónico*, *alteración en el desempeño del rol*, incapacidad para desempeñar tareas del desarrollo debido a un impedimento.
- Conductas de riesgo para la salud, tendencia a adoptar** Factor relacionado: necesidad de adoptar un mejor estilo de vida o un cambio de actitud.
- Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de** Factores relacionados y de riesgo: agravación de la enfermedad del paciente, duración requerida de los cuidados, descanso y esparcimiento insuficientes para el cuidador, tareas demasiado complejas y numerosas para el cuidador.
- Desesperanza** Factores relacionados: estado físico débil o en deterioro, estrés de larga duración.
- Dolor** Factor relacionado: inflamación de los tejidos conectivos, vasos sanguíneos y membranas mucosas.
- Duelo anticipado o disfuncional** Factores relacionados: pérdida potencial de la función corporal, pérdida potencial del rol social, enfermedad terminal, enfermedad crónica.
- Fatiga** Factores relacionados: aumento de las necesidades energéticas debidas a una inflamación crónica, química corporal alterada, efectos de la medicación.
- Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: enfermedad crónica, *dolor crónico*, sarpullido, lesiones, úlceras, manchas de sangre, manos moteadas, alopecia y alteración de la función corporal.
- Impotencia** Factores relacionados: impredecibilidad de la enfermedad crónica o terminal, régimen de tratamiento complejo, cambios físicos y psicológicos asociados a la enfermedad.
- Incontinencia urinaria funcional** Factor relacionado: *trastorno de la movilidad física*.
- Incumplimiento del tratamiento** Factores relacionados: negación de la enfermedad, percepción o consecuencias negativas del régimen de tratamiento, beneficios percibidos de enfermedad continuada.
- Infección, riesgo de** Factores de riesgo: inmunodepresión, enfermedad crónica, agentes farmacéuticos y secundaria a una glomerulonefritis.
- Insomnio** Factores relacionados: *dolor* y malestar, *ansiedad*, inactividad.
- Integridad cutánea, deterioro de la (real/riesgo de)** Factores relacionados y de riesgo: sarpullidos, lesiones, medicamentos, circulación alterada, *trastorno de la movilidad física*, fotosensibilidad, edema.
- Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: *baja autoestima crónica o situacional*, movilidad física limitada, *fatiga*, vergüenza de la propia apariencia.
- Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: *dolor*, *trastorno de la movilidad física*.
- Membrana mucosa oral, alteración de la** Factores relacionados: patofisiología de la enfermedad, efectos secundarios de la medicación.
- Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: *dolor*, limitaciones médicas prescritas, cambios (articulares), discapacidad neuromuscular.
- Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: dificultad para masticar, *deterioro de la deglución*, pérdida del apetito, *náuseas* y vómitos.
- Patrones de sexualidad, alteración de los** Factores relacionados: *fatiga*, *dolor*, *trastorno de la movilidad física*.
- Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: enfermedad o discapacidad crónicas, terapias complejas, cambio en los roles familiares, hospitalización o cambio de entorno, discapacidad de algún familiar.
- Protección, alteración de la** Factor relacionado: terapia corticosteroide.
- Régimen terapéutico personal, manejo ineficaz del** Factor relacionado: *déficit de conocimientos* (proceso de enfermedad, descanso equilibrado y ejercicio, síntomas de exacerbaciones y complicaciones, medicamentos y tratamiento, recursos comunitarios).

774 Manual de diagnósticos de enfermería

**Rol, alteración en el desempeño del** Factores relacionados: enfermedad crónica, *dolor crónico*.

**Sensoperceptivas visuales, cinestésicas y táctiles, alteraciones** Factor relacionado: proceso de la enfermedad.

**Temor** Factores relacionados: factores de tensión ambiental u hospitalización, *impotencia*, amenaza real o imaginaria del propio bienestar.

**Volumen de líquidos, exceso de** Factor relacionado: disminución de la excreción urinaria debida a la retención de sodio o glomerulonefritis.

## Enfermedades hepáticas

Incluyen la cirrosis y la hepatitis, aunque no sólo se reducen a ellas.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de las enfermedades hepáticas:** anemia, encefalopatía hepática, glomerulonefritis, insuficiencia renal, varices esofágicas, hemorragia gastrointestinal, hemorragia, hipopotasemia, equilibrio negativo de nitrógeno, coagulación intravascular diseminada (CID).

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: *debilidad*, fatiga extrema debida a un reposo en cama prolongado, trastorno de la función respiratoria debido a una ascitis.

**Afrontamiento individual ineficaz** Factor relacionado: vulnerabilidad personal en una situación de crisis (p. ej., diagnóstico de una nueva enfermedad, deterioro de la salud).

**Ansiedad** Factores relacionados: prognosis desconocida de la enfermedad, futuro incierto, abandono del alcohol.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: *dolor, fatiga, intolerancia a la actividad*.

**Autoestima crónica o situacional, baja** Factores relacionados: enfermedad crónica, crisis situacional, *trastorno de la imagen corporal*, incapacidad para dejar de beber.

**Confusión aguda** Factores relacionados: abuso de alcohol, incapacidad del hígado para eliminar la toxicidad de ciertas sustancias, incremento del nivel de amoníaco sérico.

**Diarrea** Factores relacionados: cambios en la dieta, incapacidad para metabolizar las grasas, estrés.

**Dolor agudo o crónico** Factores relacionados: ascitis, hepatomegalia.

**Fatiga** Factores relacionados: proceso de la enfermedad, malnutrición.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: cambio en la apariencia (p. ej., ictericia, ascitis), enfermedad crónica.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: hipoproteinemia, dilatación del bazo, leucopenia.

**Integridad cutánea, trastorno de la** Factores relacionados: inmovilidad física, picor debido a la ictericia, edema, ascitis.

**Lesión, riesgo de** Factores de riesgo: ingestión continuada de hepatotoxinas (p. ej., alcohol), disminución de la protrombina y de los factores de coagulación.

**Movilidad física, trastorno de la** Factor relacionado: debilidad debida a un reposo en cama prolongado.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: pérdida de apetito, *náuseas*, vómitos, bilis, estasis, disminución de la absorción y el almacenamiento de vitaminas liposolubles, trastorno del metabolismo de grasas, glucosa y proteínas, *diarrea*.

**Patrones respiratorios ineficaces** Factor relacionado: presión en el diafragma debida a una ascitis.

**Procesos de pensamiento, alteración de los** Factores relacionados: véase *confusión*.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: cambio en los roles familiares, enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia.

**Régimen terapéutico personal, manejo ineficaz del** Factores relacionados: *déficit de conocimientos* (p. ej., proceso de enfermedad, necesidades nutricionales, síntomas de complicaciones, efectos del alcohol), falta de motivación para dejar de beber.

**Temor** Factor relacionado: amenaza real o imaginaria del propio bienestar.

**Volumen de líquidos, exceso de** Factores de riesgo: malnutrición, hipertensión portal, retención de sodio.

## Enfermedades respiratorias agudas

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la neumonía:** necrosis del tejido pulmonar.

**CP del edema pulmonar:** insuficiencia cardiaca derecha, anasarca, fallo sistémico multiorgánico.

**CP de la embolia pulmonar:** infarto pulmonar con necrosis.

### Diagnósticos de enfermería

#### *Neumonía*

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: debilidad y *fatiga*.

**Ansiedad** Factores relacionados: amenaza o cambio en el estado de salud, disnea.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: *dolor* y malestar, *intolerancia a la actividad*.

**Dolor** Factores relacionados: lesión, dificultad para respirar.

**Falta de sueño o insomnio** Factores relacionados: disnea, *dolor*.

**Intercambio gaseoso, deterioro del** Factores relacionados: disminución funcional del tejido pulmonar debida a una consolidación, aumento de secreciones.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factor relacionado: pérdida de apetito.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: factores que afectan a la necesidad de líquidos (p. ej., fiebre).

#### *Edema pulmonar*

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: desequilibrio entre el aporte y las necesidades de oxígeno, debilidad y *fatiga*.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: *dolor* y malestar, *intolerancia a la actividad*.

**Falta de sueño o insomnio** Factor relacionado: disnea.

**Fatiga** Véase *intolerancia a la actividad*.

**Gasto cardiaco, disminución del** Factor relacionado: aumento del trabajo ventricular.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factor relacionado: pérdida de apetito.

**Temor** Factores relacionados: factores de tensión ambiental u hospitalización.

**Volumen de líquidos, exceso de** Factor relacionado: dificultad para expulsar la orina debida a un edema pulmonar.

#### *Embolia pulmonar*

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: dolor agudo, desequilibrio entre el aporte y las necesidades de oxígeno.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: *dolor* y malestar, *intolerancia a la actividad*.

**Intercambio gaseoso, deterioro del** Factor relacionado: disminución del suministro sanguíneo debido a una embolia pulmonar.

**Temor** Factor relacionado: amenaza real o imaginaria del propio bienestar.

## Enfermedades respiratorias crónicas

Incluyen el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la enfermedad pulmonar crónica restrictiva, aunque no sólo se reducen a ellas.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la enfermedad pulmonar crónica:** hipoxemia, insuficiencia cardíaca derecha, infección respiratoria, neumotórax espontáneo.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: disnea, debilidad y *fatiga*, oxigenación inadecuada, *ansiedad*, *insomnio*.

**Afrontamiento individual ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal en una situación de crisis (p. ej., deterioro de la salud), dificultad para dejar de fumar.

**Ansiedad** Factores relacionados: disnea, *temor* a la asfixia, abandono del tabaco.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: disminución de la fuerza y la resistencia, *intolerancia a la actividad*.

**Comunicación verbal, trastorno de la** Factor relacionado: disnea.

**Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de** Factores relacionados: gravedad de la enfermedad del paciente, curso impredecible de la enfermedad, duración y cantidad necesaria de los cuidados, entorno físico inadecuado para proporcionar los cuidados, descanso y esparcimiento insuficientes para el cuidador.

**Destete del respirador, respuesta disfuncional al** Factores relacionados: limpieza ineficaz de las vías aéreas, ineficacia percibida por el paciente sobre la habilidad para retirar el respirador, *temor* a la asfixia, falta de motivación, *ansiedad*, ritmo inapropiado de disminución del apoyo del respirador, dependencia del respirador superior a una semana, intento de retirada fallido.

**Disfunción sexual o alteración de los patrones de sexualidad** Factores relacionados: disnea, falta de energía, cambios en la relación.

**Impotencia** Factores relacionados: régimen de tratamiento, enfermedad crónica, cambios en el estilo de vida, pérdida de control (p. ej., demasiado tarde para mejorar la función pulmonar).

**Insomnio** Factores relacionados: *ansiedad*, régimen médico (p. ej., tratamientos pulmonares), incapacidad para adoptar la postura habitual para dormir debido a la disnea, entorno hospitalario desconocido, tos.

**Mantenimiento de la salud, alteración en el** Factores relacionados: creencias sobre la salud, falta de un apoyo social, dificultad para dejar de fumar.

**Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: *fatiga*, *intolerancia a la actividad*, falta de apoyo social.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: pérdida de apetito, *náuseas* y vómitos, disminución de la energía, disnea.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: cambio de la estructura o los roles familiares, hospitalización o cambio de entorno, enfermedad crónica o discapacidad de algún familiar.

**Temor** Véase *ansiedad*.

**Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: obstrucción traqueobronquial, secreciones excesivas y persistentes, tos ineficaz debida a una disminución de energía y *fatiga*

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: ingestión insuficiente de líquidos debida a una dificultad para respirar, pérdida de líquidos provocada por fiebre o diáforesis.

## Hemopatías

Incluyen las anemias, la policitemia y los trastornos de la coagulación, aunque no sólo se reducen a ellos.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de las anemias:** fallo cardíaco, exceso de hierro, hemorragia, infección.

**CP de los trastornos hemorrágicos:** hemorragia, formación de trombosis, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: transporte insuficiente de oxígeno debido a un bajo nivel de glóbulos rojos, congestión pulmonar, hipoxia en los tejidos, *dolor agudo, fatiga*, disminución de la fuerza y de la resistencia.

**Ansiedad** Factores relacionados: falta de conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento, incertidumbre por el resultado.

**Diarrea** Factor relacionado: atrofia de la mucosa.

**Dolor** Factor relacionado: función corporal alterada (p. ej., hemorragia en los espacios articulares).

**Estreñimiento** Factores relacionados: atrofia de la mucosa, efectos secundarios de la medicación (hierro).

**Infección, riesgo de** Factor de riesgo: disminución de la resistencia debida a una anomalía en los glóbulos blancos.

**Lesión (desangramiento), riesgo de** Factores de riesgo: anomalía del perfil sanguíneo, degranocitos, disminución de la hemoglobina, trombocitopenia, esplenomegalia.

**Membrana mucosa oral, alteración de la** Factores relacionados: atrofia de la mucosa gastrointestinal, hipoxia en los tejidos, atrofia papilar y cambios inflamatorios (anemia perniciosa).

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: pérdida del apetito debido a dolor de boca, *náuseas*.

**Perfusión tisular periférica, alteración de la** Factores relacionados: deficiencia o mal funcionamiento de los glóbulos rojos, hiperviscosidad (en el caso de la policitemia).

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: hospitalización o cambio en el entorno, enfermedad o discapacidad de algún familiar.

**Protección, alteración de la** Véase *riesgo de lesión*.

**Temor** Factores relacionados: factores de tensión ambiental u hospitalización, tratamientos.

## Insuficiencia renal aguda

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la insuficiencia renal:** trastorno electrolítico, hipervolemia, acidosis metabólica, pericarditis, disfunción plaquetaria, infección secundaria.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: aumento de las necesidades energéticas (p. ej., fiebre, inflamación), disminución de la producción energética, nutrición inadecuada, anemia.

**Ansiedad** Factores relacionados: pronóstico desconocido, gravedad de la enfermedad.

**Confusión** Véase *alteración de los procesos de pensamiento*.

**Entorno, síndrome de interpretación alterada del** Véase *alteración de los procesos de pensamiento*.

**Gasto cardíaco, disminución del** Factor relacionado: aumento del trabajo ventricular debido al volumen hipervolémico.

778 Manual de diagnósticos de enfermería

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: procedimientos invasivos, proceso de la enfermedad, resistencia disminuida, malnutrición.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: turgencia deficiente de la piel provocada por el líquido extracelular, *diarrea*.

**Membrana mucosa oral, trastorno de la** Factores relacionados: deshidratación extracelular, estomatitis.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: anorexia, *náuseas* y vómitos, restricciones dietéticas, modificación del gusto, pérdida del olfato, estomatitis, aumento de las necesidades metabólicas.

**Procesos de pensamiento, alteración de los** Factores relacionados: disminución de la perfusión cerebral, acumulación de desechos tóxicos.

**Temor** Factores relacionados: ambientales estresantes u hospitalización, *impotencia*, amenaza al propio bienestar, amenaza al bienestar de los niños, gravedad de la enfermedad, efectos multisistémicos.

**Volumen de líquidos, exceso de** Factores relacionados: cambios en el suministro vascular renal que ocasionan isquemia, necrosis tubular, disminución del índice de filtrado glomerular.

## Insuficiencia renal crónica

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la insuficiencia renal crónica:** anemia, insuficiencia cardíaca, desequilibrio de líquidos y electrolitos, hipervolemia, hiperparatiroidismo, infecciones, intoxicación por medicamentos, acidosis metabólica, hemorragia gastrointestinal, pericarditis, taponamiento cardíaco, derrame pleural, edema pulmonar, uremia.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: debilidad o *fatiga* debidas a una anemia, oxigenación inadecuada debida a complicaciones cardíacas o pulmonares.

**Actividades recreativas, déficit de** Factores relacionados: tratamientos médicos frecuentes o prolongados, falta de energía y movilidad para participar.

**Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante** Factores relacionados: sentimientos crónicos no resueltos, enfermedad crónica y futuro incierto del paciente, complejidad de los cuidados (p. ej., diálisis en el hogar).

**Afrontamiento individual ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal en una situación de crisis (p. ej., nuevo diagnóstico de enfermedad, deterioro de la salud, enfermedad terminal), incapacidad para concentrarse, tiempo de respuesta corto y trastorno del razonamiento debido a un compromiso del sistema nervioso central.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: depresión, *dolor* y malestar, *intolerancia a la actividad*, trastorno neuromuscular, trastorno musculoesquelético.

**Autoestima crónica o situacional, baja** Véase *trastorno de la imagen corporal*.

**Caídas, riesgo de** Factores de riesgo: trastorno de la movilidad, trastorno sensorial, hipotensión, debilidad.

**Confort alterado** (no se recoge en la NANDA internacional). Factores relacionados: pruritos, retención de líquidos, vómitos, cristales de urea o de fosfato de calcio en la piel.

**Confusión aguda o crónica** Factores relacionados: encefalopatía urémica, oxigenación inadecuada provocada por complicaciones cardíacas o respiratorias, anemia.

**Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de** Factores relacionados: complejidad, cantidad y duración de los cuidados; gravedad de la enfermedad; estresantes ambientales dentro de la

- familia; salud, conocimiento, habilidades, experiencia, nivel de compromiso y afrontamiento del cuidador; aislamiento, descanso y esparcimiento insuficientes.
- Desesperanza** Factores relacionados: estado físico defectuoso o en deterioro, falta de apoyos sociales, estrés prolongado, incapacidad para evitar la evolución de la enfermedad.
- Disfunción sexual** Factores relacionados: *baja autoestima crónica o situacional*, impotencia, pérdida de la libido, *intolerancia a la actividad*.
- Duelo disfuncional** Factores relacionados: enfermedad crónica, pérdida, enfermedad terminal, distanciamiento de la pareja, pérdida del rol funcional.
- Estreñimiento** Factores relacionados: restricción de líquidos y comida rica en fibra, disminución de la actividad, presencia de aglutinantes de fosfato, medicamentos.
- Fatiga** Factores relacionados: función renal alterada, inactividad, nutrición inadecuada (véase *intolerancia a la actividad*).
- Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: *alteración del crecimiento y desarrollo*, efectos secundarios del tratamiento, enfermedad crónica, cirugía (p. ej., introducción del acceso de una máquina de diálisis o un catéter peritoneal, amputaciones), trasplante renal.
- Impotencia** Factores relacionados: régimen de tratamiento, incapacidad para cambiar el curso progresivo de la enfermedad.
- Incumplimiento del tratamiento** Factores relacionados: negación de la enfermedad, relación disfuncional entre el paciente y el cuidador, percepción negativa o consecuencia del régimen de tratamiento, beneficios percibidos de la enfermedad continuada.
- Infección, riesgo de** Factores de riesgo: inmunodepresión, malnutrición, terapia invasiva (p. ej., diálisis).
- Integridad cutánea, trastorno de la** Factores relacionados: edema, sequedad cutánea, trastorno de la circulación venosa debido a la creación de un acceso para la máquina de diálisis, deterioro de la circulación arterial debido a hipertensión, hiperglucemia.
- Memoria, trastorno de** Factor relacionado: cambios neurológicos.
- Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: disminución de la fuerza y la resistencia debidas a una anemia, complicaciones cardíacas o respiratorias, deterioro musculoesquelético (p. ej., fracturas debidas a una osteoporosis), trastorno neuromuscular.
- Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: pérdida de apetito, *náuseas* o vómitos, restricciones en la dieta, estomatitis, pérdida del gusto y el olfato debida a cambios en los nervios craneales.
- Patrón respiratorio ineficaz** Factores relacionados: anemia, sobrecarga de volumen, presión del dializado sobre el diafragma.
- Régimen terapéutico, manejo ineficaz del** Factores relacionados: *déficits de conocimiento* (p. ej., relacionados con la enfermedad, restricciones dietéticas, medicamentos, signos y síntomas de complicaciones, recursos comunitarios), complejidad del régimen, *confusión aguda o crónica y trastorno de memoria* debido al proceso de la enfermedad.
- Temor** Factores relacionados: factores de tensión ambiental u hospitalización, *impotencia*, amenaza del bienestar real o imaginaria.
- Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: pérdida anómala de líquidos (p. ej., vómitos), pérdida anómala de sangre debida a un procedimiento de hemodiálisis, ingestión insuficiente de líquidos, diuresis compensatoria de orina diluida provocada por una disminución de la capacidad para concentrar orina, incapacidad de los túbulos para reabsorber sodio, cambios entre la sangre y la máquina de diálisis.
- Volumen de líquidos, exceso de** Factores relacionados: aumento de la ingestión de líquidos debido a un exceso en la ingestión de sodio, retención de sodio, hiperglucemia, *incumplimiento del tratamiento* por ingestión de líquidos, cambios entre la sangre y la máquina de diálisis.

## Obesidad

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la obesidad:** aparición de diabetes en los adultos, apnea del sueño, retraso de la cicatrización.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: estilo de vida sedentario, malestar al hacer un esfuerzo (p. ej., falta de aliento).

**Afrontamiento individual ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal en una situación de crisis, consumo de alimentos para enfrentarse al estrés.

**Autoestima crónica o situacional, baja** Factores relacionados: respuestas de compañeros y familia ante la obesidad, estar mal visto comparado con el ideal social, *trastorno de la imagen corporal*.

**Conductas generadoras de salud (especificar)** Factores relacionados: específicos para cada paciente.

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: trastorno del autoconcepto, vergüenza, rechazo de los otros debido al aspecto físico.

**Mantenimiento de la salud, alteración en el** Factor relacionado: falta de capacidad para hacer un juicio meditado y reflexivo sobre el ejercicio, la nutrición, etc.

**Movilidad física, trastorno de la** Factor relacionado: disminución de la fuerza y la resistencia.

**Nutrición: por exceso, alteración de la** Factores relacionados: trastorno alimentario, falta de ejercicio físico, disminución de las necesidades metabólicas, falta de conocimientos básicos nutricionales.

**Patrones de sexualidad, alteración de los** Factores relacionados: *trastorno de la imagen corporal*, dificultad para realizar posturas sexuales, rechazo de la pareja.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: efectos de la terapia de pérdida de peso en las relaciones familiares.

## Paciente inmovilizado

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la inmovilidad:** contracturas, anquilosis articular, osteoporosis, tromboflebitis, émbolos, neumonía hipostática, cálculos renales.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: debilidad generalizada, *fatiga*, sistema circulatorio o respiratorio comprometidos.

**Actividades recreativas, déficit de** Factor relacionado: reposo en cama prolongado.

**Afrontamiento individual ineficaz** Factor relacionado: vulnerabilidad personal en una situación de crisis (especificar), incapacidad para desempeñar los roles habituales, dependencia de los otros, *baja autoestima crónica o situacional*.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: *dolor*, *intolerancia a la actividad*, disminución de la fuerza y la resistencia, inmovilidad prescrita.

**Disreflexia autónoma** Factor relacionado: lesión del nervio espinal T7 o superior.

**Estreñimiento** Factores relacionados: disminución de la actividad, disminución de la motilidad del colon debida a un incremento en la producción de adrenalina.

**Incontinencia urinaria funcional o total** Factor relacionado: trastorno neurológico.

**Insomnio** Factores relacionados: falta de actividad física, *dolor* y malestar, incapacidad para cambiar de posición de manera independiente o adoptar la postura habitual para dormir.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: *trastorno de la movilidad física*, atrofia de la dermis y los tejidos subcutáneos, pérdida de la turgencia cutánea, trastorno de la circulación.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: disminución de la fuerza y la resistencia, *intolerancia a la actividad*, *dolor*, trastorno neuromuscular, musculoesquelético y cognitivo, *ansiedad grave*.

**Retención urinaria.** Factores relacionados: disminución del tono muscular de la vejiga, incapacidad para relajar los músculos perineales, timidez a la hora de usar un orinal, falta de intimidad, postura antinatural al orinar.

**Síndrome de desuso, riesgo de** Factores de riesgo: parálisis, inmovilización mecánica, inmovilidad prescrita, *dolor* intenso, nivel de conciencia alterado.

## Paciente terminal

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: dolor crónico, debilidad, fatiga debida al proceso de la enfermedad, a los medicamentos o a la ingestión inadecuada de calorías.

**Aflicción crónica** Factores relacionados: véase *duelo anticipado*.

**Afrontamiento familiar ineficaz comprometido** Factor relacionado: preocupación temporal de algún miembro de la familia debido a los propios conflictos emocionales y al sufrimiento personal.

**Afrontamiento individual ineficaz** Factor relacionado: vulnerabilidad personal en una situación de crisis (enfermedad terminal).

**Aislamiento social** Factores relacionados: enfermedad médica, alteración de la apariencia física.

**Ansiedad ante la muerte** Factores relacionados: muerte inminente, falta de resolución.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: *dolor* y malestar, *intolerancia a la actividad*, disminución de la fuerza y la resistencia.

**Comunicación verbal, trastorno de la** Factores relacionados: incapacidad para expresarse, incapacidad para hablar con claridad.

**Conductas de riesgo para la salud, tendencia a adoptar** Factor relacionado: duelo incompleto por la pérdida de la función física o corporal.

**Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de** Factores relacionados: agravamiento de la enfermedad del paciente, incapacidad para modificar las consecuencias para el paciente, entorno físico inadecuado para proporcionar los cuidados, descanso y esparcimiento insuficientes para el cuidador, tareas demasiado complejas y numerosas para el cuidador.

**Desesperanza** Factores relacionados: estado físico defectuoso o en deterioro, falta de apoyo social o familiar, pérdida de la creencia espiritual.

**Dignidad humana, riesgo de compromiso de la** Factores de riesgo: pérdida de control de las funciones corporales.

**Dolor** Factores relacionados: específicos para cada causa de muerte del paciente.

**Duelo anticipado** Factor relacionado: muerte inminente de uno mismo.

**Duelo disfuncional** Factores relacionados: *negación inefectiva*, asuntos familiares sin resolver, pérdida de la fe (p. ej., *sufrimiento espiritual*), falta de un sistema de apoyo.

**Fatiga** Factores relacionados: proceso de la enfermedad, necesidades psicológicas o emocionales abrumadoras, disminución de la ingestión de nutrientes para disponer de energía.

**Impotencia** Factores relacionados: incapacidad para modificar el resultado final de la enfermedad terminal, pérdida de la independencia, régimen de tratamiento abrumador.

**Incontinencia fecal** Factores relacionados: pérdida de control del esfínter, disminución de la capacidad de reconocer la sensación de plenitud de los intestinos.

- Incontinencia urinaria total o funcional** Factores relacionados: desorientación, *trastorno de la movilidad*, disfunción neurológica.
- Insomnio** Factores relacionados: *dolor* y malestar, *ansiedad*.
- Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: *trastorno de la movilidad física*, *incontinencia urinaria o fecal*, radioterapia, estado nutricional deficiente, deshidratación.
- Membrana mucosa oral, alteración de la** Factores relacionados: quimioterapia, incapacidad para mantener una higiene oral o para obtener líquidos, radiación de cabeza y cuello.
- Negación ineficaz** Factores relacionados: temor a la muerte, temor al efecto provocado en los otros.
- Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: *deterioro de la deglución*, pérdida del apetito, *náuseas* y vómitos.
- Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: cambio en los roles familiares, hospitalización o cambio de entorno, enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia, distanciamiento de los familiares.
- Sufrimiento espiritual** Factores relacionados: falta de fe y sistema de valores, distanciamiento de la religión y la cultura, test sobre creencias espirituales.
- Temor** Factores relacionados: *impotencia*, factores de tensión ambiental u hospitalización, *temor* al dolor, *temor* a lo desconocido, *temor* a la muerte.
- Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: disminución de la energía, *fatiga*, *dolor*, obstrucción traqueobronquial.

## Pancreatitis

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la pancreatitis:** coma, *delirium tremens*, hemorragia, *shock* hipovolémico, hipocalcemia, hiperglucemia o hipoglucemia, psicosis, derrame pleural o insuficiencia respiratoria.

### Diagnósticos de enfermería

- Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: *dolor agudo*, debilidad/*fatiga*, malnutrición.
- Afrontamiento individual ineficaz** Factores relacionados: abuso de alcohol, agravación de la enfermedad, cronicidad de la enfermedad.
- Ansiedad** Factores relacionados: cambio en el estado de salud, entorno desconocido, temor a la reaparición del dolor.
- Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: *dolor*/malestar, *intolerancia a la actividad*, *confusión*.
- Diarrea** Factores relacionados: exceso de grasa fecal debido a una insuficiencia de enzimas pancreáticas.
- Dolor** Factores relacionados: inflamación del páncreas y tejido circundante, obstrucción del conducto pancreático, interrupción del riego sanguíneo, derrame pleural, enzimas pancreáticas en el tejido peritoneal, aspiración con sonda nasogástrica.
- Glucosa inestable, riesgo de** Factores de riesgo: efectos fisiológicos del proceso de la enfermedad sobre el páncreas.
- Incumplimiento del tratamiento** Factores relacionados: percepción negativa del tratamiento del régimen, relaciones disfuncionales entre paciente y cuidador, trastorno del juicio causado por el abuso del alcohol.
- Infección, riesgo de** Factores relacionados: estancamiento e intercambio de líquidos corporales (p. ej., derrame retroperitoneal), cambio en el pH de los líquidos, inmunodepresión, cronicidad de la enfermedad, *estado de desequilibrio nutricional*.
- Negación ineficaz** Factores relacionados: imposibilidad para reconocer el abuso de alcohol o dependencia (véase *afrontamiento individual ineficaz*).

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: pérdida del apetito, *náuseas/vómitos*, disminución de la capacidad para digerir alimentos a causa de la pérdida de insulina y enzimas digestivas, dependencia química, dieta absoluta, aspiración con sonda nasogástrica.

**Patrón respiratorio ineficaz** Factores relacionados: dilatación abdominal, ascitis, *dolor*, derrame pleural, insuficiencia respiratoria.

**Procesos familiares: alcoholismo, alteración de los** Factores relacionados: hospitalización o cambio de entorno, cambio en los roles familiares, abuso de alcohol por parte de un miembro de la familia o del paciente.

**Régimen terapéutico: personal, manejo ineficaz del** Factores relacionados: *déficit de conocimientos* (p. ej., relacionado con el proceso de la enfermedad, tratamientos, dieta terapéutica, atención postoperatoria, programa de tratamiento de alcohol, signos y síntomas de adicción), el abuso de alcohol afecta al estado mental de la persona.

**Temor** Factores relacionados: amenaza real o imaginaria del propio bienestar (véase *ansiedad*).

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: pérdida anómala de líquidos (p. ej., aspiración con sonda nasogástrica, vómitos, fiebre, diaforesis), ingestión insuficiente de líquidos (p. ej., dieta absoluta), intercambio de líquidos (p. ej., en el interior del espacio retroperitoneal), hemorragia.

## Quemaduras

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de las quemaduras:** *shock* hipovolémico, hipervolemia, oclusión intestinal, insuficiencia renal, sepsis, úlceras por estrés.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividades recreativas, déficit de** Factores relacionados: monotonía debida a una hospitalización demasiado larga, distanciamiento de la familia, *aislamiento social*.

**Afrontamiento familiar ineficaz** Factores relacionados: véase *alteración de los procesos familiares*.

**Aislamiento social** Factores relacionados: distanciamiento de la familia, medidas de control de la infección, sentimiento de vergüenza por la propia apariencia, respuesta de los otros ante la apariencia.

**Alteración de la temperatura corporal, riesgo de** Factor de riesgo: deshidratación debida a un *deterioro de la integridad cutánea*.

**Ansiedad** Factores relacionados: daño inesperado, dolor debido a la lesión y a los tratamientos, grado de incertidumbre de la prognosis, inmovilidad.

**Aspiración, riesgo de** Factores de riesgo: presencia de una traqueotomía o de un tubo endotraqueal, sonda de alimentación, *deterioro de la deglución*, elevación dificultosa de la parte superior del cuerpo.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: *dolor*, vendajes, férulas, inmovilidad impuesta, *intolerancia a la actividad*, disminución de la fuerza y de la resistencia, movilidad limitada.

**Autoestima crónica o situacional, baja** Factores relacionados: *trastorno de la imagen corporal*, pérdida de la responsabilidad, pérdida de habilidades funcionales, demora en el momento de desempeñar tareas del desarrollo debido a las secuelas de la lesión.

**Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de** Factores relacionados: agravamiento de la enfermedad del paciente, duración requerida de los cuidados, descanso y esparcimiento insuficientes para el cuidador, tareas demasiado complejas y numerosas para el cuidador.

**Dolor** Factores relacionados: herida por quemadura, terminaciones nerviosas expuestas, tratamientos.

**Estreñimiento** Factores relacionados: disminución de la actividad, medicamentos (p. ej., analgésicos narcóticos).

**Fatiga** Factores relacionados: necesidades psicológicas o emocionales abrumadoras.

**Hipotermia** Factor relacionado: pérdida de tejido epitelial.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: discapacidad física, cicatrización, contracturas.

**Impotencia** Factor relacionado: incapacidad para controlar la situación (p. ej., incapacidad debida al régimen de tratamiento, entorno de los cuidados, *dolor*).

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: destrucción de tejido (pérdida de la película protectora de la piel), respuesta inmunitaria dañada, procedimientos invasivos y otras exposiciones mayores al entorno.

**Insomnio o falta de sueño** Factores relacionados: *dolor*, *ansiedad*, vendajes, férulas, vías invasivas.

**Intercambio gaseoso, deterioro del** Factores relacionados: inhalación de humo, daño térmico en los pulmones, envenenamiento con monóxido de carbono.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: *dolor*, edema, vendajes, férulas, contracturas por heridas.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: dificultad al tragar, alto índice metabólico requerido para el cuidado de heridas.

**Patrón respiratorio ineficaz** Factor relacionado: *dolor*.

**Perfusión tisular periférica, alteración de la** Factor relacionado: constricción debida a las quemaduras circundantes.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: terapias complejas de larga duración; hospitalización prolongada; cambio de entorno; distanciamiento de la familia; naturaleza crítica de la lesión.

**Régimen terapéutico familiar o personal, manejo ineficaz del** Factores relacionados: *conocimiento insuficiente* sobre el cuidado de la herida, ejercicio y otras terapias, nutrición, manejo del dolor, y signos y síntomas de complicaciones.

**Sensoperceptivas auditivas, gustativas, cinestésicas, olfatorias, táctiles y visuales (especificar), alteraciones** Factores relacionados: déficit sensorial, exceso sensorial (ambiental), estrés, *falta de sueño*, aislamiento protector, inmovilidad impuesta.

**Síndrome de desuso, riesgo de** Factor de riesgo: *dolor* intenso.

**Temor** Factores relacionados: factores de tensión ambiental u hospitalización, procedimientos dolorosos, amenaza de muerte, efectos proyectados de la enfermedad en el estilo de vida y las relaciones.

**Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: edema traqueal, disminución de la acción ciliar pulmonar.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factor relacionado: pérdida anómala de líquido (p. ej., cambio del líquido intravascular por líquido intersticial).

## Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP del sida:** virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de desgaste asociado al VIH, cánceres (p. ej., sarcoma de Kaposi [SK], linfoma), meningitis, enfermedades oportunistas (p. ej., candidiasis, citomegalovirus, herpes, neumonía por *Pneumocystis carinii*).

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: fatiga, debilidad, efectos secundarios de la medicación, fiebre, malnutrición, *deterioro del intercambio gaseoso* debido a infecciones pulmonares o cánceres.

**Actividades recreativas, déficit de** Factores relacionados: tratamientos médicos frecuentes o tediosos, hospitalización de larga duración, reposo en cama prolongado.

**Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido o incapacitante** (también llamado *alteración de los procesos familiares*). Factores relacionados: información o comprensión inadecuada o incorrecta por parte de algún familiar o amigo cercano, enfermedad crónica, sensaciones crónicas de vacío.

**Afrontamiento individual ineficaz** Factor relacionado: vulnerabilidad personal en una situación de crisis (p. ej., enfermedad terminal).

**Aislamiento social** Factores relacionados: estigma, temor de otros de contraer una enfermedad, temor a transmitir el VIH, alteración de las buenas costumbres culturales y religiosas, aspecto físico, *autoestima* y *trastorno de la imagen corporal*.

**Ansiedad** Factores relacionados: futuro incierto, percepción de los efectos de la enfermedad y de los tratamientos en el estilo de vida.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: disminución de la fuerza y la resistencia, *intolerancia a la actividad*, *confusión aguda o crónica*.

**Autoestima crónica o situacional, baja** Factores relacionados: enfermedad crónica, crisis situacional.

**Confusión aguda o crónica** Factores relacionados: infección del sistema nervioso central (p. ej., toxoplasmosis), infección por citomegalovirus (CMV), SK, linfoma, desarrollo del VIH.

**Cuidador, (riesgo de) sobreesfuerzo en el rol de** Factores relacionados y de riesgo: agravamiento de la enfermedad del paciente, evolución impredecible de la enfermedad o inestabilidad de la salud del paciente, duración requerida de los cuidados, entorno físico inadecuado para proporcionar los cuidados, descanso y esparcimiento suficientes para el cuidador, tareas demasiado complejas y numerosas para el cuidador.

**Desesperanza** Factores relacionados: deterioro del estado físico, mal pronóstico.

**Diarrea** Factores relacionados: medicación, dieta, infecciones.

**Dignidad humana, riesgo de compromiso de la** Factores de riesgo: efectos físicos de la enfermedad, tratamientos invasivos, pérdida de la capacidad para cuidarse uno mismo.

**Dolor agudo** Factores relacionados: progresión del proceso de la enfermedad, efectos secundarios debidos a la medicación, linfedema debido a SK, dolores de cabeza debidos a infecciones del SNC, neuropatía periférica, mialgias graves.

**Duelo anticipado o disfuncional** Factores relacionados: muerte inminente o cambios inmediatos en el estilo de vida, pérdida de la función corporal, cambios en la apariencia, abandono de la pareja.

**Fatiga** Factores relacionados: proceso de enfermedad, necesidades psicológicas o emocionales abrumadoras.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: enfermedades crónicas, lesiones del SK, alopecia, pérdida de peso, cambios en la sexualidad.

**Impotencia** Factores relacionados: enfermedades terminales, régimen de tratamiento, naturaleza impredecible de la enfermedad.

**Infección por transmisión, riesgo de** (no se recoge en la NANDA internacional) Factor de riesgo: naturaleza contagiosa de los líquidos corporales.

**Infección, riesgo de** Factor de riesgo: inmunodeficiencia celular.

**Insomnio** Factores relacionados: *dolor*, hiperhidrosis nocturna, régimen de medicación, efectos secundarios de la medicación, *ansiedad*, depresión, síndrome de abstinencia de drogas (p. ej., heroína, cocaína).

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: pérdida secundaria de tejido y músculo por alteración del estado nutricional, excoriación perineal debida a una *diarrea* y a lesiones (p. ej., candidiasis, herpes), *trastorno de la movilidad física*, lesiones del SK.

- Lesión (caídas), riesgo de** Factores relacionados: *fatiga*, debilidad, cambios cognitivos, encefalopatía, cambios neuromusculares.
- Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: sistemas de apoyo inadecuados, conocimiento insuficiente, falta de familiaridad con los recursos comunitarios.
- Membrana mucosa oral, alteración de la** Factores de riesgo: sistema inmunitario comprometido, infecciones oportunistas (p. ej., candidiasis, herpes).
- Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: dificultad al tragar, pérdida del apetito, lesiones orales y del esófago, malabsorción gastrointestinal, aumento del índice metabólico, *náuseas*.
- Patrones de sexualidad, alteraciones de los** Factores relacionados: relaciones sexuales más seguras, temor a la transmisión del VIH, abstinencia, impotencia provocada por los medicamentos.
- Régimen terapéutico personal, manejo ineficaz del** Factores relacionados: complejidad del régimen de medicación; *conocimiento insuficiente* de la enfermedad, los medicamentos y los recursos comunitarios; depresión; enfermedad o malestar.
- Sensoperceptivas auditivas y visuales, alteraciones** Factores relacionados: pérdidas de oído provocadas por los medicamentos, pérdida visual relacionada con una infección por citomegalovirus.
- Sufrimiento espiritual** Factores relacionados: falta de fe y sistema de valores, test sobre creencias espirituales.
- Temor** Factores relacionados: *impotencia*, amenaza real del propio bienestar, riesgo de revelación, riesgo de muerte.
- Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: disminución de la energía o *fatiga*, infecciones respiratorias, secreciones traqueobronquiales, cáncer de pulmón, neumotórax.
- Violencia dirigida a otros, riesgo de** Factor de riesgo: idea suicida, *desesperanza*.
- Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: ingestión inadecuada de líquidos debida a lesiones orales, *diarrea*.

## Trastornos digestivos

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de las enfermedades inflamatorias gastrointestinales (p. ej., diverticulitis):** hemorragia gastrointestinal, fisura anal, desequilibrio de fluidos y electrolitos, anemia, obstrucción intestinal, fístula, absceso, perforación.

**CP de la hemorragia gastrointestinal:** *shock* hipovolémico, anemia.

**CP de las úlceras pépticas:** perforación, obstrucción pilórica, hemorragia.

### Diagnósticos de enfermería

#### *Inflamación GI (p. ej., diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal)*

**Afrontamiento individual ineficaz** Factores relacionados: enfermedad crónica, tratamiento provisional, *dolor crónico*, *insomnio*, ostomía.

**Diarrea** Factores relacionados: inflamación del tracto gastrointestinal, malabsorción.

**Dolor crónico** Factores relacionados: inflamación u obstrucción del tracto gastrointestinal, hiperperistalsis.

**Estreñimiento** Factores relacionados: ingestión inadecuada de un suplemento de fibra, estrechamiento de la luz intestinal debido a una cicatriz.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: *diarrea*, *náuseas* y cólicos asociados al comer, úlceras de la membrana mucosa, disminución de la absorción de nutrientes.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: *diarrea*, vómitos, disminución de la ingesta de líquidos.

#### *Hemorragia GI*

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: *debilidad* o *fatiga* provocadas por una anemia o una pérdida de sangre.

**Afrontamiento individual ineficaz** Factor relacionado: vulnerabilidad personal ante una situación de crisis (p. ej., enfermedad aguda).

**Fatiga** Factores relacionados: proceso de enfermedad, nivel de hemoglobina bajo.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: pérdida del apetito, *náuseas* y *vómitos*.

**Temor** Factor relacionado: amenaza real o imaginaria del propio bienestar.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factor relacionado: pérdida anómala de líquidos (p. ej., emesis, *diarrea*).

#### *Úlceras*

**Diarrea** Factor relacionado: efectos de antiácidos que contengan magnesio

**Dolor agudo o crónico** Factores relacionados: lesiones debidas a un aumento de las secreciones gástricas.

**Estreñimiento** Factores relacionados: efectos de los antiácidos y los agentes anticolinérgicos.

#### *Dolor abdominal o síndrome de colon irritable*

**Ansiedad** Factores relacionados: necesidad de evacuar frecuentemente, *diarrea*, *dolor*, cronicidad de la enfermedad.

**Diarrea** Factores relacionados: cambios en la dieta, aumento de la motilidad intestinal, medicamentos (especificar), ingestión de alcohol, tabaco, *fatiga*, bebidas frías.

**Dolor agudo** Factores relacionados: lesión, estímulos nocivos (p. ej., frutas, alcohol).

**Dolor crónico** Factores relacionados: específicos para cada paciente.

**Estreñimiento** Factores relacionados: disminución de la actividad, disminución de la ingesta de líquidos, cambios en la dieta, medicamentos (especificar).

**Falta de sueño o insomnio** Factores relacionados: *dolor* y malestar, *ansiedad*, *diarrea*.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: pérdida del apetito, *náuseas*, vómitos, intolerancia a la comida, temor a una *diarrea* precipitada.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: pérdida anómala de líquidos (especificar), ingestión inadecuada de líquidos, pérdida anómala de sangre (especificar), consumo excesivo y continuo de alcohol.

## Trastornos neurológicos

Incluyen el accidente cerebrovascular (ACV) o ictus, la esclerosis múltiple, la esclerosis amiotrófica lateral, los tumores cerebrales, el síndrome de Guillain-Barré, la miastenia *gravis*, los trastornos convulsivos, la enfermedad de Alzheimer, el coma, el traumatismo craneal, la trombosis cerebral y el accidente isquémico transitorio, aunque no sólo se reducen a ellos. Diagnósticos psiquiátricos asociados: infecciones del SNC (p. ej., neurosífilis terciaria, encefalitis viral, enfermedad de Creutzfeldt-Jacob), lesión cerebral, enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson y meningitis.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP del accidente cerebrovascular (ACV):** aumento de la presión intracraneal, infección respiratoria, insuficiencia del tronco del encéfalo, arritmias cardíacas.

**CP del tumor cerebral:** aumento de la presión intracraneal, parálisis, hipertermia, cambios sensoriales.

**CP de otros trastornos neurológicos (p. ej., esclerosis múltiple):** neumonía, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal.

### Diagnósticos de enfermería

#### *Accidente cerebrovascular (ictus)*

**IMPORTANTE:** los diagnósticos de enfermería para los ACV variarán en función de la localización y la gravedad de la lesión. Los ACV pueden tener repercusiones desde leves hasta graves.

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: *ansiedad, fatiga*, debilidad, deterioro producido por inmovilidad, déficits neuromusculares.

**Aspiración, riesgo de** Factores de riesgo: nivel de conciencia disminuido, *deterioro de la deglución*, disminución de la tos y los reflejos nauseosos.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: trastorno neuromuscular, disminución de la fuerza y la resistencia, *intolerancia a la actividad*, disminución del grado de movilidad, debilidad provocada por enfermedad e inmovilidad.

**Caídas, riesgo de** Factores de riesgo: *trastorno de la movilidad física, alteraciones sensorceptivas*.

**Comunicación verbal, trastorno de la** Factores relacionados: afasia, disartria, incapacidad para expresarse, incapacidad para hablar con claridad.

**Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de** Factores relacionados: agravación de la enfermedad del paciente, duración requerida de los cuidados, descanso y esparcimiento insuficientes para el cuidador, tareas demasiado complejas y numerosas para el cuidador, cuidador anciano.

**Deglución, deterioro de la** Factores relacionados: parálisis muscular debida a una lesión de las neuronas motoras superiores, trastorno de la percepción o del nivel de conciencia.

**Desatención unilateral (especificar el lado)** Factores relacionados: *alteraciones sensorceptivas visuales* que conllevan una pérdida de la sensibilidad en el segmento corporal correspondiente.

**Desesperanza** Factores relacionados: estado físico defectuoso o en deterioro.

**Duelo disfuncional** Factores relacionados: pérdida de la función de lo real, enfermedad crónica, incapacidad para llevar a cabo los roles habituales.

**Estreñimiento** Factores relacionados: disminución de la actividad, medicamentos (especificar), músculos abdominales débiles.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: enfermedades crónicas, disminución de la función física, pérdida de control del cuerpo.

**Impotencia** Factores relacionados: régimen de tratamiento, enfermedad crónica.

**Incontinencia urinaria funcional** Factores relacionados: trastorno cognitivo, incapacidad para llegar al aseo debida a un *trastorno de la movilidad física*.

**Incontinencia urinaria total** Factores relacionados: pérdida del control de la vejiga o del esfínter, incapacidad para percibir la necesidad de miccionar debida a una disfunción neurológica.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: sensibilidad alterada, *trastorno de la movilidad*, incontinencia fecal o urinaria, mal estado nutricional.

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: *trastorno de la comunicación verbal, trastorno de la movilidad física*, timidez relacionada con las discapacidades.

**Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: obstáculos en el entorno familiar, sistemas de apoyo inadecuados, falta de familiaridad con los recursos comunitarios, déficit cognoscitivo o cognitivo, conocimiento insuficiente de la orientación de la realidad por parte del cuidador, cuidado de la piel, etc.

**Memoria, trastorno de** Factor relacionado: efectos residuales del ACV.

- Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: trastorno neuromuscular (p. ej., debilidad, parestesia, parálisis flácida, parálisis espástica) debido a una lesión de las neuronas motoras superiores, trastorno de la percepción, trastorno cognitivo.
- Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: dificultad para masticar, *deterioro de la deglución*, incapacidad para preparar comida debida a un déficit de movilidad.
- Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: hospitalización o cambio de entorno, distanciamiento de los familiares, enfermedad o discapacidad de algún familiar, cambio en los roles familiares.
- Sensoperceptivas (especificar): auditivas, gustativas, cinestésicas, olfatorias, táctiles, visuales, alteraciones** Factores relacionados: alteración de la recepción, la transmisión o la integración sensoriales debida a una hipoxia y a una compresión o desplazamiento del tejido cerebral.
- Síndrome de desuso, riesgo de** Factores de riesgo: nivel de conciencia alterado, parálisis.
- Síndrome de estrés por traslado** Factores relacionados: cambio del entorno o de la localización (p. ej., traslado a una unidad de larga estancia), *ansiedad*, depresión.
- Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: disminución de la energía, *fatiga*, disminución de la tos y los reflejos nauseosos, parálisis muscular.
- Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: disminución del acceso, la ingestión o absorción de líquidos provocada por la debilidad, trastorno de las funciones motoras (p. ej., deglución), trastorno de la cognición y de los niveles de conciencia.

#### Otros trastornos neurológicos

- Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: *dolor crónico o agudo*, debilidad y *fatiga*.
- Actividades recreativas, déficit de** Factor relacionado: inactividad forzada por hospitalización de larga duración.
- Afrontamiento individual ineficaz** Factor relacionado: vulnerabilidad personal en una situación de crisis (p. ej., nuevo diagnóstico de enfermedad, deterioro de la salud, enfermedad terminal).
- Ansiedad** Factores relacionados: cambio en el estado de salud, cambio o amenaza de cambio en el desempeño de actividades de la vida cotidiana, amenaza del autoconcepto, distanciamiento del sistema de apoyo.
- Aspiración, riesgo de** Factores de riesgo: *deterioro de la deglución*, colocación de una traqueotomía o de una sonda endotraqueal, reducción del nivel de conciencia, disminución de la tos y los reflejos nauseosos, sonda nasogástrica, dificultad para elevar la parte superior del cuerpo.
- Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: *dolor* (p. ej., dolor de cabeza, dolor articular), disminución de la fuerza y la resistencia, cambios somatosensoriales, déficit cognitivos, *fatiga*, parálisis.
- Comunicación verbal, trastorno de la** Factores relacionados: trastorno psicológico, afasia, incapacidad para expresarse, incapacidad para hablar con claridad, traqueotomía, debilidad muscular.
- Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de** Factores relacionados: necesidades complejas y prolongadas del paciente.
- Deglución, deterioro de la** Factores relacionados: trastorno de la función neuromuscular laríngea o faríngea, trastorno de la transmisión sensorial, la recepción o la integración debida a lesiones cerebrales.
- Desesperanza** Factores relacionados: estado físico defectuoso o en deterioro, sensación de imposibilidad para mejorar la situación.
- Disfunción sexual o alteración de los patrones de sexualidad** Factores relacionados: pérdida de la sensación perineal, *fatiga*, disminución de la libido, *baja autoestima crónica o situacional*, *trastorno de la movilidad física*.

**Dolor agudo o crónico** Factores relacionados: lesión neurológica, dolor de cabeza debido a un desplazamiento del tejido cerebral o a un incremento de la presión intracraneal.

**Duelo anticipado o disfuncional** Factores relacionados: pérdidas funcionales, cambios en el rol, pronóstico incierto, incapacidad para modificar el resultado del proceso de la enfermedad.

**Estreñimiento** Factores relacionados: disminución de la actividad, incapacidad para ingerir suficiente fibra.

**Fatiga** Factores relacionados: proceso de enfermedad, inmovilidad.

**Impotencia** Véase *desesperanza*.

**Incontinencia urinaria total** Factor relacionado: disfunción neurológica (véase *incontinencia urinaria funcional*).

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: inmovilización física, trastorno de la circulación.

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: barreras de comunicación, *baja autoestima crónica o situacional*, hospitalización prolongada, *trastorno de la movilidad física*, vergüenza.

**Lesión (p. ej., caídas), riesgo de** Factores de riesgo: disfunción sensorial (p. ej., pérdidas visuales), déficit cognitivo y psicomotor debido a una compresión o desplazamiento del tejido cerebral, debilidad muscular, marcha inestable.

**Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: *intolerancia a la actividad*, efectos de una enfermedad debilitante, obstáculos en el entorno familiar, sistema de apoyo insuficiente, organización o planificación familiar insuficientes, trastorno psicológico, falta de familiaridad con los recursos comunitarios.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: trastorno neuromuscular, disminución de la fuerza y la resistencia, dolor o malestar, tratamiento prescrito por un médico, rigidez muscular, temblores.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: dificultad al masticar debida a afectación del nervio craneal, *deterioro de la deglución*, trastorno psicológico, pérdida del apetito, *fatiga*.

**Patrón respiratorio ineficaz** Factores relacionados: parálisis neuromuscular o debilidad, disminución de la energía y *fatiga*.

**Procesos de pensamiento, alteración de los** Factores relacionados: trastorno orgánico crónico, presión en el tejido cerebral.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: cambio en los roles familiares, cambios cognitivos y emocionales de algún familiar, hospitalización o cambio de entorno, *trastorno de la comunicación verbal* debida a cambios en el SNC.

**Respiración espontánea, dificultad para mantener la** Factores relacionados: trastorno de la función neuromuscular, presión en el tronco del encéfalo.

**Retención urinaria** Factor relacionado: trastorno sensorial o motor.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factores relacionados: enfermedad crónica, efectos secundarios del tratamiento, cambios cerebrales.

**Síndrome de desuso, riesgo de** Factores de riesgo: parálisis, nivel de conciencia alterado.

**Temor** Factor relacionado: amenaza real del bienestar (véase *ansiedad*).

**Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: disminución de la energía y *fatiga*, debilidad neuromuscular.

**Violencia autodirigida o dirigida a otros, riesgo de** Factor de riesgo: trastorno mental orgánico.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: ingestión insuficiente de líquidos, vómitos debidos al incremento de la presión intracraneal.

## Trastornos urológicos

Incluyen la cistitis, la glomerulonefritis, la pielonefritis y la urolitiasis, aunque no sólo se reducen a ellas.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la cistitis:** infección renal, úlcera de vejiga.

**CP de la urolitiasis:** pielonefritis, insuficiencia renal.

**CP de la pielonefritis:** pielonefritis crónica, bacteriemia, insuficiencia renal.

### Diagnósticos de enfermería

**Diarrea** Factor relacionado: estimulación de los reflejos renales o intestinales.

**Dolor** Factores relacionados: inflamación de la vejiga o los tejidos renales, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor abdominal, distensión, trauma y espasmos en los músculos suaves, y edema en el tejido renal (en el caso de la urolitiasis).

**Hipertermia** Factores relacionados: proceso inflamatorio, aumento del índice metabólico.

**Incontinencia urinaria de urgencia** Factores relacionados: irritación de la vejiga, disuria, piuria, frecuencia.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: anorexia provocada por fiebre, náuseas, vómitos y dolor.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: fiebre, vómitos, *diarrea* debida a la estimulación de reflejos renales o intestinales.

## Traumatismo torácico

Incluye el hemotórax y el neumotórax, aunque no sólo se reduce a ellos.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP del traumatismo torácico:** tórax inestable, hemotórax, neumotórax, neumotórax a tensión y desviación mediastínica.

### Diagnósticos de enfermería

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: *dolor* o malestar, presencia de tubos endotraqueales y vías.

**Destete del respirador, respuesta disfuncional al** Factores relacionados: *ansiedad*, dependencia del respirador artificial superior a una semana, incapacidad para adaptarse a la reducción de los niveles de ventilación asistida con respirador, falta de control de problemas o demandas episódicas de energía.

**Dolor** Factor relacionado: herida torácica

**Falta de sueño o insomnio** Factores relacionados: dolor y malestar, régimen médico.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: *dolor* o malestar, presencia de tubos endotraqueales, vías i.v.

**Patrón respiratorio ineficaz** Factores relacionados: dolor agudo, ansiedad.

**Respiración espontánea, dificultad para mantener la** Factores relacionados: caja torácica o tejido tisular, tórax inestable.

**Temor** Factores relacionados: amenaza real o imaginaria del propio bienestar, lesión repentina, alcance desconocido de la prognosis o prognosis debida a una lesión.

## Vasculopatías

Incluyen la trombosis venosa profunda, la hipertensión, las úlceras de estasis, las varices, la enfermedad vascular periférica y la tromboflebitis, aunque no sólo se reducen a ellas.

**Complicaciones potenciales (problemas secundarios)**

**CP de las varices:** rotura vascular, hemorragia, úlceras por estasis venosa, celulitis.

**CP de la enfermedad vascular periférica:** trombosis arterial, accidente cardiovascular, hipertensión, úlceras isquémicas, celulitis.

**CP de la trombosis vascular profunda:** edema maleolar, úlceras por estasis, embolia pulmonar.

**Diagnósticos de enfermería**

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: *dolor*, cojera.

**Autoestima (crónica, situacional), baja** Factor relacionado: enfermedad crónica (véase *trastorno de la imagen corporal*).

**Dolor** Factores relacionados: isquemia tisular secundaria para disminuir la circulación periférica, hiperemia o hinchazón de las venas.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: enfermedad crónica, aspecto de las piernas.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: herida drenante, isquemia tisular secundaria a una alteración de la circulación, inmovilización física, edema maleolar, disminución de las sensaciones secundarias a la arteriosclerosis crónica.

**Lesión, riesgo de** Factores de riesgo: disfunción sensorial, *trastorno de la movilidad física*.

**Perfusión tisular periférica, alteración de la** Factores relacionados: deterioro de la circulación venosa y de la circulación arterial.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factor relacionado: *dolor crónico*.

**AFECCIONES QUIRÚRGICAS**

Cirugía abdominal  
 Cirugía de la columna vertebral  
 Cirugía de la oreja/otoplastia  
 Cirugía del cuello  
 Cirugía mamaria  
 Cirugía musculoesquelética  
 Cirugía oftalmológica  
 Cirugía rectal  
 Cirugía torácica  
 Cirugía urológica  
 Cirugía vascular  
 Craneotomía  
 Injerto de piel

**Cirugía abdominal**

Incluye apendicectomía, colecistectomía, colectomía, resección de colon, colostomía, gastrectomía, resección gástrica, gastroenterostomía, histerectomía abdominal con o sin salpingo-ooforectomía, ileostomía, laparotomía, lisis de adherencias, operación de Marshall-Marchetti-Krantz, cistectomía ovárica, salpingotomía, resección del intestino delgado, esplenectomía, vagotomía y reparación de la hernia de hiato; aunque no sólo se reduce a ellas.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la anestesia general:** neumonía estática, cambios cardiacos.

**CP de la cirugía:** dehiscencia, evisceración, formación de fístulas, hemorragia, ileo paralítico, infección de la incisión, peritonitis, sepsis, embolia pulmonar, insuficiencia renal, trauma quirúrgico (p. ej., uretral, vesicular o rectal), tromboflebitis, retención urinaria.

### Diagnósticos de enfermería

**Aislamiento social** Factores relacionados: vergüenza causada por el olor, la apariencia o el dispositivo (p. ej., bolsa de ostomía); reacción de los demás con respecto a la apariencia o a los olores.

**Ansiedad** Factores relacionados: procedimiento quirúrgico, procedimientos prequirúrgicos (p. ej., inserción de las vías, catéter de Foley, restricción de líquidos), procedimientos postquirúrgicos (p. ej., tos y respiración profunda, dieta absoluta).

**Aspiración, riesgo de** Factores de riesgo: disminución de la motilidad, depresión de los reflejos nauseosos y túsígeno secundaria a la anestesia o a analgésicos, presencia de tubo endotraqueal, incompetencia del esfínter esofágico inferior, tubos GI, aumento de la presión intragástrica, aumento del volumen gástrico residual, retraso en el vaciado gástrico, situaciones que impiden la elevación de la parte superior del cuerpo.

**Cuidador, riesgo de sobreesfuerzo en el rol de** Factores relacionados: gravedad de la enfermedad del cuidador, alta domiciliaria de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados, antecedentes de malas relaciones entre el cuidador y el receptor de los cuidados.

**Dolor** Factores relacionados: incisión, distensión abdominal, inmovilidad.

**Estreñimiento** Factores relacionados: disminución de la actividad física, aporte insuficiente de líquidos y fibras, cambios ambientales recientes, disminución de la peristalsis secundaria a analgésicos anestésicos y narcóticos.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: cirugía (p. ej., ostomía), crisis situacional, tratamiento de los efectos secundarios, factores culturales o espirituales.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: pérdida de fluidos corporales, alteración de la peristalsis, supresión de la respuesta inflamatoria, procedimientos invasivos y arrugas, incisión quirúrgica, catéter urinario.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: factores mecánicos, *trastorno de la movilidad física* secundario al dolor y vías o catéteres invasivos, excreciones y secreciones, estado nutricional deficiente, alteración de la sensibilidad.

**Integridad tisular (gastrointestinal), deterioro de la** Factores relacionados: interrupción del flujo sanguíneo arterial, problemas de intercambio, hipovolemia, hipovolemia.

**Lesión perioperatoria, riesgo de** Factores de riesgo: edad avanzada, desorientación, edema, emaciación, debilidad muscular, obesidad, alteraciones sensorceptivas debidas a la anestesia.

**Membrana mucosa oral, alteración de la** Factores relacionados: respiración bucal y estado de dieta absoluta secundario al tubo nasogástrico.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: pérdida de apetito, *náuseas* o vómitos, restricciones en la dieta, aumento de las necesidades de proteínas y vitaminas para la curación.

**Patrón respiratorio ineficaz** Factores relacionados: *dolor*, inmovilidad, estado de postanestesia.

**Patrones de sexualidad, alteración de los, o disfunción sexual** Factores relacionados: *dolor*, transiciones relacionadas con la salud, *trastorno de la imagen corporal*, alteración de la estructura o la función corporales, alteración en la relación con la pareja (p. ej., ostomía o histerec-tomía), impotencia fisiológica o lubricación vaginal inadecuada secundarias a la cirugía.

**Recuperación quirúrgica, retraso en la** Factores relacionados: infección, ileo, estado de salud preoperatorio deficiente, enfermedades crónicas, estado nutricional deficiente.

**Temor** Factores relacionados: estresantes ambientales u hospitalización, amenaza real o supuesta hacia el propio bienestar, resultados imprevisibles de los procedimientos quirúrgicos, anestesia general, resultado quirúrgico, *dolor*.

**Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Véase *patrón respiratorio ineficaz*.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: pérdida anormal de sangre, pérdida anormal de fluidos (p. ej., vómitos), fallo de los mecanismos reguladores.

### Cirugía de la columna vertebral

Incluye el implante de barras Harrington, la laminectomía, el implante de barras Luque y la fusión espinal, aunque no sólo se reduce a ellas.

#### Complicaciones potenciales (Problemas secundarios)

**CP de la laminectomía/fusión espinal:** desplazamiento del injerto óseo.

**CP de la cirugía espinal:** disfunción de la vejiga y el intestino, fístula cefalorraquídea, hematomas, hemorragia, infección, lesión en la raíz nerviosa, ileo paralítico, deterioro neurosensible, edema o lesión en la columna vertebral, escape del líquido cefalorraquídeo, dolor de cabeza.

#### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: *temor* a la zona quirúrgica, *dolor*, debilidad y *fatiga*, estilo de vida sedentario, inactividad impuesta.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: inmovilidad postoperatoria prescrita, *dolor*.

**Caídas, riesgo de** Factores de riesgo: disfunción sensorial, pérdida de equilibrio, debilidad muscular secundaria a la inactividad reciente, vértigo secundario a la hipotensión postural.

**Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de** Factores relacionados: nacimiento prematuro y defecto congénito, retraso en el desarrollo o retraso mental del receptor de los cuidados o del cuidador.

**Deterioro de la integridad cutánea** Factores relacionados: restricción prescrita de la actividad, disminución o interrupción del torrente sanguíneo secundario a edema, hematoma o hipovolemia.

**Disfunción neurovascular periférica** Factores relacionados: fracturas, compresión mecánica, traumatismo, inmovilización.

**Dolor agudo/crónico** Factores relacionados: reposo, calambres musculares, parestesia, procedimientos quirúrgicos (p. ej., zona de injerto), inflamación, edema localizado, espasmos musculares.

**Estreñimiento** Factores relacionados: disminución de la actividad, medicación (p. ej., opioides), incapacidad para adoptar la posición normal para defecar, cambio en la rutina diaria, pérdida temporal de la función del nervio parasimpático que inerva los intestinos.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: *dolor*, deterioro neuromuscular, rigidez del área fusionada.

**Nutrición: por exceso, alteración de la** Factores relacionados: aumento del apetito cuando el dolor remite, estilo de vida sedentario, disminución de la actividad.

**Retención urinaria** Factores relacionados: hinchazón de la zona quirúrgica, incapacidad para adoptar una posición normal para la micción.

### Cirugía de la oreja/otoplastia

Incluye la miringotomía, la reconstrucción y la estapedectomía, aunque no sólo se reduce a ellas.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la cirugía de la oreja:** parálisis facial, pérdida auditiva, infección.

### Diagnósticos de enfermería

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factor relacionado: *intolerancia a la actividad* secundaria a mareo y pérdida de equilibrio.

**Caídas, riesgo de** Factores de riesgo: vértigo, nistagmo.

**Comunicación verbal, trastorno de la** Factor relacionado: pérdida auditiva.

**Dolor** Factores relacionados: inflamación, traumatismo tisular, edema, presencia de paquete quirúrgico.

**Infección, riesgo de** Factores relacionados: exposición a las infecciones del sistema respiratorio superior, procedimientos invasivos.

**Sensoperceptiva (auditiva), alteración** Factores relacionados: déficit sensorial, sobrecarga sensorial, paquete quirúrgico, edema, molestia en las estructuras del oído medio.

**Traumatismo, riesgo de** Factor de riesgo: desplazamiento de la prótesis secundario al aumento de la presión en el oído medio.

### Cirugía del cuello

Incluye la endartectomía carotídea, la laringectomía, la paratiroidectomía, la disección radical de cuello, la tiroidectomía, la tonsilectomía y la traqueotomía, aunque no sólo se reduce a ellas.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la cirugía del cuello:** obstrucción de las vías aéreas, aspiración, infarto cerebral, daño de los nervios craneales (p. ej., facial, hipoglosal, glosofaríngeo, vago), formación de fistulas (p. ej., entre la hipofaringe y la piel), hemorragia, hipertensión, hipotensión, infección, deterioro del nervio local, tormenta tiroidea, estenosis traqueal, parálisis de las cuerdas vocales.

**CP de la disección radical de cuello:** rechazo del injerto.

**CP de la tiroidectomía/paratiroidectomía:** hipoparatiroidismo, que causa hipocalcemia y tetania.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: desequilibrio entre los aportes y la demanda de oxígeno, *ansiedad, dolor*, debilidad secundaria a la movilidad reducida, *fatiga* secundaria al índice metabólico acelerado (p. ej., tiroidectomía).

**Afrontamiento ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal en situaciones de crisis (especificar), dificultad para hablar, desfiguración, sistema de apoyo inadecuado (véase *imagen corporal, trastorno de la*).

**Aislamiento social** Factores relacionados: dificultad para comunicarse, vergüenza y preocupación por la reacción de los otros a la desfiguración, evitar a los demás.

**Ansiedad** Véase *temor*.

**Aspiración, riesgo de** Factores de riesgo: depresión de los reflejos nauseosos y tusígeno, presencia de tubo de traqueostomía o endotraqueal, *deterioro de la deglución*, dificultad para elevar la parte superior del cuerpo, extirpación de la epiglotis (en una laringectomía parcial), pérdida de los reflejos normales y exceso de secreciones secundario a la cirugía.

**Autoestima (crónica, situacional), baja** Véase *trastorno de la imagen corporal*.

**Caídas, riesgo de** Factores de riesgo: disfunción sensorial, disfunción integradora, insuficiencia vascular, alteración de la movilidad.

**Comunicación verbal, trastorno de la** Factores relacionados: *confusión aguda*, incapacidad para hablar, dificultad para hablar con claridad secundaria a *dolor* y edema, traqueostomía, laringectomía, voz débil y ronca secundaria a traumatismo del nervio laríngeo.

**Deglución, deterioro de la** Factores relacionados: irritación de la cavidad orofaríngea, obstrucción mecánica, edema, daño de los nervios craneales.

**Destete del respirador, respuesta disfuncional al** Factores relacionados: *limpieza ineficaz de las vías aéreas*, falta de motivación secundaria a malestar, *ansiedad* entre moderada y grave, *temor*, demandas o problemas episódicos incontrolados de energía.

**Dolor** Factores relacionados: procedimiento quirúrgico, edema, irritación por tubo de traqueostomía.

**Duelo anticipado/complicado** Factores relacionados: pérdida real de funciones, cambio en la apariencia, amenaza de muerte.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: cambios en la apariencia secundaria a la cirugía, depresión, tratamiento de los efectos secundarios.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental, pérdida de los sistemas de filtración normal en boca y nariz secundaria al uso de vías aéreas artificiales, inmunosupresión secundaria a la quimioterapia y enfermedades malignas.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: factores mecánicos, radiación, alteración del estado nutricional.

**Integridad tisular, deterioro de la** Factores relacionados: déficit nutricional, dispositivos que provocan irritación, factores mecánicos (p. ej., tubo de traqueostomía), radiación.

**Membrana mucosa oral, alteración de la** Factores relacionados: higiene oral inadecuada, tubos, cirugía en la cavidad oral, infección, radioterapia en cabeza y cuello.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: movilidad limitada de hombro y cabeza secundaria a la eliminación de músculos y nervios, reconstrucción de injertos.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: *dolor*, *deterioro de la deglución*, pérdida de apetito, *náuseas* y vómitos, pérdida del sentido del olfato, caquexia secundaria a las afecciones, índice metabólico acelerado (p. ej., por tiroidectomía).

**Patrón respiratorio ineficaz** Factores relacionados: *ansiedad*, disminución de energía, decanulación accidental.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factores relacionados: cirugía, tratamiento de los efectos secundarios, *trastorno de la movilidad física*.

**Temor** Factores relacionados: amenaza real o imaginaria al propio bienestar (p. ej., miedo al sofoco), falta de confianza en el entorno y las rutinas pre- y postoperatorias.

**Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: disminución de energía, edema, *dolor*, obstrucción traqueobronquial, aumento de las secreciones traqueobronquiales, edema de glotis, compresión traqueal secundaria a la hemorragia, presencia de tubo de traqueostomía.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: pérdida de fluidos a través de rutas anormales, estado hipermetabólico, disminución de la ingestión secundaria al *dolor* y *deterioro de la deglución*.

## Cirugía mamaria

Incluye el aumento de pecho, la mastectomía, la reconstrucción, la lumpectomía y la biopsia, aunque no sólo se reduce a ellas.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la cirugía mamaria:** celulitis, lipidemia, hematoma, seroma.

### Diagnósticos de enfermería

**Afrontamiento ineficaz** Factores relacionados: cambios en la apariencia, preocupación sobre la reacción de los demás, pérdida de funciones, diagnóstico de cáncer.

**Ansiedad** Factores relacionados: amenaza al autoconcepto, amenaza de cambio de estado de salud, de patrones de interacción con otros importantes, crisis de maduración o situacionales.

**Autocuidado: vestido/acicalamiento, déficit del** Factores relacionados: *dolor* y malestar, deterioro neuromuscular.

**Dolor** Factores relacionados: procedimiento quirúrgico, parestesia.

**Duelo anticipado/disfuncional** Factores relacionados: pérdida de una parte o función corporal, cambios en la apariencia.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: cirugía, tratamiento de los efectos secundarios, factores culturales o espirituales que conciernen a los cambios en el pecho y la sexualidad.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: disminución del movimiento de hombro o brazo secundario a la lipidemia, daños nerviosos o musculares, *dolor*.

**Patrones de sexualidad, alteración de los** Factores relacionados: *dolor*, alteración de la estructura o la función corporales, enfermedad, tratamiento médico, *trastorno de la imagen corporal, baja autoestima (crónica, situacional)*, otras reacciones importantes.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: terapias complejas (p. ej., radiación, quimioterapia), hospitalización o cambio de ambiente, reacciones de los demás ante la desfiguración.

**Temor** Factores relacionados: proceso o pronóstico de enfermedad (p. ej., cáncer), *impotencia*.

## Cirugía musculoesquelética

Incluye amputación, artrotomía, bunionectomía, escayolas, anclaje de cadera, prótesis de cadera, reducción abierta o fijación interna de las fracturas, reparación de hombro, reemplazo total del codo, reemplazo total de la rodilla y tracción, aunque no sólo se reduce a ellas.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la amputación:** edema de muñón.

**CP de las fracturas:** émbolo de grasa, no unión del hueso, distrofia simpático-refleja.

**CP de las fracturas y las escayolas:** síndrome compartimental.

**CP de las fracturas y la cirugía musculoesquelética:** trombosis venosa profunda, deterioro nervioso.

**CP de la cirugía del reemplazo de la articulación:** dislocación de la articulación o desplazamiento de la prótesis.

**CP de la cirugía musculoesquelética:** contracturas por flexión, hematoma, hemorragia, infección, embolia pulmonar, sepsis, fracturas por estrés, hernia sinovial.

**CP del reemplazo total de cadera:** necrosis de la cabeza femoral.

**CP de la anestesia local:** hipotensión, retención urinaria.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: *dolor*, debilidad, *deprivación del sueño*.

**Actividades recreativas, déficit de** Factores relacionados: encamado prolongado, ingreso.

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: *dolor*, *déficit del autocuidado*, naturaleza debilitante de la enfermedad y a largo plazo.

**Ansiedad** Factores relacionados: falta de conocimiento de cirugía y rutinas postoperatorias (p. ej., terapia física, caminar con muletas), amenaza al autoconcepto, amenaza de cambio o cambio en la representación del rol.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: *dolor*, *intolerancia a la actividad*, *trastorno de la movilidad física*, disminución de la fuerza y la resistencia.

**Caídas, riesgo de** Factores de riesgo: desconocimiento de los dispositivos de asistencia (p. ej., muletas), debilidad secundaria a la cirugía e inmovilidad.

**Confusión aguda** Factores relacionados: hipoxemia, medicación (p. ej., analgésicos opioides), infección, obstrucción.

**Disfunción neurovascular periférica, riesgo de** Factores relacionados: fracturas, compresión mecánica, cirugía ortopédica, traumatismo, inmovilización, aparatos de escayola y tracción.

**Dolor** Factores relacionados: calambres musculares, parestesia, inflamación, procedimiento quirúrgico, destrucción articular, dolor de miembro fantasma.

**Duelo anticipado/complicado** Factores relacionados: pérdida de un miembro, cambios en el estilo de vida, pérdida de capacidad para representar los roles habituales.

**Estreñimiento** Factores relacionados: disminución de la actividad, cambios en la dieta, medicación (p. ej., opioides, anestésicos).

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: cirugía (p. ej., pérdida de un miembro), pérdida de habilidades funcionales (p. ej., necesidad de uso de silla de ruedas), miedo a la respuesta de los otros con respecto a la apariencia.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: defensas primarias inadecuadas secundarias a la exposición de la articulación, piel rota.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: factores mecánicos, inmovilización física prescrita, *trastorno de la movilidad física*, deterioro de la circulación, alteración de la sensibilidad, escayola y otros dispositivos, edema (p. ej., de muñón).

**Lesión (contracturas), riesgo de** Factores de riesgo: inmovilidad secundaria al *dolor*, debilidad.

**Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: barreras (p. ej., escaleras) y obstáculos (p. ej., alfombras), intolerancia a la actividad.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: *dolor*, agarrotamiento, disminución de la fuerza.

**Perfusión tisular (periférica), alteración de la** Factores relacionados: reducción del torrente sanguíneo venoso o arterial, traumatismo en vasos sanguíneos, edema, dislocación de la prótesis.

**Régimen terapéutico, manejo ineficaz del** Factores relacionados: falta de conocimiento del proceso de la enfermedad, tratamiento quirúrgico, autocuidado, régimen de rehabilitación complejo, alteraciones en el estilo de vida, energía insuficiente para realizar ejercicios.

**Síndrome de desuso, riesgo de** Factor de riesgo: inmovilización prescrita.

**Sueño, privación del/insomnio** Factores relacionados: *dolor* y malestar, entorno desconocido, régimen médico inducido, incapacidad para adoptar la posición habitual para dormir.

## Cirugía oftalmológica

Incluye la blefaroplastia, la eliminación de cataratas, la criocirugía para el desprendimiento de retina, la iridectomía, la iridotomía y el implante ocular, aunque no sólo se reduce a ellas.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la cirugía oftalmológica:** hemorragias, endoftalmo, hifema (p. ej., sangre en la cámara anterior del ojo), aumento de la presión intraocular, infección, dislocación del implante ocular, edema macular, desprendimiento de retina, glaucoma secundario.

### Diagnósticos de enfermería

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: parches oculares, deterioro de la visión.

**Caídas, riesgo de** Factores de riesgo: deambulación peligrosa secundaria a la visión limitada, parche ocular, entorno desconocido.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factor relacionado: cambio en la apariencia (enucleación).

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: tratamiento y posición médicamente prescrita, deterioro de la visión.

**Sensoperceptiva (visual), alteración** Factor relacionado: déficit sensorial secundario a los parches oculares o deterioro de la visión.

**Temor** Factor relacionado: amenaza real o imaginaria al propio bienestar (p. ej., pérdida permanente de visión).

### Cirugía rectal

Incluye la fisurectomía, la hemorroidectomía, la cistectomía pilonidal y la polipectomía, aunque no sólo se reduce a ellas.

#### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la cirugía rectal:** hemorragia, infección, formación de estenosis.

#### Diagnósticos de enfermería

**Dolor** Factores relacionados: procedimiento quirúrgico, conducto excretor.

**Estreñimiento** Factores relacionados: cambios en la dieta, disminución de la motilidad secundaria a la medicación y a la inactividad, *temor* a la defecación dolorosa.

**Incontinencia fecal** Factor relacionado: pérdida de la integridad del esfínter.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: pérdida de la línea primaria de defensa secundaria a la cirugía, contaminación fecal.

### Cirugía torácica

Incluye la biopsia, el *bypass* cardiopulmonar, el *bypass* de la arteria coronaria, la lobectomía y la toracotomía, aunque no sólo se reduce a ellos.

#### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP del *bypass* de la arteria coronaria con injerto:** insuficiencia cardiovascular, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal.

**CP de la toracotomía:** atelectasia, disritmia cardíaca, hemorragia, neumonía, neumotórax, hemotórax, cambio mediastínico, edema pulmonar, embolia pulmonar, enfisema subcutáneo, tromboflebitis.

**CP de la cirugía torácica:** infarto de miocardio.

#### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno, *dolor agudo*, debilidad y *fatiga*, analgésicos narcóticos, pérdida de ventilación alveolar.

**Afrontamiento ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal, crisis situacional (especificar), incapacidad para desempeñar roles habituales, pérdida de funciones corporales (p. ej., respiratoria), dependencia temporal, necesidad de cambio en el estilo de vida.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: *dolor* y malestar, *intolerancia a la actividad* secundaria a la oxigenación inadecuada, *trastorno de la movilidad física* (brazos, hombros).

**Autoestima (crónica, situacional), baja** Factores relacionados: cambios en el estilo de vida, significado simbólico del corazón, incapacidad para representar roles habituales.

**Comunicación verbal, trastorno de la** Factores relacionados: intubación.

**Destete del respirador, respuesta disfuncional al** Factores relacionados: *dolor* incontrolable y malestar, *ansiedad* entre moderada y severa, *temor*, historia de dependencia ventilatoria superior a una semana.

800 Manual de diagnósticos de enfermería

**Dolor** Factores relacionados: incisiones quirúrgicas, tubos torácicos, inmovilidad.

**Gasto cardíaco, disminución del** Factores relacionados: disfunción de los sistemas de conducción eléctrica, isquemia ventricular, daño ventricular, disminución del volumen circulatorio, aumento de la resistencia vascular sistémica.

**Incumplimiento del tratamiento** Factores relacionados: negación de la enfermedad, percepción negativa del régimen de tratamiento, dificultad para dejar de fumar.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: acumulación de fluidos en la cavidad torácica.

**Intercambio gaseoso, deterioro del** Factores relacionados: disminución del tejido pulmonar funcional secundario a la neumonía o resección pulmonar, síndrome de dificultad respiratoria, desequilibrio ventilación-perfusión.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: movimiento limitado del brazo u hombro secundario a la disección muscular y las restricciones de posición prescritas, *dolor*.

**Patrón respiratorio ineficaz** Factores relacionados: tos ineficaz secundaria a la disminución de energía y *fatiga*, *dolor agudo*, aumento de la secreciones traqueobronquiales.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: miedo a la muerte o discapacidad, perturbación de los procesos familiares, estrés medioambiental (p. ej., unidad de cuidados intensivos, hospital).

**Rol, alteración en el desempeño del** Factores relacionados: cirugía, tratamiento de los efectos secundarios, rol dependiente durante la recuperación, futuro incierto.

**Sueño, privación del/insomnio** Factores relacionados: *dolor* y malestar, ambientes desconocidos, tratamientos médicos prescritos (p. ej., nebulizador).

**Temor** Factores relacionados: estresantes ambientales u hospitalización, amenaza al autoconcepto, *temor* a las complicaciones tras abandonar la unidad de cuidados intensivos.

## Cirugía urológica

Incluye reparación del cistocelo, reparación del rectocelo, eliminación del tumor intestinal, cistoscopia, nefrectomía, implante de pene, nefrostomía percutánea, linfadenectomía retroperitoneal, prostatectomía, resección transuretral de la próstata, ureterolitotomía, urostomía y vasectomía, aunque no sólo se reduce a ellos.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la resección de próstata/prostatectomía:** eyaculación retrógrada.

**CP de la cirugía urológica:** constricción del cuello de la vejiga (intraoperatorio), epididimitis, hemorragia, íleo paralítico, estenosis uretral, infección del tracto urinario.

**CP de la urostomía/nefrostomía:** necrosis estomacal, estenosis, obstrucción.

### Diagnósticos de enfermería

**Aislamiento social** Factores relacionados: preocupación sobre la reacción de los otros a la ostomía, preocupación por el olor y las pérdidas de los dispositivos.

**Ansiedad** Factores relacionados: amenaza al autoconcepto, cambio en el estado de salud, cambio en la apariencia o función corporal, amenaza de cambio o cambio en el desempeño del rol, amenaza de cambio o cambio en los patrones de interacción.

**Disfunción sexual** Factores relacionados: efectos secundarios de la cirugía, dolor, alteración de la estructura o las funciones corporales, trastorno de la imagen corporal, reacción de la pareja a la ostomía, disfunción eréctil (varones), lubricación vaginal inadecuada (mujeres).

**Dolor** Factores relacionados: calambres musculares, procedimiento quirúrgico, expectoración y respiración profunda (p. ej., cirugía renal), espasmos de vejiga, dolor de espalda y pierna, coágulos en los dispositivos de drenaje (p. ej., de la resección transuretral).

**Duelo anticipado/disfuncional** Factor relacionado: pérdida potencial de partes o funciones corporales.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: cirugía, depresión, tratamiento de los efectos secundarios (p. ej., impotencia), aparición de ostomía (p. ej., urostomía).

**Incontinencia urinaria de esfuerzo** Factores relacionados: incompetencia del tracto de salida de la vejiga, sobredistensión entre micciones, debilidad de los músculos pélvicos y los apoyos estructurales.

**Incontinencia urinaria de urgencia** Factores relacionados: disminución de la capacidad de la vejiga, cirugía, irritación de los receptores elásticos de la vejiga que causa espasmos, sobredistensión de la vejiga.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: detención de los fluidos corporales, cambio en el pH de las secreciones, respuesta inflamatoria suprimida, destrucción de tejido y aumento de la exposición ambiental, procedimientos invasivos y arrugas (p. ej., catéteres, irrigación, drenaje suprapúbico).

**Movilidad física, trastorno de la** Factor relacionado: *dolor*.

**Retención urinaria** Factores relacionados: inhibición del arco reflejo, bloqueo secundario a edema o inflamación.

## Cirugía vascular

Incluye la resección de aneurisma aórtico, el injerto de *bypass* aortoiliaco, la embolectomía, el injerto de *bypass* femoral, la derivación portocava, la simpatectomía y la ligadura de venas aunque no sólo se reduce a ellos.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la resección de aneurisma aórtico:** fallo renal, infarto de miocardio, hemorragia, embolia, isquemia de la médula espinal, insuficiencia cardíaca congestiva, ruptura de la línea de sutura.

**CP de la cirugía vascular:** disritmias cardíacas, síndrome compartimental, fallo de la anastomosis, infección, linfocele, oclusión del injerto.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: *ansiedad, dolor*, debilidad secundaria a la inactividad, desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno.

**Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de** Factores relacionados: enfermedad grave del receptor de los cuidados, curso de la enfermedad imprevisible o inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados, complejidad y cantidad de tareas del cuidador.

**Disfunción neurovascular periférica, riesgo de** Factores de riesgo: inmovilización, obstrucción vascular.

**Disfunción sexual** Factores relacionados: impotencia y eyaculación retrógrada secundaria a la resección del aneurisma aórtico.

**Dolor agudo/crónico** Factores relacionados: procedimiento quirúrgico, aumento de la perfusión del tejido para el tejido isquémico anterior, isquemia nerviosa periférica, parestias.

**Duelo anticipado/disfuncional** Factor relacionado: pérdida potencial de función o parte del cuerpo.

**Integridad tisular, deterioro de la** Factores relacionados: perfusión de tejidos periféricos crónicamente comprometidos, disminución de la actividad postoperatoria, procedimientos quirúrgicos múltiples.

**Lesión, riesgo de** Factores de riesgo: hipoxia del tejido, anormalidad del perfil sanguíneo, *trastorno de la movilidad*.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: dolor, lesión nerviosa secundaria a la isquemia.

**Perfusión tisular (especificar), alteración de la** Factores relacionados: interrupción del torrente sanguíneo venoso, problemas de intercambio, oclusión del injerto, edema, síndrome compartimental, anticoagulación inadecuada, enfermedad arterial progresiva.

**Temor** Factor relacionado: amenaza real o imaginaria hacia el propio bienestar (p. ej., cirugía, fallo del injerto, pérdida de un miembro, muerte).

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: pérdida de líquidos a través de rutas anormales, medicación, tercer espacio, hematoma, diuresis secundaria al medio de contraste dado por la angiografía.

**Volumen de líquidos, exceso de** Factor relacionado: disminución de la producción urinaria secundaria al fallo cardíaco.

### Craneotomía

Incluye la extirpación del neuroma acústico, el recorte del aneurisma cerebral, la hemorragia cerebral y el traumatismo cerebral, aunque no sólo se reduce a ellos.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la craneotomía:** arritmias cardíacas, disfunción cerebral o cerebelar, pérdida de líquido cefalorraquídeo, deterioro de los nervios craneales, desequilibrio de fluidos y electrolitos, sangrado GI, hemorragias, hematomas, hidrocefalia, higroma, hipertermia/hipotermia, hipoxemia, meningitis o encefalitis, apoplejías, defectos neurológicos residuales.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: debilidad y *fatiga*, *dolor*, *deprivación del sueño*, disminución del nivel de conciencia.

**Alteración de la perfusión tisular (cerebral)** Factores relacionados: interrupción del flujo sanguíneo arterial, aumento de la presión intracraneal.

**Alteración de los procesos de pensamiento** Factores relacionados: aumento de la presión intracraneal, *deprivación del sueño*, pérdida del tejido cerebral secundaria al edema cerebral, hipoxia o resección quirúrgica.

**Alteración sensorioceptiva (especificar)** Factores relacionados: alteración de la recepción, transmisión o integración sensorial; déficit sensorial; sobrecarga sensorial.

**Aspiración, riesgo de** Factor de riesgo: disfunción de los nervios craneales.

**Comunicación verbal, trastorno de la** Factores relacionados: afasia, disartria, *confusión aguda*, intubación.

**Confusión aguda/crónica** Factores relacionados: véase *procesos de pensamiento*, *alteración de los*.

**Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de** Factores relacionados: gravedad de la enfermedad del paciente, alta domiciliaria de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados, curso de la enfermedad imprevisible, problemas fisiológicos o cognitivos del receptor de los cuidados.

**Déficit del autocuidado (especificar)** Factores relacionados: *intolerancia a la actividad*, deterioro neuromuscular, alteración del nivel de conciencia, *alteración sensorioceptiva*, *dolor*, debilidad.

**Deterioro de la deglución** Factores relacionados: disfunción de los nervios craneales; alteración de la recepción, transmisión o integración sensorial; deterioro neuromuscular.

**Dolor** Factores relacionados: procedimiento quirúrgico, parestesia.

**Entorno, síndrome de interpretación alterada del** Factores relacionados: véase *procesos de pensamiento*, *alteración de los*.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: cirugía, tratamiento de los efectos secundarios (p. ej., dificultad al hablar, apariencia).

**Incontinencia fecal** Factor relacionado: disminución del nivel de conciencia.

**Incontinencia urinaria funcional** Factores relacionados: deterioro cognitivo, desorientación, *trastorno de la movilidad física*.

**Incontinencia urinaria total** Factores relacionados: neuropatías que impiden la transmisión del reflejo indicador de repleción vesical, disfunción neurológica que desencadena la mic-

ción en momentos imprevisibles, contracción independiente del reflejo detrusor debido a la cirugía.

**Lesión (contracturas), riesgo de** Factores de riesgo: disfunción sensorial, *trastorno de la movilidad física*.

**Manejo ineficaz del régimen terapéutico** Factores relacionados: *confusión aguda o crónica, trastorno de memoria* y juicio secundario a los efectos residuales del tejido cerebral; pérdida de apoyo social.

**Memoria, trastorno de** Factores relacionados: hipoxia o pérdida del tejido cerebral secundaria a la enfermedad o a la cirugía.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: deterioro neuromuscular, deterioro perceptual o cognitivo, depresión, *ansiedad* aguda.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factor relacionado: incapacidad para ingerir alimentos secundaria a la disminución del nivel de conciencia.

**Patrón respiratorio ineficaz** Factores relacionados: depresión del sistema respiratorio central, parálisis neuromuscular o debilidad, disfunción de los nervios craneales, obstrucción de las vías aéreas secundaria al edema de cuello.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factores relacionados: cirugía, deterioro psicológico, tratamiento de los efectos secundarios, alteración visual y en el habla, apoplejías, pérdida de memoria.

**Síndrome de desuso, riesgo de** Factores de riesgo: parálisis, inmovilización prescrita o mecánica, disminución del nivel de conciencia.

**Temor** Factores relacionados: estresantes ambientales u hospitalización, *impotencia*, amenaza al autoconcepto, gravedad de la intervención quirúrgica, posibilidad de muerte.

**Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: secreciones traqueobronquiales, aumento de la presión intracraneal.

**Volumen de líquidos, exceso de** Factor relacionado: disminución de la producción de orina secundaria a la disfunción renal.

## Injerto de piel

Incluye la escisión de la lesión con colgajo, la escisión de la lesión con injerto de espesor total, la escisión de la lesión con injerto de espesor parcial y la escisión de la lesión con injerto sintético, aunque no sólo se reduce a ellas.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP del injerto de piel:** edema, necrosis del colgajo, hematoma, infección.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividades recreativas, déficit de** Factores relacionados: encamado prolongado, posicionamiento prescrito.

**Disfunción neurovascular periférica, riesgo de** Factores de riesgo: inmovilización, quemaduras, edema.

**Dolor** Factores relacionados: procedimiento quirúrgico, parestesia.

**Estreñimiento** Factor relacionado: disminución de la actividad secundaria al posicionamiento prescrito.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factor relacionado: resultado de la cirugía reconstructiva diferente al esperado por el paciente.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: *dolor* y malestar, posición prescrita.

**Perfusión tisular (especificar), alteración de la** Factores relacionados: torrente sanguíneo restringido secundario al edema, coágulo de sangre o tensión en el injerto.

**Temor** Factores relacionados: amenaza real o imaginaria al propio bienestar, temor al fracaso del injerto, temor de la reacción de los otros a la apariencia.

## ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

Abuso de sustancias  
Depresión grave  
Fobias  
Manía  
Paciente agresivo  
Paciente abstinentes  
Paranoias  
Psicosis  
Suicidio  
Trastorno límite de la personalidad  
Trastornos alimentarios

### Abuso de sustancias

Diagnóstico psiquiátrico que incluye intoxicación por drogas o alcohol, abstinencia y dependencia.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP del alcoholismo:** *delirium tremens*.

**CP del abuso de sustancias:** alucinaciones, hipertensión, sepsis, sobredosis tóxica.

**CP del abuso de sustancias o la abstinencia:** convulsiones.

### Diagnósticos de enfermería

**Afrontamiento familiar, ineficaz: comprometido/incapacitante** Factores relacionados: desorganización familiar temporal y cambios en el rol, expectativas y demandas poco realistas, falta de habilidades en la toma de decisiones, información o comprensión inadecuada de algún miembro de la familia, indiferencia arbitraria hacia las necesidades del paciente, sentimientos crónicos inexpresados (especificar culpabilidad, ansiedad, hostilidad, desesperación y así sucesivamente), estilos de afrontamiento conflictivos, establecer límites sin consistencia, relaciones familiares muy ambivalentes, violencia.

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal en crisis circunstanciales o de maduración (especificar), ira, negación, dependencia, incapacidad para controlar los estresantes.

**Aislamiento social** Factores relacionados: respuesta de los otros a los comportamientos impulsivos, evasión de comportamientos e ira, pérdida de empleo, diferencia percibida en los otros.

**Ansiedad** Factores relacionados: cambios en el estado de salud, cambio en el desempeño del rol, crisis circunstancial, necesidades insatisfechas, *trastorno de memoria*, pérdida de control, temor a la abstinencia, implicaciones legales.

**Autoestima crónica, baja** Factores relacionados: expectativas insatisfechas repetidas, culpabilidad, abstinencia fallida, ambivalencia.

**Diarrea** Factores relacionados: ingesta excesiva de alcohol y drogas, abstinencia.

**Disfunción sexual/patrones de sexualidad, alteración de los** Factores relacionados: *baja autoestima crónica o situacional*, impotencia, pérdida de apetito sexual secundaria al abuso de sustancias, daño neurológico, debilitación por consumo de drogas, vergüenza por cambios en la apariencia (p. ej., atrofia testicular, angioma aracniforme).

**Impotencia** Factores relacionados: patrón de impotencia, intentos fallidos de abstinencia, cambios en la vida social y personal.

**Incumplimiento del tratamiento** Factores relacionados: negación de la enfermedad, percepción negativa del régimen de tratamiento, incapacidad para pedir o aceptar ayuda, falta de apoyo social, incapacidad para enfrentarse a los estresantes sin alcohol o drogas.

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: dependencia química (especificar), incapacidad para centrarse en los demás, inmadurez emocional, agresividad, *ansiedad*.

**Lesión, riesgo de** Factores de riesgo: orientación; factores afectivos; deterioro del juicio; *confusión aguda/crónica*; delirio; intoxicación por sustancias.

**Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: organización o planteamiento familiar insuficiente, deterioro psicológico (p. ej., abuso de sustancias), disminución de la motivación, *alteración de los procesos del pensamiento*, depresión, *ansiedad grave*.

**Memoria, trastorno de** Factor relacionado: daño cerebral de origen orgánico.

**Moral, sufrimiento** Factor relacionado: creencia de que lo correcto es dejar de beber (p. ej., reconocer las consecuencias en la familia), pero no sentirse (o estar) capacitado para hacerlo.

**Negación ineficaz** Factores relacionados: sensación de vulnerabilidad, ambivalencia sobre la abstinencia, incapacidad para enfrentarse al alcohol o a las drogas, *ansiedad, temor*.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: dependencia química (especificar), anorexia, hipermetabolismo secundario a estimulantes, falta de dinero para adquirir alimentos.

**Nutrición: por exceso, alteración de la** Factor relacionado: aumento del apetito secundario al consumo de drogas (p. ej., marihuana).

**Parental, alteración** Factores relacionados: relación disfuncional entre padres, cambio en el estado conyugal, deterioro psicológico (abuso de sustancias) (véase *afrontamientos familiares y procesos familiares*).

**Patrón de sueño, alteración del** Factores relacionados: dependencia química (especificar, p. ej., estimulantes), pesadillas, dificultad para dormir por la noche secundaria a dormir durante el día.

**Procesos familiares: alcoholismo, alteración de los** Factor relacionado: abuso de alcohol por parte de algún miembro de la familia.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factor relacionado: deterioro psicológico (p. ej., abuso de sustancias).

**Sensoperceptivas (visuales, auditivas, cinestésicas, táctiles), alteraciones** Factores relacionados: intoxicación por alcohol, intoxicación por sustancias (especificar).

**Síndrome postraumático** Factores relacionados: abuso, accidentes, acoso, desastre, epidemia, incesto, secuestro, tortura, terrorismo, participación en combate.

**Toma de decisiones (especificar), conflicto en la** Factor relacionado: dependencia química.

**Violencia autodirigida o dirigida a otros, riesgo de** Factores de riesgo: intoxicación por sustancias (especificar), abstinencia de sustancias (especificar), desorientación, deterioro del juicio, alteración de las percepciones, bajo control de los impulsos.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: consumo excesivo y continuo de alcohol, vómitos, *diarrea*.

## Depresión grave

Incluye los siguientes diagnósticos psiquiátricos: trastorno bipolar (depresivo) y depresión grave; aunque no sólo se reduce a ellos.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: debilidad y *fatiga*, depresión, nutrición inadecuada.

**Afrontamiento familiar, ineficaz: incapacitante** Factores relacionados: conflicto de rol, discordia conyugal secundaria a la depresión a largo plazo (véase *procesos familiares, alteración de los*).

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal en crisis circunstanciales o de maduración, culpabilidad, *baja autoestima*, sensación de rechazo, conflictos inconscientes.

**Aislamiento social** Factores relacionados: respuesta de los otros al modo depresivo, *alteración de los procesos del pensamiento*, falta de habilidades sociales, sensación de falta de mérito.

**Ansiedad** Factores relacionados: conflictos psicológicos, necesidades insatisfechas, conflicto de valores/objetivos inconscientes, cambio en el desempeño del rol, cambio en los patrones de interacción, amenaza al autoconcepto.

**Autocuidado (especificar), déficit del** Factores relacionados: depresión, falta de energía.

**Autoestima crónica, baja** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), expectativas insatisfechas repetidas, errores pasados, sensación de inutilidad.

**Desesperanza** Factores relacionados: estrés a largo plazo, falta de apoyo social, abandono por parte de los otros.

**Duelo disfuncional** Factores relacionados: pérdida real (especificar), pérdida anticipada (especificar), pérdida percibida (especificar), duelo no resuelto secundario a una *negación ineficaz*, sensación de represión.

**Estreñimiento** Factores relacionados: disminución de la actividad, falta de ejercicio, ingesta inadecuada de fibra y líquidos, medicación (especificar).

**Impotencia** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), creencias negativas en las propias habilidades, errores pasados, falta de energía, sensación de inutilidad.

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), fallo para iniciar interacciones secundario a la disminución de energía o inercia, trastorno del autoconcepto, falta de habilidades sociales, sensación de inutilidad.

**Lesión, riesgo de** Factores de riesgo: orientación; drogas (p. ej., alcohol, cafeína, nicotina), factores cognitivos, afectivos y psicomotores, terapia electroconvulsiva y efectos de la anestesia en los sistemas cardiovascular y respiratorio, medicación de los efectos secundarios como la sedación o la visión borrosa.

**Mantenimiento de la salud, alteración en el** Factores relacionados: falta de habilidad para emitir juicios deliberados y completos, alteración significativa de las destrezas comunicativas, falta de energía, sensación de inutilidad.

**Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), incapacidad para concentrarse, alteración en la toma de decisiones, falta de energía.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), pérdida de apetito, sensación de inutilidad, estrés emocional o *ansiedad*.

**Patrón de sueño, alteración del** Factores relacionados: *ansiedad*, deterioro psicológico (p. ej., depresión), disminución de la serotonina, inactividad diurna, siesta, dificultad para quedarse dormido de noche, hipersomnia, despertar temprano.

**Patrones de sexualidad, alteración de los** Factores relacionados: *baja autoestima crónica o situacional*, falta de energía, pérdida de interés, falta de apetito sexual.

**Procesos de pensamiento, alteración de los** Factores relacionados: trastorno mental (especificar), sobregeneralización, pensamiento negativo, pensamiento dicotómico.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia, cambio de rol o responsabilidades, desorganización familiar, *trastorno de la comunicación verbal*, dificultad para aceptar o recibir ayuda.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), falta de energía, *impotencia*, desesperanza.

**Violencia autodirigida, riesgo de** Factores de riesgo: idea o intento de suicidio secundario a la sensación de inutilidad y *desesperanza*, soledad.

## Fobias

Incluyen los siguientes diagnósticos psiquiátricos asociados: agorafobia, fobia simple y fobia social, aunque no sólo se reducen a ellos.

## Diagnósticos de enfermería

**Actividades recreativas, déficit de** Factores relacionados: deterioro en la percepción de la realidad, temor a la pérdida de control si se encuentran objetos o situaciones temidos.

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factor relacionado: vulnerabilidad personal en crisis circunstanciales o de maduración (especificar).

**Aislamiento social** Factores relacionados: deterioro psicológico (p. ej., trastorno fóbico), reacciones de los otros a los comportamientos irracionales.

**Ansiedad** Factores relacionados: amenaza o cambio en el desempeño del rol, cambio en el entorno, amenaza al autoconcepto, amenaza o cambio en los patrones de interacción, necesidades insatisfechas.

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: deterioro psicológico (p. ej., trastorno fóbico), *temor* al encuentro de objetos o situaciones temidos, *temor* a la pérdida de control.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factores relacionados: deterioro psicológico (p. ej., trastorno fóbico), incapacidad para desempeñar comportamientos del rol secundaria a temores irracionales.

**Temor** Factores relacionados: amenaza real o imaginaria hacia el propio bienestar, respuesta aprendida irracional a objetos o situaciones.

## Manía

Incluye los siguientes diagnósticos psiquiátricos asociados: trastorno bipolar (maniaco, mixto), esquizofrenia (tipo indiferenciada, tipo catatónica), trastorno esquizoafectivo y trastornos por uso de sustancias, aunque no sólo se reduce a ellos.

## Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la terapia con litio:** toxicidad por litio.

## Diagnósticos de enfermería

**Afrontamiento defensivo** Factores relacionados: ideas de grandeza, prepotencia, o habilidades secundarias al sentimiento de inferioridad.

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factor relacionado: vulnerabilidad personal en crisis circunstanciales (especificar).

**Ansiedad** Factores relacionados: cambios en las funciones del rol, cambios en el entorno, cambios en los patrones de interacción, necesidades insatisfechas, amenaza al autoconcepto.

**Comunicación verbal, trastorno de la** Factores relacionados: hiperactividad, verborrea.

**Estrés por sobrecarga** Factores relacionados: características de la enfermedad que limitan la habilidad para enfrentarse a los agentes estresantes.

**Identidad personal, trastorno de la** Factor relacionado: deterioro psicológico (especificar).

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), falta de predisposición de los otros para tolerar los comportamientos del paciente.

**Lesión, riesgo de** Factores de riesgo: orientación; drogas (p. ej., alcohol, cafeína, nicotina); factores cognitivos, afectivos y psicomotores.

**Mantenimiento de la salud, alteración en el** Factores relacionados: alteración significativa en las habilidades de comunicación, falta de habilidad para emitir juicios deliberados y completos.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factor relacionado: aporte ineficaz en relación con el equilibrio de la actividad excesiva (p. ej., maníaca).

**Patrón de sueño, alteración del** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), incapacidad para reconocer la *fatiga* y la necesidad de sueño, hiperactividad, negación de la necesidad de sueño.

**Procesos de pensamiento, alteración de los** Factor relacionado: trastorno mental (especificar), delirio, alucinaciones, euforia, fuga de ideas.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia, agotamiento de los miembros familiares, crisis circunstanciales (p. ej., dificultades financieras, cambio de funciones), euforia del paciente e ideas de grandeza, comportamiento manipulativo, exploración de los límites, rechazo del paciente a ser responsable de sus propias acciones.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factor relacionado: deterioro psicológico (especificar), véase *procesos familiares, alteración de los*.

**Sensoperceptivas (especificar), alteraciones** Factores relacionados: *deprivación del sueño*, alteraciones químicas endógenas, estrés.

**Suicidio, riesgo de** Factores de riesgo: comportamiento impulsivo, pensamientos delirantes, alucinaciones de órdenes, deterioro del test de realidad.

**Violencia autodirigida o dirigida a otros, riesgo de** Factores de riesgo: excitación maníaca, reacción de cólera, historia de violencia, irritabilidad, comportamiento impulsivo, pensamientos delirantes, alucinaciones de órdenes, deterioro del test de realidad.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: ingesta ineficaz de líquidos secundaria a los comportamientos maníacos, *diarrea* y vómitos inducidos por la medicación, poliuria.

## Paciente agresivo

Incluye los siguientes diagnósticos psiquiátricos: trastorno bipolar, manía, esquizofrenia desorganizada, trastornos por uso de sustancias; trastornos mentales de causa orgánica, psicosis inducida por drogas, trastornos de personalidad; trastorno de pánico, y trastorno de estrés posttraumático, aunque no sólo se reduce a ellos.

### Diagnósticos de enfermería

**Afrontamiento defensivo** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), crisis circunstancial (especificar), alteración neurológica, otros factores físicos (especificar).

**Autoestima crónica, baja** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), expectativas insatisfechas repetidas.

**Autoestima situacional, baja** Factor relacionado: crisis circunstancial (especificar).

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: retraso del desarrollo, barreras comunicativas, deterioro psicológico (especificar).

**Procesos de pensamiento, alteración de los** Factores relacionados: trastorno mental (especificar), trastorno mental de causa orgánica (especificar), trastorno de personalidad (especificar), abuso de sustancias.

**Sensoperceptivas, alteraciones: (especificar)** Factores relacionados: abuso de alcohol o sustancias (especificar); alteración de la recepción sensorial; transmisión, o integración; déficit sensorial (especificar); sobrecarga sensorial (especificar).

**Síndrome posttraumático** Factores relacionados: abuso, incesto, violación, participación en combate.

**Violencia autodirigida o dirigida a otros, riesgo de** Factores de riesgo: excitación maníaca, estados de pánico, reacción de cólera, historia de violencia, intoxicación por drogas o alcohol o abstinencia, epilepsia del lóbulo temporal, ideación paranoica, síndrome cerebral de origen orgánico, patrones de arresto o condena, reacción tóxica a los medicamentos, alucinación de órdenes.

## Paciente en abstinencia

Incluye los siguientes diagnósticos psiquiátricos: depresión grave; esquizofrenia: tipo desorganizada, catatónica, paranoide e indiferenciada; trastorno de esquizofreniforme; trastornos fóbicos; trastorno esquizoide de la personalidad; trastorno de personalidad evitativo; trastornos por uso de sustancias; y trastornos mentales de origen orgánico; aunque no sólo se reduce a ellos.

## Diagnósticos de enfermería

**Actividades recreativas, déficit de** Factores relacionados: falta de motivación, déficit de habilidades sociales, alteración de la percepción de la realidad.

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal en crisis circunstanciales o de maduración (especificar).

**Aislamiento social** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), dificultad de los demás para comunicarse con el paciente.

**Ansiedad** Factores relacionados: amenaza o cambio en el desempeño del rol, amenaza real o percibida al ser físico o al autoconcepto, conflictos inconscientes (p. ej., valores, creencias), diálogo interno negativo, sensación de aprensión e intranquilidad, alteración de las percepciones.

**Autoestima (crónica, situacional), baja** Factor relacionado: deterioro psicológico (especificar).

**Automutilación, riesgo de** Factores de riesgo: incapacidad para sobrellevar el aumento de la tensión psicológica y fisiológica de forma saludable; sentimiento de depresión, rechazo, odio hacia uno mismo, ansia de separación, culpabilidad, y despersonalización; necesidad de estímulo sensorial.

**Comunicación verbal, trastorno de la** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), rechazo a hablar o establecer contacto visual.

**Duelo disfuncional** Factores relacionados: pérdida real (especificar), pérdida anticipada (especificar), pérdida percibida (especificar).

**Identidad personal, trastorno de la** Factor relacionado: deterioro psicológico (especificar).

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), *temor* a las situaciones sociales, *ansiedad*, depresión.

**Mantenimiento de la salud, alteración en el** Factores relacionados: falta de habilidad para emitir juicios deliberados y completos, alteración significativa en las habilidades de comunicación, falta de conciencia del entorno y las propias necesidades.

**Parental, alteración** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), crisis circunstancial (especificar), véase *procesos familiares, alteración de los*.

**Procesos de pensamiento, alteración de los** Factores relacionados: trastornos mentales (especificar), trastornos mentales de origen orgánico (especificar), trastornos de personalidad (especificar).

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia, incapacidad para comunicarse secundaria a la abstinencia.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factor relacionado: deterioro psicológico (especificar).

**Temor** Factores relacionados: *impotencia*, amenaza real o imaginaria hacia el propio bienestar.

## Paranoias

Incluye los siguientes diagnósticos psiquiátricos asociados: esquizofrenia (tipo indiferenciada, tipo paranoide), trastornos del ánimo (depresión grave [p. ej., episodios únicos, recurrentes]), trastornos bipolares (p. ej., mixtos, maníacos, depresivos), trastorno esquizoafectivo, trastornos paranoides, trastornos por abuso de sustancias, trastornos mentales orgánicos y trastornos de la personalidad, aunque no sólo se reducen a ellos.

### Diagnósticos de enfermería

**Afrontamiento defensivo** Factor relacionado: deterioro psicológico (especificar).

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal en crisis circunstanciales, uso de la proyección para controlar miedos y ansiedades.

**Ansiedad (grave)** Factores relacionados: incapacidad de dominar las tareas de desarrollo de confianza frente a las de desconfianza, delirio.

**Autoestima, baja (crónica, situacional)** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), fallo en las relaciones, sensación de *impotencia*.

**Impotencia** Factores relacionados: entorno de cuidados de la salud, régimen de tratamiento, sensación de insuficiencia, mal adaptación de las relaciones interpersonales (p. ej., uso de la fuerza, relaciones abusivas), Baja *autoestima crónica o situacional*, sentimiento de que no tiene control sobre las situaciones.

**Incumplimiento del tratamiento** Factores relacionados: negación de la enfermedad, percepción negativa del régimen de tratamiento, desconfianza en los cuidadores.

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), delirio, recelo, *temor* y desconfianza en los otros.

**Mantenimiento de la salud, alteración en el** Factores relacionados: alteración significativa en las capacidades de comunicación, falta de habilidad para emitir juicios deliberados y completos.

**Patrón de sueño, alteración del** Factores relacionados: deterioro psicológico, *temor* al peligro, hipervigilancia.

**Patrones de sexualidad, alteración de los** Factores relacionados: deterioro en las relaciones con otros significativos secundario a la manipulación, violencia y otros comportamientos inaceptables; conflictos con la orientación sexual.

**Procesos de pensamiento, alteración de los** Factores relacionados: trastorno mental (especificar), trastorno mental de causa orgánica (especificar), trastorno de la personalidad (especificar), test de realidad bajo secundario a la desconfianza en los demás, delirio, alucinaciones.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia o desorganización familiar a largo plazo, familia agotada, comportamientos del paciente.

**Temor** Factor relacionado: amenaza imaginaria hacia el propio bienestar.

**Violencia autodirigida o dirigida a otros, riesgo de** Factores de riesgo: estados de pánico, intoxicación o abstinencia de drogas o alcohol, delirio, sensación de *ansiedad*, peligro percibido.

### Psicosis

Incluye los siguientes diagnósticos psiquiátricos asociados: esquizofrenia (de tipo desorganizada, catatónica, paranoide e indiferenciada), trastorno esquizofreniforme; trastornos bipolares (mixtos, maníacos, depresivos); trastornos mentales de causa orgánica; trastornos por abuso de sustancias, y enfermedades médicas, aunque no sólo se reduce a ellos.

### Diagnósticos de enfermería

**Afrontamiento familiar, ineficaz: incapacitante** Factores relacionados: patrón a largo plazo de múltiples estresantes, otras personas significativas agotadas por la duración de la enfermedad.

**Ansiedad (grave, pánico)** Factores relacionados: continuación de afrontamientos inadaptados aprendidos los primeros años de vida, conflictos involuntarios, necesidades insatisfechas, amenaza al autoconcepto.

**Autocuidado, déficit del: (especificar)** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), *ansiedad grave*, *alteración de los procesos de pensamiento*, incapacidad para tomar decisiones, sensación de inutilidad, falta de energía.

- Automutilación, riesgo de** Factores de riesgo: emociones fluctuantes, alucinaciones de órdenes, pacientes en estado psicótico (frecuentemente hombres en los primeros años de la edad adulta).
- Comunicación verbal, trastorno de la** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), discurso ilógico e incoherente, medicación para los efectos secundarios.
- Identidad personal, trastorno de la** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), conflictos psicológicos, abuso en la infancia, yo subdesarrollado, amenaza al autoconcepto, amenaza a la integridad física.
- Incumplimiento del tratamiento** Factores relacionados: negación de la enfermedad, percepción negativa del régimen de tratamiento, *alteración de los procesos del pensamiento*, respuesta a los delirios y alucinaciones.
- Interacción social, deterioro de la** Factor relacionado: deterioro psicológico (especificar).
- Mantenimiento de la salud, alteración en el** Factores relacionados: falta de habilidad para emitir juicios deliberados y completos.
- Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), *alteración de los procesos de pensamiento*, deterioro del juicio y toma de decisiones.
- Procesos de pensamiento, alteración de los** Factores relacionados: trastorno mental (especificar), trastorno mental de causa orgánica (especificar), demencia, delirio.
- Sensoperceptivas (visuales, auditivas), alteraciones** Factores relacionados: *ansiedad* creciente, abstinencia.
- Violencia autodirigida o dirigida a otros, riesgo de** Factores de riesgo: ideación paranoide, ideación suicida, historia de violencia, abuso de sustancias (especificar), respuesta a los delirios y alucinaciones.

## Suicidio

El riesgo de suicidio representa realmente un diagnóstico de enfermería que se puede asociar a cualquier diagnóstico psiquiátrico (p. ej., esquizofrenia, abuso de sustancias). Los siguientes diagnósticos de enfermería pueden aplicarse también a pacientes con tendencia suicida.

### Diagnósticos de enfermería

- Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal en crisis circunstanciales o de maduración (especificar).
- Ansiedad** Factores relacionados: amenaza al autoconcepto, amenaza o cambio en el desempeño del rol, crisis circunstanciales o de maduración, necesidades insatisfechas, cambios en el apoyo social.
- Autoestima crónica, baja** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), expectativas insatisfechas repetidas.
- Automutilación, riesgo de** Factores de riesgo: incapacidad para enfrentarse al aumento de tensión psicológica o fisiológica de modo saludable; sentimiento de depresión, rechazo, odio hacia sí mismo, ansiedad por la separación, culpa y despersonalización; emociones fluctuantes; abuso de drogas y alcohol.
- Desesperanza** Factores relacionados: abandono, falta de apoyo social, pérdida de creencia espiritual.
- Identidad personal, trastorno de la** Factor relacionado: crisis circunstancial (especificar).
- Procesos de pensamiento, alteración de los** Factores relacionados: trastornos mentales (especificar), trastornos mentales orgánicos (especificar), trastornos de personalidad (especificar), abuso de sustancias.
- Sensoperceptivas (especificar), alteraciones** Factor relacionado: abuso de alcohol o sustancias (especificar).

**Síndrome postraumático** Factores relacionados: abuso, accidentes, acoso, desastre, epidemia, incesto, secuestro, terrorismo, tortura, enfermedad o accidente catastrófico, participación en combate.

**Síndrome traumático de violación** Factor relacionado: respuesta biopsicosocial del paciente al suceso.

**Sufrimiento espiritual** Factor relacionado: puesta a prueba del sistema de creencias y valores.

**Toma de decisiones, conflicto en la** Factores relacionados: percepción de amenaza a los valores personales, falta de sistemas de apoyo.

**Violencia autodirigida, riesgo de** Factores de riesgo: historia de intento de suicidio, alucinaciones de órdenes, mujeres maltratadas, estados de pánico, historia de abuso por los otros, idea de suicidio, abuso de sustancias.

## Trastorno límite de la personalidad

### Diagnósticos de enfermería

**Afrontamiento familiar, ineficaz: incapacitante** Factores relacionados: estilos de afrontamiento conflictivos, relaciones familiares muy ambivalentes, sentimientos crónicos sin resolver (especificar), cambio de roles, y desorganización familiar secundaria a la enfermedad del paciente.

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal en crisis circunstanciales o de maduración (especificar); postergación, tenacidad e ineficacia al desempeñar roles sociales; percepciones poco realistas; expectativas insatisfechas; indiferencia hacia las normas sociales; sistema de apoyo inadecuado; no afirmación o reconocimiento de las necesidades propias; bajo control de los impulsos; cambios de humor; uso de la proyección y la escisión.

**Ansiedad** Factores relacionados: amenaza o cambio en el desempeño de un rol, crisis circunstanciales (especificar), crisis de maduración (especificar), necesidades insatisfechas, cambio en el ambiente, amenaza o cambio en los patrones de interacción, conflicto inconsciente sobre valores y creencias, conversación interior negativa, experiencias postraumáticas.

**Autoestima crónica, baja** Factores relacionados: deterioro psicológico (p. ej., trastorno límite de la personalidad), repetición de expectativas insatisfechas de los otros, incapacidad para satisfacer las expectativas del rol, indefensión aprendida.

**Automutilación, riesgo de** Factores de riesgo: incapacidad para sobrellevar el aumento de la tensión psicológica y fisiológica de forma saludable; sentimiento de depresión, rechazo, odio hacia uno mismo, ansia de separación, culpabilidad y despersonalización; emociones fluctuantes; abuso de alcohol y drogas; historia de autolesión; historia de abuso físico, emocional o sexual.

**Identidad personal, trastorno de la** Factores relacionados: crisis circunstanciales, deterioro psicológico (p. ej., trastorno límite de la personalidad), retraso del desarrollo.

**Impotencia** Factor relacionado: patrón de indefensión.

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: deterioro psicológico (p. ej., trastorno límite de la personalidad), baja autoestima, interpretación equívoca de los estímulos internos y externos, hipervigilancia en situaciones sociales, interacciones funcionales, abstinencia, incapacidad para mantener vínculos, miedo al abandono.

**Patrones de sexualidad, alteración de los** Factores relacionados: conflicto con la orientación sexual, abuso sexual, deterioro de las relaciones con la persona significativa.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factores relacionados: crisis circunstanciales, deterioro psicológico (p. ej., trastorno límite de la personalidad).

**Suicidio, riesgo de** Factores de riesgo: ideación suicida, abuso de sustancias, desesperación, ira o cólera.

**Violencia autodirigida o dirigida a otros, riesgo de** Factores de riesgo: reacción de cólera, ideación suicida, historia de automutilación, abuso de sustancias (especificar).

## Trastornos alimentarios

Los diagnósticos psiquiátricos asociados están limitados a la anorexia nerviosa y la bulimia.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de los trastornos alimentarios:** amenorrea, anemia, arritmias.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factor relacionado: debilidad y *fatiga* secundarias a la desnutrición.

**Afrontamiento familiar, ineficaz: incapacitante** Factores relacionados: despreocupación arbitraria de las necesidades del paciente, sentimientos crónicos inexpressados (culpabilidad específica, ansiedad, hostilidad, desesperación, y así sucesivamente), estilos de afrontamientos conflictivos, relaciones familiares muy ambivalentes, efecto de discordia marital entre los miembros de la familia.

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal en crisis circunstanciales o de maduración (especificar), sensaciones de pérdida de control, percepción imprecisa del estado de peso, *ansiedad* sobre la maduración corporal.

**Ansiedad** Factores relacionados: amenaza al autoconcepto, preocupación por el sobrepeso, cambios en el entorno, crisis circunstanciales o de maduración, necesidades insatisfechas.

**Autoestima crónica, baja** Factores relacionados: deterioro psicológico (especificar), expectativas insatisfechas repetidas, percepción de uno mismo como persona gorda.

**Estreñimiento** Factores relacionados: aporte inferior al adecuado para la dieta de alimentos con fibra y que incrementan el volumen fecal, uso crónico de medicación y enemas, ingesta inadecuada de líquidos.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: trastorno alimentario (véase *ansiedad*), sistema familiar disfuncional.

**Incumplimiento del tratamiento** Factores relacionados: negación de la enfermedad, percepción negativa del régimen de tratamiento, beneficios percibidos de la enfermedad prolongada.

**Interacción social, deterioro de la** Factor relacionado: deterioro psicológico (p. ej., anorexia, bulimia), temor y desconfianza en las relaciones.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: deterioro psicológico (p. ej., bulimia, anorexia), rechazo a comer, vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, necesidad de una mayor cantidad de calorías debido al esfuerzo físico (p. ej., ejercicio excesivo).

**Patrones de sexualidad, alteración de los** Factores relacionados: modelos de función ineficaces o ausentes, *trastorno de la imagen corporal*, deterioro de la relación con otras personas significativas, *baja autoestima crónica o situacional*.

**Régimen terapéutico de la comunidad, manejo ineficaz del** Factores relacionados: *conflicto en la toma de decisiones*, conflicto familiar, desconfianza en el régimen o el personal sanitario, negación de la enfermedad, pérdida percibida de los beneficios del tratamiento, *impotencia*.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: pérdida extrema de peso, vómitos autoinducidos, abuso de laxantes o diuréticos.

## COMPLICACIONES DEL ANTEPARTO Y EL POSTPARTO

Aborto, espontáneo o inducido  
Asistencia postparto, sin complicaciones  
Cambio en el plan de nacimiento  
Contención del parto prematuro  
Diabetes gestacional  
Dolor de pecho  
Hemorragia uterina  
Hiperemesis gravídica  
Infección materna  
Pérdida perinatal  
Preeclampsia

### Aborto, espontáneo o inducido

#### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP del aborto:** hemorragia, infección.

#### Diagnósticos de enfermería

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: sentimientos sin resolver (p. ej., culpa) sobre la decisión de abortar; conflicto de valores sociales, morales, religiosos y familiares; sentimientos sin resolver sobre la pérdida del bebé.

**Ansiedad** Factores relacionados: amenaza para el estado de salud, ambivalencia, *déficit de conocimientos* en relación con los procedimientos y la atención posterior, imágenes y sonidos desconocidos, *temor* a las consecuencias de futuros embarazos.

**Autoestima (crónica, situacional), baja** Factores relacionados: expectativas insatisfechas para el embarazo, expectativas insatisfechas para el niño, preexistencia de *baja autoestima*.

**Disfunción sexual/patrones de sexualidad, alteración de los** Factores relacionados: *baja autoestima*, temor al embarazo, relación inestable con la pareja, *trastorno de la imagen corporal*.

**Dolor** Factor relacionado: fuertes contracciones uterinas.

**Duelo anticipado/disfuncional** Factores relacionados: pérdida perinatal, pérdida real o percibida de la aprobación social o religiosa.

**Impotencia** Factores relacionados: régimen de tratamiento, incapacidad para cambiar el curso de los acontecimientos o evitar la pérdida, percibir que las opciones son limitadas o no existen.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: procedimientos invasivos, traumatismo tisular, expulsión incompleta del contenido uterino.

**Mantenimiento de la salud, alteración en el** Factor relacionado: *déficit de conocimientos* (p. ej., de contracepción, "sexo seguro").

**Moral, sufrimiento** Factores relacionados: creer que lo correcto es continuar con el embarazo pero ceder ante presiones externas y abortar; o, a la inversa, creer que lo mejor es abortar (p. ej., porque existe un alto riesgo de defecto congénito) pero ceder ante presiones externas y continuar con el embarazo.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: consecuencias del procedimiento electivo o espontáneo en la pérdida de relaciones, incapacidad de los miembros de la familia para aceptar las decisiones, conflictos de identidad de los adolescentes, conflictos personales o maritales preexistentes.

**Sufrimiento espiritual** Factores relacionados: puesta a prueba de las creencias espirituales, sentimientos sin resolver sobre la decisión de abortar, incapacidad para encontrar el significado del aborto espontáneo.

**Toma de decisiones, conflicto en la** Factores relacionados: conflicto de valores, sistema de apoyo inadecuado.

## Asistencia postparto, sin complicaciones

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP del parto:** hematoma; hemorragia secundaria a atonía uterina, fragmentos de placenta retenidos o laceraciones; infección o sepsis.

#### Diagnósticos de enfermería

**Ansiedad** Factores relacionados: cambios en el desempeño del rol, inexperiencia.

**Apego parental lactante/niño, riesgo de alteración del** véase *alteración parental*.

**Dolor** Factores relacionados: episiotomía, dolor en los pezones, ingurgitación mamaria, hemorroides, dolor muscular, contracciones uterinas (dolores de postparto).

**Estreñimiento** Factores relacionados: *temor* a la defecación dolorosa, disminución de la peristalsis tras la defecación, disminución de la actividad, disminución de la ingesta de líquidos, efectos secundarios de los analgésicos, disminución del tono muscular del abdomen.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: falta de información precisa sobre el cambio corporal tras el parto, cambio en la apariencia corporal (p. ej., estrías).

**Incontinencia urinaria de esfuerzo** Factor relacionado: traumatismo del tejido durante la micción.

**Lactancia materna, eficaz** Factores relacionados: conocimiento básicos sobre lactancia materna, estructura normal de la mama, estructura bucal normal del lactante, edad gestacional de más de 34 semanas, fuentes de apoyo, confianza de la madre en sí misma.

**Lactancia materna, ineficaz** Factores relacionados: *interrupción de la lactancia materna*, inexperiencia, influencias culturales, ingurgitación mamaria, factores del bebé (p. ej., incapacidad para cogerse al pecho materno o succionar).

**Mantenimiento de la salud, alteración en el** Factores relacionados: *déficit de conocimientos* (p. ej., higiene, contracepción, nutrición, cuidado del bebé, síntomas de las enfermedades), falta de apoyo por parte del cónyuge.

**Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: sistema de apoyo inadecuado, falta de capacidad organizativa, *duelo disfuncional*.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factor relacionado: falta de conocimientos nutricionales básicos sobre la lactancia.

**Parental, alteración** Factores relacionados: falta de conocimiento o destreza con respecto a las habilidades parentales; expectativas irreales sobre uno mismo, sobre el bebé y sobre el cónyuge; bebé no deseado; falta de modelos de rol; inexperiencia.

**Patrón de sueño, alteración del** Factores relacionados: excesiva demanda social, demanda del rol (p. ej., lactancia frecuente), *dolor, ansiedad*, excitación y alegría.

**Patrones de sexualidad, alteración de los** Factores relacionados: *dolor, temor* al dolor, *trastorno de la imagen corporal*, necesidades de los niños, falta de sueño.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: transición de los roles familiares, cambio en la estructura familiar, ausencia de sistemas de apoyo adecuados.

**Retención urinaria** Factores relacionados: edema local de tejido, consecuencias de la medicación/anestesia, *dolor*, incapacidad para adoptar la posición normal para miccionar secundaria a los efectos de la anestesia epidural o analgésicos.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factor relacionado: adquisición del nuevo rol.

## Cambio en el plan de nacimiento

Puede incluir cualquier desviación del plan de pareja sobre el nacimiento. Este cambio puede incluir: uso de analgésicos, anestesia, o fórceps; limitación de las visitas; episiotomía, y nacimiento por cesárea, aunque no sólo se reduce a ellos.

### Diagnósticos de enfermería

**Apego parental lactante/niño, riesgo de alteración del** Factores de riesgo: expectativas insatisfechas del parto, separación de los miembros de la familia.

**Autoestima (crónica, situacional), baja** Factores relacionados: expectativas insatisfechas del parto (p. ej., incapacidad para “tolerar” las contracciones uterinas, incapacidad para dar a luz de forma natural).

**Dolor** Factores relacionados: cirugía, episiotomía, contracciones uterinas, procedimientos invasivos.

**Impotencia** Factores relacionados: complicación que amenaza el embarazo, incapacidad percibida para controlar la situación, incapacidad para enfrentarse a las fuertes contracciones uterinas.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: expectativas insatisfechas del parto, crisis circunstancial (p. ej., angustia fetal), separación de los miembros de la familia (p. ej., histerectomía de emergencia secundaria a la ruptura uterina).

**Temor** Factores relacionados: amenaza real o imaginaria hacia el niño o el propio bienestar, material médico desconocido, procedimientos de urgencia.

## Contención del parto prematuro

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP del parto prematuro:** adelanto del parto, edema pulmonar (secundario a la medicación tocolítica).

**CP de la terapia con sulfato de magnesio:** intoxicación por magnesio.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividades recreativas, déficit de** Factor relacionado: reposo prolongado.

**Ansiedad** Factores relacionados: resultado del embarazo, efectos secundarios de los tocolíticos, tiempo insuficiente para prepararse para el trabajo o el cuidado del bebé.

**Autoestima (crónica, situacional), baja** Factor relacionado: expectativas insatisfechas del parto, incapacidad para cumplir con los roles habituales.

**Disfunción sexual** Factores relacionados: restricciones médicas impuestas, *temor* de dañar al feto, *temor* a las contracciones uterinas.

**Dolor (de cabeza)** Factor relacionado: efectos secundarios del sulfato de magnesio.

**Impotencia** Factores relacionados: enfermedades que amenazan el embarazo, falta de mejoría a pesar de cumplir con el reposo y la medicación.

**Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: sistema de apoyo inadecuado, reposo obligado.

**Náuseas** Factor relacionado: efectos secundarios de la medicación tocolítica.

**Patrón de sueño, alteración del** Factores relacionados: medicación y supervisión frecuentes.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia, cambio en los roles familiares, ausencia de sistemas de apoyo adecuados, reposo obligado.

**Régimen terapéutico: personal, manejo ineficaz del** Factores relacionados: *déficit de conocimientos*, demanda excesiva del individuo o la familia, déficit de apoyo social.

**Temor** Factor relacionado: posibilidad de parto prematuro y parto adelantado.

## Diabetes gestacional

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la diabetes gestacional:** anemia, distocia, mortalidad fetal, polihidramnios, cetoacidosis, hipertensión inducida por el embarazo, pielonefritis.

### Diagnósticos de enfermería

**Glucosa inestable, riesgo de** Factor relacionado: cambios fisiológicos del embarazo que disminuyen la sensibilidad a la insulina.

**Infección (infección del tracto urinario, vaginitis), riesgo de** Factores de riesgo: entorno favorable para el crecimiento de bacterias secundario a la glucosuria.

**Lesión, riesgo de** (materna o fetal) Factores de riesgo: hipoglucemia, hiperglucemia.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: ingesta inadecuada para hacer frente al aumento de las necesidades calóricas del embarazo, secundaria a la falta de información nutricional básica; *náuseas*.

**Nutrición: por exceso, alteración de la** Factores relacionados: falta de nueva información nutricional básica, desequilibrio entre el consumo y la insulina disponible.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: hospitalización o cambio en el entorno, enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia, recursos económicos inadecuados.

**Sensoperceptivas (visuales), alteraciones** Factor relacionado: aumento de la retinopatía diabética.

**Temor** Factores relacionados: estresantes ambientales u hospitalización, *impotencia*, amenaza real o imaginaria hacia el propio bienestar, amenaza real o imaginaria hacia el niño, consecuencias sobre futuros embarazos.

## Dolor de pecho

Incluye dolor, pezones agrietados, ingurgitación mamaria y mastitis, aunque no sólo se limita a ellos.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de los pezones agrietados:** ingurgitación mamaria; mastitis.

**CP de la mastitis:** absceso.

### Diagnósticos de enfermería

**Apego parental lactante/niño, riesgo de alteración del** Factores de riesgo: *dolor*, expectativas insatisfechas.

**Dolor** Factores relacionados: dolor en los pezones, ingurgitación mamaria, edema e inflamación de los tejidos mamarios.

**Integridad cutánea (pezones), deterioro de la** Factores relacionados: cuidado inadecuado del pecho, posición incorrecta del bebé al mamar, succión incorrecta del bebé.

**Lactancia materna, ineficaz** véase *lactancia materna, interrupción de la*.

**Lactancia materna, interrupción de la** Factores relacionados: *dolor*, ingurgitación mamaria; dolor, pezones agrietados; mastitis; medicación materna que está contraindicada para el bebé.

**Mantenimiento de la salud, alteración en el** Factores relacionados: exposición limitada a la información sobre la higiene del pecho, cuidado de los pezones, tratamientos, o signos y síntomas de la infección.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factores relacionados: asumir el nuevo rol, expectativas insatisfechas del parto, *dolor* y malestar, *interrupción de la lactancia materna*.

## Hemorragia uterina

Incluye las siguientes enfermedades, aunque no sólo se reduce a ellas: (1) la hemorragia anteparto puede producirse tras el primer trimestre de manchado intermenstrual, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura uterina o mola hidatídica; (2) la hemorragia postparto puede ser una consecuencia del sangrado postparto o conmoción o atonía uterina.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**PC de la hemorragia uterina:** anemia, coagulación intravascular diseminada, muerte fetal, fallo renal, sepsis, conmoción.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividades recreativas, déficit de** Factores relacionados: reposo prolongado o limitación de la actividad.

**Autocuidado, déficit del (especificar)** Factores relacionados: restricciones médicas impuestas, *intolerancia a la actividad* secundaria a la pérdida de sangre.

**Autoestima (crónica, situacional), baja** Factores relacionados: expectativas insatisfechas para el parto, incapacidad para desempeñar las funciones habituales del rol.

**Disfunción sexual** Factores relacionados: restricciones médicas impuestas, *temor* a dañar al feto, *temor* a comenzar a trabajar o al aumento de la hemorragia.

**Dolor** Factores relacionados: procedimientos quirúrgicos, contracciones uterinas, acumulación de sangre entre la placenta y la pared uterina.

**Duelo anticipado** Factores relacionados: posible pérdida del embarazo y el bebé esperado, efecto potencial en las futuras posibles maternidades secundario a la hemorragia intratable de postparto.

**Gasto cardíaco, disminución del** Factor relacionado: hipovolemia.

**Impotencia** Factores relacionados: enfermedades que amenazan el embarazo o futuros embarazos.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: traumatismo tisular, procedimientos invasivos, pérdida de sangre, separación parcial de la placenta.

**Lactancia materna, interrupción de la** Factores relacionados: enfermedad materna, *fatiga*, *intolerancia a la actividad*, actividades de los cuidadores.

**Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: sistema de apoyo inadecuado, reposo prescrito, *intolerancia a la actividad* secundaria a la pérdida de sangre y anemia.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: aumento de la hemorragia en respuesta a la actividad, presencia de vías (p. ej., i.v., catéter urinario, monitor fetal).

**Perfusión tisular (placentaria), alteración de la** Factores relacionados: desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno al feto secundario a hipovolemia, hipotensión, separación placentaria.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: cambios en los roles familiares, incapacidad del paciente para desempeñar el rol habitual, hospitalización o cambio en el entorno.

**Temor** Factores relacionados: amenaza hacia el embarazo o el bebé, amenaza hacia el propio bienestar, *impotencia*, estresantes ambientales u hospitalización, consecuencias para futuros embarazos.

## Hiperemesis gravídica

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la hiperemesis:** hemorragia secundaria a la hipotrombinemia, muerte fetal, desequilibrio de líquidos y electrolitos, hipotensión, balance de nitrógeno negativo, neuropatía periférica.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: nutrición inadecuada, deshidratación, disminución de la actividad.

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: vulnerabilidad personal durante la crisis de salud, cambios en la proyección del rol, preocupación por el estado del feto.

**Autoestima (crónica, situacional), baja** Factores relacionados: expectativas insatisfechas del embarazo, incapacidad para satisfacer las demandas del rol (p. ej., trabajar, ser madre, cónyuge).

**Fatiga** véase *actividad, intolerancia a la*.

**Impotencia** Factores relacionados: complicaciones que amenazan el embarazo, incapacidad real o percibida para cambiar el curso de los acontecimientos.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: ingesta limitada de nutrientes secundaria a las *náuseas*, pérdida de nutrientes secundaria al vómito.

**Parental, riesgo de alteración** véase *Rol, alteración en el desempeño del*.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: hospitalización o cambio en el entorno, enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia, amenaza a la seguridad laboral (del paciente o cónyuge), necesidad de guardería para los hermanos.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factores relacionados: expectativas insatisfechas del embarazo, *náuseas*, hospitalización.

**Temor** Factor relacionado: amenaza real o imaginaria hacia el bebé.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: ingesta inadecuada de líquidos secundaria a las *náuseas*, pérdida anormal de líquidos secundaria al vómito.

### Infección materna

Incluye herpes genital activo, amnionitis, sida y hepatitis B; aunque no sólo se reduce a ellos.

#### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la infección:** mortalidad fetal, sepsis.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: proceso de la enfermedad, malestar.

**Actividades recreativas, déficit de** véase *soledad, riesgo de*.

**Autoestima (crónica, situacional), baja** Factores relacionados: parto por cesárea, incapacidad para asumir el nuevo rol, incapacidad para satisfacer las necesidades del rol habitual (p. ej., mujer, madre, trabajadora).

**Dolor** Factores relacionados: parto por cesárea, infección, lesiones.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: embarazo, olores y lesiones secundarias a la infección, precauciones que engloban la higiene de manos y la difusión de la infección.

**Infección (transmisión), riesgo de** Factor de riesgo: naturaleza contagiosa de la enfermedad (p. ej., herpes, hepatitis B).

**Infección, riesgo de** Factor de riesgo: presencia de lesiones (p. ej., herpes) que predisponen al paciente a las infecciones secundarias.

**Interacción social, deterioro de la** Factor relacionado: aislamiento terapéutico.

**Lactancia materna, interrupción de la** Factores relacionados: enfermedad materna, medicación materna contraindicada para el bebé.

**Parental, alteración** Factor de riesgo: retraso en la creación de lazos afectivos entre padre-hijo secundario a la necesidad de tomar precauciones ante la enfermedad.

820 Manual de diagnósticos de enfermería

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: cambio en los roles familiares, hospitalización o cambio en el entorno, sentimientos sin resolver sobre cómo se contrajo la infección.

**Soledad, riesgo de** Factor relacionado: aislamiento terapéutico.

**Temor** Factor relacionado: amenaza real o imaginaria hacia el bebé.

## Pérdida perinatal

Incluye recién nacido con discapacidad, aborto espontáneo, muerte fetal intrauterina, adopción y aborto electivo; aunque no sólo se reduce a ellos.

### Diagnósticos de enfermería

**Afrontamiento familiar, ineficaz: comprometido/incapacitante** Factor relacionado: sentimientos crónicos sin resolver sobre la pérdida.

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factor relacionado: vulnerabilidad personal en una crisis circunstancial.

**Autoestima (crónica, situacional), baja** Factores relacionados: expectativas insatisfechas para el bebé, sentimiento de fracaso (p. ej., dar a luz a un bebé perfecto).

**Disfunción sexual** Factores relacionados: imposición de restricciones médicas, *temor* a dañar al feto, *baja autoestima crónica o situacional*, *temor* a otro embarazo.

**Duelo anticipado** Factores relacionados: pérdida inminente del bebé, pérdida anticipada del bebé perfecto.

**Duelo disfuncional** Factores relacionados: incapacidad para resolver sentimientos sobre la pérdida real o anticipada del bebé o del bebé perfecto, discordia conyugal, ausencia de un sistema de apoyo.

**Impotencia** Factores relacionados: complicaciones que amenazan el embarazo, incapacidad para cambiar el curso de los acontecimientos.

**Parental, alteración** Factores relacionados: interrupción del proceso de creación de lazos afectivos, expectativas irreales de uno mismo o del cónyuge (véase *procesos familiares, alteración de los*).

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: enfermedad o discapacidad del bebé, muerte fetal intrauterina, pérdida del apoyo adecuado, *duelo complicado*, modos conflictivos de duelo entre los miembros de la familia, culpa.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factores relacionados: duelo disfuncional secundario a la pérdida del bebé, nacimiento de un bebé con algún tipo de discapacidad, culpa.

**Sufrimiento espiritual** Factores relacionados: puesta a prueba de las creencias espirituales, sufrimiento intenso.

**Temor** Factores relacionados: amenaza real o imaginaria hacia el bebé, estresantes ambientales u hospitalización, *impotencia*, consecuencias para futuros embarazos.

## Preeclampsia

La preeclampsia hace a veces referencia a la toxemia del embarazo, a la hipertensión inducida por el embarazo, a la hipertensión relacionada con el embarazo (HRE) y a la eclampsia (cuando se producen convulsiones).

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la terapia con sulfato de magnesio:** intoxicación por magnesio.

**CP de la HRE:** edema cerebral, coma, mortalidad fetal, síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, plaquetas bajas), hipertensión (maligna), edema pulmonar, insuficiencia o fallo renal, apoplejías.

**CP de la hipertensión maligna:** hipertensión descontrolada; hemorragia cerebral.

**CP de las convulsiones:** parto prematuro, bradicardia fetal, separación de la placenta.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno; letargo, debilidad y *fatiga* secundarios al reposo prescrito y los efectos secundarios del sulfato de magnesio; preeclampsia.

**Actividades recreativas, déficit de** Factor relacionado: reposo prolongado.

**Dolor** Factores relacionados: epigástrico (precursor de la eclampsia), dolor de cabeza secundario a la administración de sulfato de magnesio.

**Estreñimiento** Factores relacionados: efectos secundarios del sulfato de magnesio, disminución de la actividad, disminución de la ingesta de fibra.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: cambios en la apariencia relacionados con el embarazo y edemas.

**Incumplimiento del tratamiento** Factores relacionados: incapacidad para cumplir con el reposo secundaria a las demandas del rol (p. ej., cuidado de los hermanos), efectos negativos percibidos del régimen médico (p. ej., dieta desabrida), percepción de que la enfermedad no es grave por no tener síntomas subjetivos desagradables, *déficit de conocimientos* (p. ej., relacionados con la enfermedad, tratamientos, alivio sintomático, restricciones en la dieta).

**Lesión, riesgo de (materna y fetal)** Factores de riesgo: convulsiones, perfusión placentaria inadecuada, caídas secundarias a vértigo o hipotensión postural, alteraciones visuales, angustia fetal secundaria a perfusión placentaria inadecuada.

**Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: sistema de apoyo inadecuado, *déficit de conocimientos*, incapacidad para desempeñar los roles habituales.

**Náuseas** Factor relacionado: efectos secundarios del sulfato de magnesio.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: falta de conocimientos nutricionales básicos, pérdida de apetito, *náuseas* y vómitos, somnolencia secundaria a la medicación.

**Patrón respiratorio, ineficaz** Factor relacionado: efectos secundarios del sulfato de magnesio.

**Perfusión tisular (renal, cerebral, placentaria), alteración de la** Factores relacionados: vasoespasma (arterias espirales), edemas, disminución del volumen intravascular.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: hospitalización o cambio en el entorno, enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia, reposo obligatorio, cambios en el rol.

**Sensoperceptivas (visuales), alteraciones** Factor relacionado: alteraciones que preceden a la eclampsia.

**Temor** Factores relacionados: cambios en el plan de nacimiento, amenaza real o imaginaria hacia el bebé (p. ej., parto prematuro), estresantes ambientales u hospitalización, amenaza hacia el propio bienestar.

**Volumen de líquidos, déficit de (intravascular)** Factores relacionados: cambios en el líquido intercompartmental secundarios a la pérdida de proteínas del plasma y disminución de la presión osmótica coloidal del plasma.

**Volumen de líquidos, exceso de (tejidos extracelulares)** Factores relacionados: retención de sodio y agua, desviación de líquidos en los espacios extracelulares secundaria a la disminución de la presión osmótica coloidal del plasma.

## ENFERMEDADES NEONATALES

Abstinencia de drogas  
 Anomalías congénitas  
 Dificultad respiratoria  
 Hiperbilirrubinemia  
 Hipoglucemia  
 Hipotermia  
 Problemas de alimentación  
 Recién nacido de alto riesgo  
 Recién nacido de bajo peso/pequeño para la edad gestacional  
 Recién nacido normal

### Abstinencia de drogas

#### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la abstinencia de drogas:** deshidratación, abstinencia por consumo de alcohol o drogas, desequilibrio de electrolitos, síndrome de dificultad respiratoria, convulsiones, sepsis, taquipnea.

#### Diagnósticos de enfermería

**Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante** Factores relacionados: despreocupación arbitraria de las necesidades del paciente, necesidades básicas del recién nacido frente a la escasa capacidad de afrontamiento y el continuo consumo de drogas por parte de su madre/padre.

**Alimentación ineficaz del lactante, patrón de** Factores relacionados: deterioro o retraso neurológico (véase *lactancia materna, ineficaz*), letargo, retraso en el desarrollo secundario al síndrome alcohólico fetal.

**Apego parental lactante/niño, riesgo de alteración del** Véase *parental, alteración*.

**Aspiración, riesgo de** Factor de riesgo: alimentación oral del recién nacido con irritabilidad del SNC.

**Conducta desorganizada del lactante** Factores relacionados: desarrollo estructural anómalo y disfunción del SNC secundarios a la exposición a alcohol y drogas *in utero*, prematuridad secundaria al consumo materno de drogas, abstinencia fetal *in utero*.

**Desarrollo, riesgo de alteración del (p. ej., retrasos en el desarrollo)** Véase *retraso en el crecimiento, riesgo de*.

**Diarrea** Factor relacionado: hiperperistalsis secundaria a la abstinencia por narcóticos.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: nalgas, rodillas y hombros excoriados; marcas faciales; abrasiones en los puntos de presión secundarias a la abstinencia o síndrome de abstinencia intrauterino o del recién nacido; diaforesis; *diarrea*.

**Lactancia materna ineficaz** Factores relacionados: *fatiga* del recién nacido, escasa atención secundaria a la exposición a alcohol o drogas *in utero* y retraso del crecimiento al nacimiento.

**Lesión, riesgo de** Factores de riesgo: hiperactividad psicomotora, convulsiones.

**Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: deterioro físico o psicológico de algún otro miembro de la familia, sistema de apoyo insuficiente, organización o planeamiento familiar insuficiente, abuso continuo de sustancias por parte del padre/madre.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: dependencia química o abstinencia, reflejo de succión insuficiente en el recién nacido, vómitos, intolerancia a los alimentos, retrasos en el desarrollo secundarios al síndrome alcohólico fetal.

**Parental, alteración** Factores relacionados: deterioro psicológico o del desarrollo del recién nacido, abuso de sustancias por parte del padre/madre, presencia de estresantes (p. ej., legales, económicos), interrupción del proceso de creación de lazos afectivos, dificultad para interactuar con un recién nacido con incapacidad para expresar sensaciones de placer, enfado, etc.

**Patrón de sueño, alteración del** Factores relacionados: privación del sueño secundaria a \_\_\_\_\_ (especificar), efectos de los depresivos o estimulantes en el SNC *in utero*, síndrome de abstinencia del recién nacido.

**Patrón respiratorio ineficaz** Factores relacionados: depresión del sistema respiratorio secundario a \_\_\_\_\_ (especificar droga), neumonía por aspiración de meconio.

**Procesos familiares: alcoholismo, alteración de los** Factores relacionados: consumo de alcohol por parte de la madre/padre, falta de apoyo de los otros, falta de destrezas de afrontamiento.

**Retraso en el crecimiento, riesgo de (p. ej., pequeño para la edad gestacional)** Factores de riesgo: estilo de vida materno insalubre durante el embarazo, exposición intrauterina a alcohol y drogas.

**Sensoperceptivas (especificar), alteraciones** Factores relacionados: hipersensibilidad hacia los estímulos ambientales, incapacidad para mantener la vigilancia y la atención en el entorno, dificultad para ocuparse y cuidar de los estímulos auditivos y visuales.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: ingesta inadecuada de líquidos secundaria al reflejo de succión insuficiente, vómitos secundarios al síndrome alcohólico fetal o abstinencia por narcóticos.

## Anomalías congénitas

Incluyen los bebés con anomalías congénitas graves (p. ej., enfermedad del corazón congénita, meningomielocela, atresia coanal, fístula traqueoesofágica); aunque no sólo se reducen a ellos

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la cardiopatía congénita:** fallo cardiaco congestivo, arritmias.

**CP del meningomielocela:** hidrocefalia, déficit neurovascular bajo lesión.

**CP de la fístula traqueoesofágica:** neumonía por aspiración, asfixia.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factor relacionado: desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno.

**Alimentación ineficaz del lactante, patrón de** Factores relacionados: prematuridad, daño o retraso neurológico, prolongación del ayuno absoluto, malformaciones anatómicas (p. ej., de esófago y estómago), *fatiga* y dificultad para respirar secundarias a la anomalía cardiaca.

**Aspiración, riesgo de** Factor de riesgo: secundario a la fístula traqueoesofágica.

**Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de** Factores relacionados: enfermedad grave del recién nacido; parto prematuro o defecto congénito; curso de la enfermedad imprevisible; estresantes situacionales en la familia; complejidad y duración de los cuidados; salud del cuidador; ausencia de desarrollo de la preparación, conocimientos, destrezas o experiencia; compromisos del conflicto de rol; afrontamiento ineficaz; aislamiento; oportunidades limitadas para descansar o realizar actividades recreativas.

**Desarrollo, riesgo de alteración del** Véase *retraso en el crecimiento, riesgo de*.

**Destete del respirador, respuesta disfuncional al** Factores relacionados: inmadurez pulmonar, *deterioro del intercambio gaseoso, limpieza ineficaz de las vías aéreas*, dependencia del respirador superior a una semana.

**Duelo anticipado** Factor relacionado: pérdida anticipada del bebé.

**Fatiga** Factor relacionado: proceso de la enfermedad (p. ej., anomalía cardíaca, neumonía por aspiración).

**Gasto cardíaco, disminución del** Factores relacionados: aumento del trabajo ventricular, hipovolemia, anomalía cardíaca (especificar).

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: deterioro de la circulación, inmovilidad (p. ej., incapacidad para mover las extremidades inferiores), *alteración del estado nutricional*.

**Intercambio gaseoso, deterioro del** Factores relacionados: disminución del aporte de sangre al pulmón secundaria a hipertensión pulmonar, fallo cardíaco congestivo, síndrome de dificultad respiratoria, disminución del tejido pulmonar funcional secundaria al síndrome de dificultad respiratoria, atelectasia.

**Lactancia materna ineficaz** Factores relacionados: *fatiga* del recién nacido, reflejo de succión insuficiente, alimentación interrumpida o infrecuente, dificultad para respirar, secundaria a anomalía cardíaca.

**Lactancia materna, interrupción de la** Factor relacionado: enfermedad del recién nacido.

**Lesión, riesgo de** Factores de riesgo: meningiomielocele, onfalocelo, otros defectos que producen vulnerabilidad.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: *fatiga* secundaria a oxigenación inadecuada, lesiones en la médula espinal.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: dificultad para tragar, reflejo de succión insuficiente en el recién nacido, vómitos, intolerancia a los alimentos.

**Patrón de sueño, alteración del** Factor relacionado: *deprivación del sueño* secundaria a las intervenciones terapéuticas frecuentes.

**Patrón respiratorio ineficaz** Factores relacionados: disminución de energía o *fatiga* secundaria a la anomalía cardíaca, neumonía por aspiración.

**Perfusión tisular (periférica), alteración de la** Factores relacionados: desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno secundaria al índice metabólico elevado, *disminución del gasto cardíaco, deterioro del intercambio gaseoso*.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: expectativas insatisfechas para el niño, separación de los miembros de la familia, enfermedad o discapacidad del recién nacido, inmadurez de los padres, falta de recursos, falta de apoyos sociales, falta de conocimiento.

**Respiración espontánea, dificultad para mantener la** Factores relacionados: factores metabólicos, fatiga muscular respiratoria, inmadurez pulmonar.

**Retención urinaria** Factor relacionado: anomalía congénita que afecta a la médula espinal (especificar).

**Retraso en el crecimiento, riesgo de** Factores de riesgo: anomalía congénita, sufrimiento fetal, prematuridad, estilo de vida no saludable durante el embarazo, enfermedad grave, retraso en la creación de lazos afectivos secundario a la enfermedad del recién nacido o a las expectativas insatisfechas de los padres.

**Temor** Factor relacionado: amenaza real hacia el niño.

## Dificultad respiratoria

Incluye las siguientes patologías: displasia broncopulmonar, síndrome de dificultad respiratoria y enfermedad de las membranas hialinas, aspiración de meconio, neumonía, neumotórax y taquipnea transitoria; aunque no sólo se reduce a ellas.

## Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la dificultad respiratoria:** acidosis, atelectasia, adaptación cardiopulmonar, hipoxemia, insuficiencia respiratoria.

## Diagnósticos de enfermería

- Actividad, intolerancia a la** Factor relacionado: debilidad y *fatiga* secundarias a la oxigenación inadecuada, y dificultad respiratoria.
- Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido/incapacitante** Factores relacionados: enfermedad muy grave, comunicación ineficaz entre los miembros de la familia, ausencia de apoyo, falta de recursos (véase *cuidador, sobreesfuerzo en el rol de*).
- Alimentación ineficaz del lactante, patrón de** Factores relacionados: prematuridad, anomalías anatómicas.
- Aspiración, riesgo de** Factores de riesgo: presencia de tubos enterales o traqueales, aumento de las secreciones orofaríngeas.
- Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de** Factores de riesgo y relacionados: enfermedad muy grave, parto prematuro o defecto congénito; curso de la enfermedad imprevisible; circunstancias estresantes en la familia; cronicidad de los cuidados; salud del cuidador; ausencia de preparación, conocimientos, destrezas o experiencia; compromisos del conflicto de rol; estilos de afrontamiento ineficaces; aislamiento; escasas oportunidades para descansar o realizar actividades recreativas; dificultades económicas.
- Destete del respirador, respuesta disfuncional al** Factores relacionados: inmadurez pulmonar, *deterioro del intercambio gaseoso, limpieza ineficaz de las vías aéreas*, dependencia del respirador superior a una semana.
- Duelo anticipado (parental)** Factor relacionado: pérdida anticipada o percibida del recién nacido.
- Estreñimiento** Factor relacionado: disminución de la ingesta de líquidos.
- Fatiga** Factor relacionado: proceso de la enfermedad.
- Gasto cardíaco, disminución del** Factores relacionados: aumento del trabajo ventricular, anomalía cardíaca (especificar), hipotensión.
- Infección, riesgo de** Factores de riesgo: sistema inmunitario defectuoso, procedimientos invasivos, rotura de las defensas primarias (p. ej., circuncisión, cordón umbilical).
- Integridad cutánea, deterioro de la** Factores de riesgo y relacionados: disminución de la perfusión tisular periférica, fragilidad de la piel, ausencia de flora normal en la piel.
- Intercambio gaseoso, deterioro del** Factores relacionados: disminución del suministro de sangre pulmonar secundaria a la hipertensión pulmonar y la circulación fetal persistente, síndrome de dificultad respiratoria, disminución del tejido pulmonar funcional secundaria a la neumonía, atelectasia, síndrome de dificultad respiratoria, hernia diafragmática.
- Lactancia materna, interrupción de la** Factores relacionados: prematuridad, enfermedad del recién nacido.
- Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: sistema de apoyo inadecuado, organización o planteamiento familiar insuficiente, demanda constante de cuidados y mantenimiento de los roles habituales.
- Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: reflejo de succión insuficiente en el recién nacido, intolerancia a los alimentos, índice metabólico elevado del recién nacido estresado, letargo.
- Patrón de sueño, alteración del** Factor relacionado: *deprivación del sueño* secundaria a las intervenciones terapéuticas frecuentes.
- Patrón respiratorio, ineficaz** Factores relacionados: disminución de energía y *fatiga*, dependencia del respirador.
- Perfusión tisular (periférica), alteración de la** Factores relacionados: desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno, respuestas compensatorias.
- Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia, separación de algún miembro de la familia (véase *cuidador, sobreesfuerzo en el rol de, y afrontamiento familiar ineficaz: comprometido/incapacitante*).

826 Manual de diagnósticos de enfermería

**Respiración espontánea, dificultad para mantener la** Factores relacionados: factores metabólicos, fatiga muscular respiratoria, inmadurez pulmonar.

**Temor** (parental) Factor relacionado: amenaza real al recién nacido.

**Termorregulación ineficaz** Factores relacionados: aumento del esfuerzo respiratorio secundario al síndrome de dificultad respiratoria.

**Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: disminución de energía y *fatiga*, secreciones traqueobronquiales.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: ingesta insuficiente de líquidos secundaria a la *fatiga* con alimentación oral, restricciones de líquidos prescritas (p. ej., amenaza de edema cerebral), pérdida anómala de líquidos (pérdida inconsciente de agua secundaria al índice respiratorio rápido).

## Hiperbilirrubinemia

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la hiperbilirrubinemia:** anemia, hepatosplenomegalia, enfermedad hemolítica del recién nacido (que incluye hepatosplenomegalia, anasarca, hidrotórax, ascitis, trombocitopenia, hipoglucemia secundarias a la hiperplasia pancreática y suprarrenal), kernicterus, insuficiencia renal.

**CP del kernicterus:** atetosis, pérdida auditiva, déficit intelectual.

**CP de la fototerapia:** deshidratación, diarrea, hipertermia, hipotermia, pérdida de peso, lesión en la retina, abrasiones en la córnea.

### Diagnósticos de enfermería

**Apego parental lactante/niño, riesgo de alteración del** Factores de riesgo: pérdida de contacto y estímulos visuales secundaria a la fototerapia, *temor* al daño en el recién nacido o al desplazamiento de los tubos o vías.

**Diarrea** Factores relacionados: cambios en la dieta, fototerapia.

**Función hepática, riesgo de deterioro de la** Factor de riesgo: kernicterus.

**Glucosa inestable, riesgo de** Factor de riesgo: kernicterus.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados y de riesgo: *diarrea*, sequedad de la piel secundaria a la fototerapia, prurito, excreción de la bilirrubina en orina y heces, exposición a la fototerapia.

**Integridad tisular (corneal), deterioro de la** Factores relacionados: fototerapia, uso continuo de parches oculares.

**Lactancia materna, ineficaz** Factor relacionado: escaso reflejo de succión secundario al kernicterus.

**Lactancia materna, interrupción de la** Factor relacionado: enfermedad del recién nacido.

**Lesión, riesgo de** Factor de riesgo: reabsorción de la bilirrubina secundaria a la disminución de la defecación.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: letargo, reflejo de succión insuficiente en el recién nacido.

**Parental, alteración** Factor relacionado: interrupción del proceso de creación de lazos afectivos.

**Patrón de sueño, alteración del** Factores relacionados: *deprivación del sueño* secundaria al tratamiento y valoraciones frecuentes, malestar, estímulos ambientales.

**Procesos familiares, alteración de los** Factor relacionado: separación de algún miembro de la familia.

**Sensoperceptivas (visuales, táctiles), alteraciones** Factor relacionado: déficit sensorial secundario al uso de parches oculares para proteger los ojos durante la fototerapia, pérdida de estímulos táctiles.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: pérdida anómala de líquidos (especificar, p. ej., *diarrea* y pérdida insensible secundaria a la fototerapia), ingesta inadecuada de líquidos secundaria a \_\_\_\_\_ (especificar).

## Hipoglucemia

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la hipoglucemia:** apnea, daño en el SNC, dificultad respiratoria, convulsiones, temblores, espasmos.

### Diagnósticos de enfermería

**Gasto cardíaco, disminución del** Factor relacionado: contractilidad cardíaca baja.

**Lesión, riesgo de** Factor de riesgo: convulsiones.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: reflejo de succión insuficiente en el recién nacido, índice metabólico elevado o estrés fisiológico, vómitos, pérdida del reflejo de tragar.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: enfermedad del recién nacido, separación de algún miembro de la familia, *afrentamiento individual: ineficaz, déficit de conocimientos.*

## Hipotermia

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la hipotermia:** atelectasis, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia, hipoxemia, acidosis metabólica.

### Diagnósticos de enfermería

**Gasto cardíaco, disminución del** Factor relacionado: bradicardia.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factor relacionado: pérdida o disminución del apetito.

**Patrón respiratorio, ineficaz** Factor relacionado: disminución de energía o *fatiga*, atelectasia.

**Perfusión tisular (periférica), alteración de la** Factores relacionados: desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno, hipoxemia secundaria a la atelectasia y vasoconstricción pulmonar.

**Procesos familiares, alteración de los** Factor relacionado: separación de los miembros de la familia, *ansiedad, afrontamiento individual: ineficaz.*

## Problemas de alimentación

Se incluyen pero no están limitados a los siguientes: alergia o intolerancia a los alimentos, malabsorción, o problemas motores que afectan a la capacidad del recién nacido para alimentarse.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de los problemas de alimentación:** anemia, desequilibrio hidroelectrolítico.

### Diagnósticos de enfermería

**Alimentación ineficaz del lactante, patrón de** Factores relacionados: prematuridad, deterioro o retraso neurológico, hipersensibilidad oral, dieta absoluta prolongada, anomalías anatómicas.

**Conducta desorganizada del lactante** Factores relacionados: desarrollo estructural anómalo y disfunción del SNC, prematuridad.

**Deglución, deterioro de la** Factor relacionado: problema motor (especificar).

**Diarrea** Factor relacionado: intolerancia a los alimentos.

**Lactancia materna ineficaz** Factores relacionados: reflejo de succión insuficiente en el recién nacido, *fatiga* del recién nacido secundaria a la enfermedad como el síndrome de dificultad respiratoria o anomalías cardíacas, incapacidad del recién nacido de cogerse al pecho materno, anomalías del SNC, prematuridad.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: dificultad para tragar, reflejo de succión insuficiente en el recién nacido, vómitos, intolerancia a los alimentos, retrasos en el desarrollo, producción de leche materna insuficiente.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia, separación de los miembros de la familia.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: ingesta insuficiente de líquidos, inmadurez psicomotora (p. ej., respuesta ineficaz para succionar-tragar), producción de leche inadecuada, *diarrea*.

### Recién nacido de alto riesgo

Se incluye pero no está limitado a los siguientes: asfixia durante el parto, aspiración de meconio, prematuridad, embarazo prolongado, grande para su edad gestacional (GEG), pequeño para su edad gestacional (PEG), ruptura prematura de membranas, infección materna, recién nacido de madre diabética, retraso en el crecimiento intrauterino, recién nacido de madre adolescente, recién nacido de madre con dependencia farmacológica, y falta de cuidado prenatal.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de las infecciones intrauterinas:** anemia, cataratas, cardiopatía congénita, sordera, hepatoesplenomegalia, hidrocefalia, hiperbilirrubinemia, retraso mental, microcefalia, convulsiones, septicemia, púrpura trombocitopénica.

**CP de la prematuridad:** acidosis, apnea, bradicardia, estrés por frío, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, hipoglucemia, neumonía, síndrome de dificultad respiratoria, convulsiones, sepsis.

**CP del embarazo prolongado:** asfixia durante el parto, traumatismo durante el parto secundario al estado GEG, depresión del SNC, edema cerebral, hipoglucemia, problemas de absorción intestinal, aspiración de meconio, policitemia (debida al estado PEG), necrosis tubular renal.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: oxigenación inadecuada secundaria a la insuficiencia respiratoria, *limpieza ineficaz de las vías aéreas*, síndrome de dificultad respiratoria.

**Alimentación ineficaz del lactante, patrón de** Factores relacionados: prematuridad, deterioro o retraso neurológico, ayuno absoluto prolongado, anomalías anatómicas, letargo.

**Aspiración, riesgo de** Factores de riesgo: inmovilidad, aumento de las secreciones, presencia de tubos enterales o traqueales.

**Conducta desorganizada del lactante** Factores relacionados: inmadurez del SNC y exceso de estimulación ambiental.

**Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de** Factores relacionados: enfermedad grave del recién nacido; parto prematuro o defecto congénito; curso de la enfermedad imprevisible; estresantes situacionales en la familia; cuidados constantes; salud del cuidador; falta de preparación, conocimientos, destrezas o experiencia; compromisos del conflicto de rol; métodos de afrontamiento ineficaces; aislamiento; pocas oportunidades para descansar o realizar actividades recreativas.

**Desarrollo, riesgo de retraso del** Véase *retraso en el crecimiento, riesgo de*.

- Destete del respirador, respuesta disfuncional al** Factores relacionados: inmadurez pulmonar, *deterioro del intercambio gaseoso, limpieza ineficaz de las vías aéreas*, dependencia del respirador superior a una semana.
- Diarrea** Factor relacionado: aumento de la motilidad intestinal secundaria a la inflamación.
- Duelo anticipado (parental)** Factor relacionado: pérdida inminente del recién nacido.
- Estreñimiento** Factores relacionados: disminución de la actividad y motilidad secundaria a la prematuridad.
- Gasto cardíaco, disminución del** Factores relacionados: aumento del trabajo ventricular, hipovolemia, anomalía cardíaca (especificar).
- Glucosa inestable, riesgo de** Factor de riesgo: prematuridad, embarazo prolongado.
- Infección (transmisión), riesgo de** Factores de riesgo: naturaleza contagiosa del organismo adquirido dentro del útero.
- Infección, riesgo de** Factor de riesgo: sistema inmunitario defectuoso; ausencia de flora normal; conocimiento, organización o planteamiento familiar insuficiente; tratamientos o vías invasivos; heridas abiertas (p. ej., circuncisión, cordón umbilical), infección intrauterina.
- Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: fragilidad de la piel, inmovilidad, susceptibilidad a las infecciones y ausencia de flora normal secundaria a la prematuridad; ausencia de vórnix y exposición prolongada al líquido amniótico secundarias al embarazo prolongado y el estado GEG.
- Intercambio gaseoso, deterioro del** Factores relacionados: disminución del tejido pulmonar funcional secundario a la neumonía, enfermedad pulmonar crónica, atelectasia, cambios en la membrana capilar alveolar secundarios a los surfactantes inadecuados, estrés por frío, inmadurez del SNC.
- Lactancia materna, ineficaz** Factores relacionados: *fatiga* del recién nacido, reflejo de succión insuficiente, alimentación interrumpida o infrecuente.
- Lactancia materna, interrupción de la** Factores relacionados: enfermedad del recién nacido, prematuridad, obligaciones maternas fuera del hogar, destete repentino del recién nacido.
- Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: sistema de apoyo insuficiente, organización o planteamiento familiar insuficiente, necesidades complejas del recién nacido.
- Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: reflejo de succión insuficiente en el recién nacido, vómitos, intolerancia a los alimentos, índice metabólico elevado.
- Patrón respiratorio, ineficaz** Factores relacionados: disminución de la energía o *fatiga* secundarias a la enfermedad (p. ej., sepsis, síndrome de dificultad respiratoria), efectos secundarios de la medicación, inmadurez del sistema respiratorio, desequilibrios metabólicos.
- Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia, separación de los miembros de la familia.
- Respiración espontánea, dificultad para mantener la** Factores relacionados: factores metabólicos, fatiga muscular respiratoria, inmadurez pulmonar.
- Retraso en el crecimiento, riesgo de** Factores de riesgo: anomalía congénita, estrés fetal, prematuridad, estilo de vida materno insalubre durante el embarazo, enfermedad grave.
- Temor (parental)** Factor relacionado: amenaza al recién nacido.
- Temperatura corporal, riesgo de alteración de la** Véase *termorregulación ineficaz*.
- Termorregulación ineficaz** Factores relacionados: prematuridad (inmadurez del SNC, disminución de la masa corporal en relación con la superficie corporal, grasa subcutánea mínima, tejido adiposo pardo limitado, incapacidad para temblar o sudar), transición a un entorno extrauterino, exposición al entorno secundaria a la necesidad de tratamientos o intervenciones frecuentes.
- Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: aspiración de meconio, secreción traqueobronquial.

830 Manual de diagnósticos de enfermería

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: pérdida anómala de sangre, pérdida anómala de líquidos (especificar, p. ej., *diarrea*, *diaforesis*), ingesta insuficiente de líquidos secundaria a \_\_\_\_\_ (especificar, p. ej., escaso reflejo de succión).

**Volumen de líquidos, exceso de** Factor relacionado: disminución de la producción urinaria secundaria al fallo cardíaco.

## Recién nacido de bajo peso/pequeño para su edad gestacional

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la PEG:** síndrome de aspiración; hipocalcemia; hipoglucemia; anomalías del SNC y retraso mental; hipotermia; asfixia perinatal; policitemia.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factor relacionado: debilidad o *fatiga*.

**Alimentación ineficaz del lactante, patrón de** Véase *nutrición: por defecto, alteración de la*.

**Apego parental lactante/niño, riesgo de alteración del** Factores de riesgo: enfermedad del recién nacido, necesidad de asistencia técnica, hospitalización prolongada.

**Duelo disfuncional** Factor relacionado: pérdida anticipada o percibida del niño perfecto.

**Fatiga** Factores relacionados: disminución de energía, índice metabólico elevado, baja oxigenación.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: piel frágil, seca y descamada; falta de tejido adiposo subcutáneo.

**Intercambio gaseoso, deterioro del** Factores relacionados: disminución del suministro de sangre pulmonar secundaria al síndrome de dificultad respiratoria; disminución del tejido pulmonar funcional secundaria a la atelectasia, síndrome de dificultad respiratoria y aspiración de meconio.

**Lactancia materna, ineficaz** Factores relacionados: *fatiga* del recién nacido, reflejo de succión insuficiente, lactancia interrumpida o infrecuente.

**Lactancia materna, interrupción de la** Factor relacionado: enfermedad del recién nacido.

**Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: sistema de apoyo insuficiente, organización o planteamiento familiar insuficiente, falta de recursos, ausencia de apoyo.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: reflejo de succión insuficiente del recién nacido, intolerancia a los alimentos, índice metabólico elevado, disminución de los depósitos de glucógeno.

**Parental, alteración** Factor relacionado: separación prolongada del recién nacido y sus padres.

**Patrón de sueño, alteración del** Factor relacionado: *deprivación del sueño* secundaria a las frecuentes intervenciones terapéuticas.

**Patrón respiratorio ineficaz** Factor relacionado: disminución de energía o *fatiga*.

**Perfusión tisular (periférica), alteración de la** Factores relacionados: desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno, aumento de la viscosidad de la sangre.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia, separación de los miembros de la familia, sentimiento de culpa.

**Temperatura corporal, riesgo de alteración de la** Factores de riesgo: disminución del tejido adiposo subcutáneo, gran superficie corporal en relación con la masa corporal, disminución de los depósitos de tejido adiposo pardo.

**Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: disminución de energía o *fatiga*, aspiración de meconio.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factor relacionado: ingesta insuficiente de líquidos.

## Recién nacido normal

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la adaptación a la vida extrauterina:** hemorragia secundaria a la circuncisión, estrés por frío, trastorno hemorrágico del recién nacido, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia, neumonía por aspiración de meconio.

### Diagnósticos de enfermería

**Apego parental lactante/niño, riesgo de alteración del** Factores de riesgo: *ansiedad* por el rol parental, expectativas insatisfechas de los padres sobre el parto y el recién nacido; falta de contacto temprano padres-hijo; discordia conyugal; falta de intimidad durante el postparto inmediato.

**Dolor** Factores relacionados: circuncisión, reflujo gastroesofágico, cólico.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: falta de inmunidad adquirida, defensas primarias (p. ej., heridas abiertas tales como la circuncisión) y defensas secundarias (p. ej., alteración de la fagocitosis) inadecuadas, falta de flora normal, exposición a gérmenes patógenos (p. ej., *Neisseria gonorrhoeae*) durante el paso a través del canal del parto.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores de riesgo y relacionados: falta de flora cutánea normal, defensas primarias y secundaria insuficientes, fragilidad relativa de la piel.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: *lactancia materna, ineficaz*, producción insuficiente de leche materna, depósitos insuficientes de glucosa, *déficit parental de conocimientos*.

**Parental, alteración** Factores relacionados: *déficit de conocimientos* (p. ej., atención relacionada con el recién nacido, seguimiento de visitas), *ansiedad* por los nuevos roles, ausencia de apoyo, problemas económicos, problemas conyugales.

**Retención urinaria** Factor relacionado: obstrucción uretral secundaria al edema postcircuncisión.

**Temperatura corporal, riesgo de alteración de la** Factores de riesgo: proporción de superficie corporal mayor en relación con la masa, incapacidad para temblar, transición extrauterina.

**Termorregulación ineficaz** Véase *temperatura corporal, riesgo de alteración de la*.

**Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: secreciones orofaríngeas, respiración nasal obligatoria, apnea.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: ingesta oral inadecuada, aumento del índice metabólico secundario a la excesiva manipulación del recién nacido.

---

## ENFERMEDADES PEDIÁTRICAS

Amigdalectomía  
 Crisis de células falciformes  
 Embarazo en la adolescencia  
 Enfermedad respiratoria crónica  
 Escayolas y tracción  
 Gastroenteritis  
 Infección del sistema nervioso central (SNC)  
 Infección respiratoria aguda  
 Ingestión o intoxicación involuntaria  
 Labio leporino/paladar hendido: reparación quirúrgica

832 Manual de diagnósticos de enfermería

Malformaciones congénitas del sistema nervioso central: reparación quirúrgica  
 Malos tratos a menores  
 Obesidad infantil  
 Obstrucción gastrointestinal: reparación quirúrgica  
 Osteomielitis  
 Problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad  
 Quemaduras  
 Retraso del crecimiento  
 Sepsis  
 Trastornos convulsivos  
 Trastornos de la coagulación

### Amigdalectomía

Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842.

#### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la amigdalectomía:** obstrucción de las vías aéreas, aspiración, hemorragia.

#### Diagnósticos de enfermería

**Dolor** Factores relacionados: cirugía, taponamiento, edema.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: pérdida de apetito secundaria al dolor de garganta y a tragar sangre.

**Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: traumatismo, edema, *dolor*, secreciones traqueobronquiales, acumulación de sangre en la orofaringe, vómitos, sedación.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: pérdida de sangre secundaria a la cirugía de una zona altamente vascular, disminución de la ingesta ocasionada por el dolor al tragar.

### Crisis de células falciformes

Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842.

#### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la crisis de células falciformes:** crisis vasooclusiva, provocar infartos de los órganos vitales (p. ej., hígado, riñones, sistema nervioso central); infecciones (p. ej., neumonía, osteomielitis); crisis aplásica (desarrollo rápido de anemia grave); secuestro esplénico, provocar colapso circulatorio.

**CP de las transfusiones repetidas:** hemosiderosis.

#### Diagnósticos de enfermería

**Dolor** Factores relacionados: crisis de células falciformes, hipoxia tisular y deterioro de la circulación periférica.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: retraso en el comienzo de la pubertad, tumefacción de las manos y los pies, prominencia de los huesos de la cara y el cráneo, *dolor*, necesidad de evitar las actividades intensas.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: enfermedad crónica, defectos en el sistema inmunológico.

**Intercambio gaseoso, deterioro del** Factores relacionados: susceptibilidad a la neumonía e infartos pulmonares, disminución de la capacidad de transporte de oxígeno a la sangre.

**Perfusión tisular (periférica), alteración de la** Factores relacionados: desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno secundario a la anemia, trombosis secundaria a la aglomeración de glóbulos rojos en la crisis de células falciformes, aumento de la viscosidad de la sangre, comunicación arteriovenosa en la circulación periférica y pulmonar.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factor relacionado: aumento de la necesidad de volumen de líquidos en sangre para prevenir la drepanocitemia y la trombosis. (IMPORTANTE: éste es un déficit relativo. Debe ingerirse el líquido necesario para la hemodilución.)

## Embarazo en la adolescencia

Incluye los periodos del embarazo, anteparto y postparto, y paternidad. Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842. Véanse también las complicaciones del anteparto y el postparto, págs. 814-821.

### Diagnósticos de enfermería

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: embarazo adolescente, paternidad adolescente.

**Aislamiento social** Factores relacionados: alteración de la apariencia física, cambios en el estilo de vida.

**Apego parental lactante/niño, riesgo de alteración del** Véase *parental, alteración*.

**Conocimientos (especificar), déficit de** Factores relacionados: exposición limitada a la información (p. ej., sobre métodos anticonceptivos, paternidad), práctica limitada de destrezas, información, mala interpretación.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: embarazo y etapa de desarrollo.

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: conflicto sociocultural, alteración del autoconcepto, vergüenza, retraimiento en el colegio.

**Mantenimiento de la salud, Alteración en el** Factores relacionados: falta de apoyos sociales, falta de recursos materiales, creencias culturales, falta de habilidad para emitir juicios deliberados y completos secundaria a la edad madurativa.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: necesidades metabólicas elevadas secundarias al embarazo y adolescencia, falta de conocimientos nutricionales básicos, acceso limitado a los alimentos, *náuseas* y vómitos.

**Nutrición: por exceso, alteración de la** Factores relacionados: normas étnicas o culturales, falta de conocimientos nutricionales básicos, comida "rápida", comida "basura".

**Parental, alteración** Factores relacionados: falta de conocimientos o habilidades; falta de apoyo para los responsables del niño por parte de sus propios padres; aislamiento de sus propios padres; expectativas irreales sobre uno mismo, el niño o el cónyuge; crisis situacional.

**Violencia dirigida a otros (niño), riesgo de** Factores de riesgo: reacción de cólera, historial de abuso físico o mental de los otros, estilos de afrontamiento ineficaces, abuso de sustancias.

## Enfermedad respiratoria crónica

Incluye pero no está limitada a los siguientes: asma, displasia broncopulmonar y fibrosis quística. Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842. Véanse también las enfermedades: enfermedades respiratorias agudas (p. ej., neumonía, edema pulmonar, embolia pulmonar) y enfermedades respiratorias crónicas, págs. 775-776.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP del trastorno respiratorio crónico:** hipoxemia, acidosis respiratoria.

**CP de la terapia con corticosteroides:** hipertensión, hipopotasemia, hipoglucemia, inmunosupresión, osteoporosis, úlceras.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: oxigenación insuficiente secundaria al broncoespasmo o aumento de las secreciones pulmonares.

**Ansiedad** Factores relacionados: sensación de ahogo, dificultad para respirar, *temor* a la asfixia o muerte.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: desnutrición, estasis de las secreciones respiratorias.

**Intercambio gaseoso, deterioro del** Factor relacionado: disminución del tejido funcional del pulmón secundaria a las áreas fibróticas y no ventiladas del parénquima pulmonar en la displasia broncopulmonar.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: pérdida de apetito con la enfermedad crónica, necesidades metabólicas elevadas secundarias a la infección pulmonar, mala absorción de los nutrientes secundaria a la fibrosis quística.

**Patrón respiratorio, ineficaz** Factores relacionados: *ansiedad*, infección pulmonar, disminución de energía o *fatiga*.

**Temor** Factores relacionados: disnea, miedo a la repetición.

**Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: secreciones traqueobronquiales, espasmos de los bronquios y bronquiolos, expectoración ineficaz secundaria a la *fatiga* o debilidad.

**Volumen de líquidos, riesgo de déficit de** Factores de riesgo: ingesta insuficiente de líquidos secundaria a la dificultad para respirar, pérdida anómala de líquidos debida al aumento de las pérdidas imperceptibles de agua en respiraciones rápidas.

### Escayolas y tracción

Incluyen pero no están limitadas a los siguientes: traumatismo ortopédico y displasia congénita de cadera. Véanse las afecciones quirúrgicas: cirugía musculoesquelética, págs. 797-798, y enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842.

### Diagnósticos de enfermería

**Disfunción neurovascular periférica, riesgo de** Factores de riesgo: inmovilización, traumatismo tisular.

**Dolor** Factores relacionados: *dolor* secundario a la lesión, *dolor* secundario a la cirugía, calambres musculares secundarios a la inmovilización, dolor muscular (p. ej., por caminar con muletas).

**Estreñimiento** Factores relacionados: inmovilidad, analgésicos opioides.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: cirugía, dispositivos, defectos congénitos.

**Incontinencia urinaria funcional** Factor relacionado: déficit de movilidad.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: *deterioro de la integridad tisular* secundario a los traumatismos o cirugía, piel rota (p. ej., secundaria a los dispositivos de sujeción).

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: alteración de la circulación, inmovilidad prescrita, *trastorno de la movilidad* secundario al dolor, piel rota (p. ej., secundario a los dispositivos de sujeción externos).

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: *dolor* y malestar, restricciones médicas impuestas, deterioro musculoesquelético, escayolas, tracción.

**Perfusión tisular (periférica), alteración de la** Factores relacionados: interrupción del flujo venoso \_\_\_\_\_ (especificar) secundario a la presión contractiva, interrupción del flujo arterial \_\_\_\_\_ (especificar) secundario al síndrome compartimental, traumatismo tisular.

## Gastroenteritis

Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la gastroenteritis:** desequilibrio de líquidos y electrolitos.

### Diagnósticos de enfermería

**Diarrea** Factores relacionados: intolerancia a los alimentos, infección e inflamación, estrés, cambios en la dieta, aumento de la motilidad intestinal.

**Dolor** Factor relacionado: *diarrea*, calambres abdominales secundarios a la inflamación, distensión y hiperperistalsis.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores de riesgo y relacionados: incontinencia de deposiciones secundaria a la *diarrea*.

**Membrana mucosa oral, alteración de la** Factor relacionado: deshidratación, vómitos.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: pérdida de apetito, *náuseas* y vómitos.

**Sensoperceptivas (especificar), alteraciones** Factor relacionado: desequilibrio de electrolitos.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: pérdida anómala de líquidos (*diarrea*, vómitos) secundaria a la infección, intolerancia a los alimentos, mala absorción.

## Infección del sistema nervioso central (SNC)

Incluye pero no está limitada a los siguientes: meningitis, encefalitis, rabia, síndrome de Reye y síndrome de Guillain-Barré. Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842, y enfermedades: trastornos neurológicos, págs. 787-790.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la infección del SNC:** atelectasis, coma, desequilibrio de líquidos y electrolitos, insuficiencia hepática, aumento de la presión intracraneal, neumonía, insuficiencia renal, estrés respiratorio, convulsiones, sepsis.

**CP del síndrome de Reye:** diabetes insípida.

### Diagnósticos de enfermería

**Asfixia, riesgo de** Factores de riesgo: disminución del nivel de consciencia, convulsiones, debilidad o parálisis muscular.

**Comunicación verbal, trastorno de la** Factores relacionados: incapacidad para hablar secundaria al coma, disartrias debidas a la debilidad de los músculos del habla.

**Confusión aguda** Véase *memoria, trastorno de*

**Deglución, deterioro de la** Factor relacionado: lesiones del cerebelo.

**Dolor** Factores relacionados: *náuseas* o vómitos, dolor de cabeza secundario a la irritación o inflamación de las meninges, espasmos musculares (cuello, hombros), parestesia.

**Hipertermia** Factores relacionados: enfermedad, deshidratación, aumento del índice metabólico secundario al proceso de infección.

**Infección, riesgo de (transmisión)** Factor de riesgo: patógeno contagioso.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factor relacionado: trastorno de la movilidad física.

**Lesión, riesgo de** Factores de riesgo: convulsiones, debilidad generalizada, reducción de la coordinación, déficits cognitivos, déficits sensoriales, deambulación inestable.

**Memoria, trastorno de** Factores relacionados: disminución de la perfusión tisular cerebral secundaria al edema, hipovolemia, o aumento de la presión intracraneal.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: deterioro neuromuscular, coma, *dolor*, parálisis parcial o completa, pérdida de fuerza y control muscular, rigidez muscular o temblores.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: Deterioro de la deglución, disfagia o dificultades para la masticación secundarias al compromiso del nervio craneal.

**Patrón respiratorio, ineficaz** Véase *vías aéreas, limpieza ineficaz de las*.

**Perfusión tisular (cerebral), alteración de la** Factores relacionados: edema cerebral, aumento de la presión intracraneal, hipovolemia, acidosis.

**Sensoperceptivas (especificar), alteraciones** Factores relacionados: déficits sensoriales secundarios al coma; privación del sueño; alteración de la recepción, transmisión e integración sensorial; desequilibrio de electrolitos; hipoxia; estrés emocional.

**Síndrome de desuso, riesgo de** Factores de riesgo: parálisis, coma.

**Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: deterioro del reflejo nauseoso, deterioro de la deglución, fatiga, debilidad o parálisis de los músculos respiratorios, obstrucción traqueobronquial, neumonía por aspiración.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: ingesta insuficiente de líquidos secundaria a las *náuseas*, pérdida anómala de líquidos secundaria a los vómitos, fallo de los mecanismos reguladores (p. ej., diabetes insípida).

## Infección respiratoria aguda

Incluye pero no está limitada a las siguientes: amigdalitis, faringitis, laringitis aguda, laringotraqueobronquitis, epiglotitis, bronquitis y neumonía. Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842. Véanse también las enfermedades: enfermedades respiratorias agudas (p. ej., neumonía, edema pulmonar, embolia pulmonar) y enfermedades respiratorias crónicas, págs. 775-776.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la infección respiratoria aguda:** hipoxemia, acidosis respiratoria, insuficiencia respiratoria, sepsis.

**CP de la terapia con corticosteroides:** hipertensión, hipopotasemia, hipoglucemia, inmunosupresión, osteoporosis, úlceras.

### Diagnósticos de enfermería

**Ansiedad** Factores relacionados: *temor* a la muerte, disnea, oxigenación insuficiente.

**Dolor** Factores relacionados: dolor de garganta, *dolor* al inspirar, *dolor* pleural.

**Integridad cutánea, riesgo de deterioro de la** Factores de riesgo: alteración del estado nutricional, hipertermia, entorno terapéutico húmedo, disminución de la movilidad, diaforesis.

**Intercambio gaseoso, deterioro del** Factores relacionados: disminución del tejido funcional del pulmón secundaria a la neumonía, retención de aire, deterioro del intercambio de oxígeno en los alvéolos secundario a las secreciones, hipoventilación (véase *vías aéreas, limpieza ineficaz de las*).

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: pérdida de apetito secundaria a la disnea y malestar, necesidades metabólicas elevadas.

**Sensoperceptivas (especificar), alteraciones** Factor relacionado: déficit sensorial secundario a la pérdida de tiempo en la cámara nebulizadora.

**Temor** Factores relacionados: amenaza real al bienestar, estresantes ambientales u hospitalización, separación de los padres, disnea, *temor* a los ataques recurrentes.

**Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factor relacionado: edema, aumento o viscosidad de las secreciones pulmonares o traqueobronquiales, broncoespasmo, inflamación traqueobronquial, dolor pleurítico, expectoración ineficaz secundaria a la *fatiga*.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: ingesta insuficiente de líquidos secundaria a la dificultad para respirar, pérdida anómala de líquidos secundaria al aumento de pérdida imperceptible de agua por respiraciones rápidas o fiebre.

### Ingestión o intoxicación involuntaria

Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP del envenenamiento por plomo:** anemia, aspiración, ceguera, quemaduras (p. ej., ácido, alcalino), hemorragia, acidosis metabólica, alcalosis respiratoria (Carpenito 1997b, pág. 536).

### Diagnósticos de enfermería

**Ansiedad** Factores relacionados: emergencia por la naturaleza de la situación, preocupación por la reacción de los padres, sentimiento de culpa.

**Dolor crónico** Factor relacionado: depósitos de plomo en los tejidos blandos y en los huesos.

**Lesión, riesgo de (p. ej., caídas)** Factores de riesgo: convulsiones secundarias a la intoxicación por plomo, intoxicación por ácido acetilsalicílico, convulsiones, pérdida de coordinación, disminución del nivel de consciencia.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: cambios gastrointestinales provocados químicamente, anorexia, dolor abdominal, anemia secundaria al envenenamiento por plomo.

**Patrón respiratorio, ineficaz** Factor relacionado: depresión del sistema respiratorio secundario a \_\_\_\_\_ (especificar droga).

**Procesos de pensamiento, alteración de los** Factor relacionado: depósitos de plomo en el tejido cerebral y sistema nervioso central.

**Sensoperceptivas (especificar), alteraciones** Factores relacionados: disminución de la conciencia, encefalopatía.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: aumento de la producción urinaria secundaria a la disfunción renal, vómitos, diarrea, disminución de la ingesta.

### Labio leporino/paladar hendido: reparación quirúrgica

Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP del labio leporino/paladar hendido:** retraso del crecimiento, otitis media, formación excesiva de escaras, efecto cosmético escaso secundario a la esfacelación de la suturas.

**CP del labio leporino/paladar hendido, reparación quirúrgica:** neumonía hipostática.

### Diagnósticos de enfermería

**Alimentación ineficaz del lactante, patrón de** Factores relacionados: anomalías anatómicas, hipersensibilidad oral.

**Aspiración, riesgo de** Factores de riesgo: aspiración de alimentos a través del defecto congénito del paladar, aspiración posoperatoria de moco y sangre.

**Autocuidado: alimentación, déficit del** Factores relacionados: edad del niño y necesidad de adaptación en la alimentación.

**Comunicación verbal, trastorno de la** Factores relacionados: reparación incompleta del paladar, retraso en el desarrollo muscular, problemas dentales, pérdida auditiva.

**Deglución, deterioro de la** Factores relacionados: dolor, método de alimentación desconocido.

**838** Manual de diagnósticos de enfermería

**Dolor** Factores relacionados: reparación quirúrgica del labio leporino y el paladar hendido, sujeciones mecánicas.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factor relacionado: anomalía congénita visible.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: traumatismo secundario a la cirugía, aspiración de alimentos, dificultad para limpiar suturas.

**Lesión, riesgo de (interrupción en la zona quirúrgica)** Factores de riesgo: limitaciones en la edad de maduración; tensión en la línea de sutura secundaria a llorar, alimentarse, o limpiar el área, chupar o soplar.

**Membrana mucosa oral, alteración de la** Factor relacionado: cirugía en la cavidad oral.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: uso de sujeciones mecánicas para proteger la reparación quirúrgica.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: dificultad al masticar, dificultad al tragar secundaria al *dolor agudo*, *náuseas* y vómitos posoperatorios, modificaciones prescritas en la dieta (p. ej., líquidos).

**Temor** Factores relacionados: estresantes ambientales u hospitalización, separación del padre/madre, *temor* parental a que el niño aspire o a que la línea de sutura se dañe.

**Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factor relacionado: edema secundario a la cirugía.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factor relacionado: desviación que afecta al acceso o ingesta de líquidos secundaria a la dificultad de la toma de líquidos por vía oral.

## Malformaciones congénitas del sistema nervioso central: reparación quirúrgica

Incluyen pero no están limitadas a las siguientes: espina bífida, meningocele, mielomeningocele e hidrocefalo. Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la hidrocefalia:** aumento de la presión intracraneal.

**CP del mielomeningocele:** hidrocefalo.

**CP de las malformaciones congénitas o cirugía del SNC:** insuficiencia neurovascular, sepsis, infecciones del tracto urinario.

### Diagnósticos de enfermería

**Dolor** Factor relacionado: cirugía.

**Incontinencia fecal** Factores relacionados: efectos de la anomalía de la médula espinal en el esfínter anal.

**Incontinencia urinaria total** Factores relacionados: efectos de la anomalía de la médula espinal en la vejiga.

**Infección, riesgo de** Factor de riesgo: pérdida de piel intacta secundaria a la anomalía congénita o cirugía.

**Integridad cutánea, riesgo de deterioro de la** Factores de riesgo: inmovilidad (p. ej., relacionada con algún miembro, cabeza y cuello).

**Lesión, riesgo de** Factores de riesgo: aumento de la presión intracraneal o convulsiones secundarias al mal funcionamiento de un *bypass* en el hidrocefalo, incapacidad para sostener una cabeza de gran tamaño.

**Movilidad física, trastorno de la** Factor relacionado: deterioro neuromuscular secundario a la afectación de la médula espinal.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factor relacionado: vómitos secundarios al aumento de la presión intracraneal.

**Sensoperceptivas (cinestésicas, táctiles), alteraciones** Factores relacionados: déficits sensoriales secundarios a la afectación de la médula espinal.

## Malos tratos a menores

### Diagnósticos de enfermería

Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842.

**Afrontamiento familiar, ineficaz: comprometido/incapacitante** Factores relacionados: sentimientos crónicos sin resolver (especificar), falta de familia extensa, problemas económicos, relaciones familiares muy ambivalentes, niño no deseado, características no deseadas del niño (p. ej., apariencia, retraso mental, hiperactividad), abuso de sustancias por parte de algún miembro de la familia, trastorno emocional de algún miembro de la familia, uso de violencia para resolver conflictos, abuso infantil sexual o físico.

**Afrontamiento individual (infantil): ineficaz** Factor relacionado: vulnerabilidad personal en crisis situacionales.

**Afrontamiento individual (maltratador): ineficaz** Factores relacionados: historial de abuso en su propia familia, falta de cariño de su propia familia, *aislamiento social*, ausencia de sistema de apoyo, *baja autoestima situacional*, enfermedad mental, inmadurez emocional, expectativas irreales sobre el niño.

**Aislamiento social** Véase *interacción social, deterioro de la*.

**Autoestima (crónica, situacional), baja** Factores relacionados: abuso, reacción negativa de los miembros de la familia, sensación de abandono.

**Desesperanza** Factores relacionados: estrés o abuso a largo plazo, incapacidad para escapar.

**Dolor** Factor relacionado: traumatismo.

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: *baja autoestima crónica o situacional*, aislamiento impuesto por los padres.

**Lesión, riesgo de** Factores de riesgo: abuso físico o psicológico, abandono parental.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factor relacionado: abandono parental.

**Parental, alteración** Factores relacionados: modelo de rol inefectivo o ausente; interrupción del proceso de creación de lazos afectivos; falta de conocimiento o habilidad; falta o respuesta inapropiada del niño hacia los padres; falta de apoyo para el responsable/s del niño; deterioro psicológico; enfermedad física; expectativas irreales de uno mismo, del niño o cónyuge; alteración de la relación entre padres y otros responsables del niño; crisis situacional (específica para la familia).

**Patrón de sueño, alteración del** Factores relacionados: *ansiedad*, estado emocional.

**Síndrome postraumático** Factores relacionados: abuso, agresión, tortura, accidentes e incesto.

**Temor (infantil)** Factores relacionados: amenaza real al propio bienestar, *impotencia*, posibilidad de traslado a un hogar de acogida.

**Temor (parental)** Factores relacionados: posibilidad de que el abuso sea descubierto, reacciones anticipadas de los otros, pérdida del niño, procedimiento penal.

**Traumatismo (p. ej., envenenamiento, lesión física), riesgo de** Factores de riesgo: vulnerabilidad secundaria a los problemas congénitos o enfermedad crónica; ausencia de sistema de apoyo para los cuidadores; alteración en las interacciones familiares.

**Violencia dirigida a otros, riesgo de** Factor de riesgo: historial de abuso físico o mental por parte de los otros.

## Obesidad infantil

Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: estilo de vida sedentario, dificultad para realizar ejercicios debido al exceso de peso, malestar por el esfuerzo.

840 Manual de diagnósticos de enfermería

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: uso de los alimentos para enfrentarse a los estresantes.

**Aislamiento social** Factores relacionados: obesidad, reacciones de los otros.

**Autoestima (crónica, situacional), baja** Factores relacionados: obesidad, apariencia no valorada culturalmente, respuesta de los otros a la obesidad.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: trastornos alimentarios (p. ej., obesidad), imagen de uno mismo en contraste con los valores culturales.

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: incapacidad para iniciar relaciones debido al trastorno del autoconcepto, vergüenza y miedo a las respuestas negativas de los otros.

**Mantenimiento de la salud, alteración en el** Factores relacionados: creencias culturales, falta de apoyos sociales, falta de habilidad para emitir juicios deliberados y completos secundaria a la edad de maduración, falta de ejercicio.

**Movilidad física, trastorno de la** Factor relacionado: tensión de músculos y articulaciones debido al peso.

**Nutrición: por exceso, alteración de la** Factores relacionados: deterioro psicológico; estilo de vida sedentario; falta de conocimientos nutricionales básicos; normas étnicas y culturales; comer como forma de afrontamiento; asuntos de control, sexo o amor.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: efectos de la terapia (p. ej., restricción alimentaria) en la relación padres-hijo.

### Obstrucción gastrointestinal: reparación quirúrgica

Incluye pero no está limitada a los siguientes: gastrosquisis, onfalocele, atresia intestinal, íleo meconial, ano imperforado, enfermedad de Hirschsprung, estenosis pilórica, invaginación intestinal, hernia inguinal e hidrocele. Véanse las afecciones quirúrgicas, cirugía abdominal, págs. 792-794, y enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la obstrucción/cirugía:** hemorragia, íleo, sepsis.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: deshidratación, desequilibrio de electrolitos, pérdida de sangre, ingesta insuficiente de alimentos.

**Dolor** Factor relacionado: cirugía.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: efectos de la enfermedad o de la cirugía en el cuerpo.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores de riesgo y relacionados: alteración en el estado nutricional, heridas quirúrgicas.

**Náuseas** Factores relacionados: *dolor*, distensión abdominal, obstrucción.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: pérdida de apetito, *náuseas* y vómitos, cambios en la dieta.

**Patrón respiratorio, ineficaz** Factor relacionado: *dolor agudo*.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: pérdida anómala de sangre, pérdida anómala de líquidos, ayuno absoluto.

### Osteomielitis

Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la osteomielitis:** embolia infectiva, fracturas patológicas.

**CP de la terapia antibiótica:** problemas hematológicos, hepáticos y renales; *shock* anafiláctico.

### Diagnósticos de enfermería

**Dolor** Factores relacionados: inflamación, tumefacción, hipertermia, necrosis tisular, fracturas.

**Estreñimiento** Factores relacionados: inmovilidad, medicación narcótica.

**Hipertermia** Factores relacionados: proceso infeccioso, aumento del índice metabólico.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: inmovilidad, irritación por escayola o férula.

**Lesión, riesgo de** Factor de riesgo: fracturas patológicas relacionadas con el proceso de la enfermedad.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: *dolor* y malestar, deterioro musculoesquelético, inmovilidad prescrita.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: índice metabólico elevado, anorexia secundaria al proceso infeccioso y *dolor*.

**Perfusión tisular, alteración de la** Factores relacionados: reacción inflamatoria con trombosis en vasos sanguíneos, edema, formación de abscesos, destrucción tisular.

### Problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad

Los siguientes diagnósticos de enfermería (además de *déficit de conocimientos*) deben tenerse en cuenta para todas las enfermedades pediátricas médicas/quirúrgicas. Los diagnósticos de enfermería que son específicos de una enfermedad médica (p. ej., quemaduras, gastroenteritis) siguen la enfermedad general y los diagnósticos relacionados con el desarrollo a los que se refieren.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factores relacionados: disminución de la fuerza y la resistencia, debilidad y *fatiga*, desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno, *dolor (agudo o crónico)*, *alteración de la nutrición: por defecto*, movilidad limitada, estado débil o frágil, enfermedad crónica, disminución de la hemoglobina, deshidratación.

**Actividades recreativas, déficit de** Factores relacionados: separación de la escuela, amigos y familia secundaria a la hospitalización o discapacidad, *dolor*, enfermedad.

**Afrontamiento familiar, ineficaz: comprometido/incapacitante** Factores relacionados: despreocupación arbitraria hacia las necesidades del recién nacido, métodos de afrontamiento conflictivo, relaciones muy ambivalentes (véase *procesos familiares, alteración de los, y cuidador, riesgo de sobreesfuerzo en el rol de*).

**Aislamiento social** Factores relacionados: reacciones actuales o percibidas de los otros respecto a la discapacidad del niño, intensidad de la necesidad de cuidados (p. ej., falta de tiempo, energía).

**Ansiedad** Factores relacionados: amenaza o cambio en las funciones del rol y los patrones de interacción, necesidades insatisfechas, ansiedad por separación.

**Autocuidado, déficit del (especificar)** Factores relacionados: específicos de la enfermedad (p. ej., depresión, *dolor* y malestar, *intolerancia a la actividad*, disminución de la fuerza y resistencia).

**Autoestima (crónica, situacional), baja** Factores relacionados: enfermedad crónica, *dolor crónico*.

**Conductas de riesgo para la salud, tendencia a adoptar** Factores relacionados: duelo incompleto, *duelo complicado*, necesidad de cambio de comportamiento o mejor estilo de vida, patrón de dependencia, sistemas de apoyo inadecuados, retraso en el desarrollo.

**Crecimiento y desarrollo, alteración del** Factores relacionados: incapacidad para realizar tareas de desarrollo secundaria a la enfermedad grave, dependencia o limitaciones prescritas.

**Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de** Factores relacionados: enfermedad grave del recién nacido, parto prematuro o defecto congénito, retraso en el desarrollo o retraso del recién nacido o cuidador, patrones de afrontamiento marginales del cuidador, duración obligatoria de cuidados, compromisos en el rol del cuidador, complejidad y cantidad de cuidados, falta de descanso o tiempo para realizar actividades recreativas del cuidador.

**Desarrollo, riesgo de alteración del** Véase *crecimiento y desarrollo, alteración del*.

**Desesperanza** Factor relacionado: enfermedad de deterioro o defecto físico del recién nacido.

**Duelo anticipado/disfuncional** Factores relacionados: pérdida (actual o anticipada) secundaria a la enfermedad particular, enfermedad crónica.

**Impotencia** Factor relacionado: enfermedad crónica.

**Incumplimiento del tratamiento** Factores relacionados: negación de la enfermedad, consecuencia negativa del régimen de tratamiento, beneficios percibidos de la enfermedad continua, falta de vigilancia o apoyo parental.

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: alteración del autoconcepto, limitación de la movilidad física.

**Mantenimiento del hogar, dificultades para el** Factores relacionados: obstáculos en el entorno del hogar, sistemas de apoyo inadecuados, organización o planteamiento familiar insuficiente, economía insuficiente, falta de familiaridad con los recursos comunitarios, incapacidad de desarrollo de los cuidadores, deterioro físico o psicológico de algún miembro de la familia además del paciente, *déficit de conocimientos*.

**Parental, alteración** Factores relacionados: interrupción en el proceso de creación de lazos afectivos; separación impuesta por el tratamiento; abuso; rechazo o sobreprotección secundarios a las destrezas de afrontamiento inadecuadas; falta de conocimiento o habilidades necesarios para tratar a un niño con necesidades especiales; apoyos o recursos inadecuados.

**Procesos familiares, alteración de los** Factores relacionados: cambio en los roles familiares, enfermedad o discapacidad de algún miembro de la familia, expectativas insatisfechas hacia el recién nacido, sistemas de apoyo inadecuados, estresantes abrumadores, agotamiento emocional y físico, problemas económicos, separación de los miembros de la familia, enfermedades prolongadas.

**Régimen terapéutico: personal, manejo ineficaz del** Factores relacionados: Déficit de conocimientos (p. ej., enfermedad o procedimientos quirúrgicos, signos y síntomas de las enfermedades, medicamentos, cuidados y tratamiento, modificaciones en la dieta), regímenes de medicación y tratamiento complejos.

**Rol parental, conflicto del** Factores relacionados: separación de los miembros de la familia secundaria a la hospitalización(es) del niño, incapacidad para mantener las demandas del rol habitual (p. ej., trabajar, cónyuge), intimidación con procedimientos técnicos o invasivos.

**Rol, alteración en el desempeño del** Factores relacionados: enfermedad crónica, *dolor crónico*.

**Sufrimiento espiritual** Factor relacionado: puesta a prueba de las creencias espirituales.

**Temor** Factores relacionados: *impotencia*, amenaza al propio bienestar o del recién nacido.

**Toma de decisiones, conflicto en la** Factores relacionados: necesidad de tomar decisiones acerca del tratamiento o intervenciones, necesidades importantes de la enfermedad del recién nacido en relación con aquellas de sus hermanos sanos.

## Quemaduras

### Diagnósticos de enfermería

Véanse las enfermedades: quemaduras, págs. 783-784, y enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842.

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: estresantes múltiples (p. ej., lesión grave, *dolor*, procedimientos dolorosos repetidos, *temor* a la desfiguración).

**Aislamiento social** Factor relacionado: reacción de los otros ante la desfiguración.

**Dolor** Factores relacionados: lesiones, *temor*.

**Estreñimiento** Factores relacionados: disminución de la motilidad gastrointestinal, deshidratación.

**Imagen corporal, trastorno de la** Factores relacionados: quemaduras, cicatrices.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: desnutrición, falta de defensas primarias (p. ej., *deterioro de la integridad cutánea*).

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: quemaduras, inmovilidad.

**Interacción social, deterioro de la** Factor relacionado: miedo al rechazo.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: necesidades metabólicas elevadas, pérdida de apetito secundaria al *temor* y al *dolor*.

**Temor** Factores relacionados: procedimientos terapéuticos dolorosos, estresantes ambientales secundarios a la hospitalización, separación de la familia.

**Temperatura corporal, riesgo de alteración de la** Factores de riesgo: deshidratación secundaria al deterioro de la integridad cutánea, infección.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factor relacionado: pérdida anómala de líquidos secundaria a la pérdida de la integridad cutánea.

## Retraso del crecimiento

Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP del retraso del crecimiento:** deshidratación, trastornos metabólicos.

### Diagnósticos de enfermería

**Actividad, intolerancia a la** Factor relacionado: debilidad y *fatiga* secundarias a la desnutrición.

**Infección, riesgo de** Factores de riesgo: debilidad de las defensas secundaria a la desnutrición, abandono parental (p. ej., higiene).

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: deterioro del estado nutricional, abandono parental (p. ej., higiene).

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: incapacidad de desarrollo, limitación de la movilidad física, *baja autoestima*.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: intolerancia a los alimentos, mala absorción, pérdida de apetito, abandono parental, falta de estímulos sensoriales y emocionales, *déficit de conocimientos* parental, trastornos metabólicos, disfunción de un órgano.

**Patrón de sueño, alteración del** Factores relacionados: *ansiedad*, privación emocional parental.

**Sensoperceptivas (especificar), alteraciones** Factor relacionado: falta de estimulación sensorial por parte del cuidador o de los padres.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: ingesta insuficiente de líquidos secundaria al desinterés a la hora de comer o beber, abandono parental, pérdida anómala de líquidos (deposiciones).

## Sepsis

Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de la sepsis:** anemia, edema, hemorragia, hipotensión, hipotermia o hipertermia, meningitis, dificultad respiratoria, convulsiones.

### Diagnósticos de enfermería

**Diarrea** Factores relacionados: aumento de la motilidad intestinal, irritación intestinal secundaria al proceso infeccioso.

**Estreñimiento** Factor relacionado: disminución de la ingesta de líquidos.

**Gasto cardíaco, disminución del** Factores relacionados: disminución del volumen de circulación y retorno venoso, aumento de la resistencia vascular sistémica, efectos de la hipoxia.

**Integridad cutánea, deterioro de la** Factores relacionados: disminución de la perfusión periférica, hipertermia, edema, inmovilidad.

**Lesión, riesgo de** Factor de riesgo: convulsiones secundarias a la fiebre alta.

**Nutrición: por defecto, alteración de la** Factores relacionados: reflejo de succión inadecuado en el niño, vómitos, intolerancia a los alimentos, aumento del índice metabólico, letargo.

**Patrón de sueño, alteración del** Factores relacionados: intervenciones terapéuticas frecuentes, malestar secundario a la fiebre, dificultad para respirar, diaforesis.

**Perfusión tisular (especificar), alteración de la** Factores relacionados: vasoconstricción selectiva, presencia de microembolias, hipovolemia.

**Volumen de líquidos, déficit de** Factores relacionados: disminución de la ingesta de líquidos, fiebre, aumento de la vasodilatación y transferencia intercompartmental de líquidos.

## Trastornos de la coagulación

Incluyen pero no están limitados a los siguientes: hemofilia, enfermedad de von Willebrand y púrpura trombocitopénica idiopática. Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842, y enfermedades: hemopatías, pág. 777.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de los trastornos de coagulación:** hemorragia.

### Diagnósticos de enfermería

**Afrontamiento individual: ineficaz** Factores relacionados: enfermedad crónica y limitaciones.

**Dolor** Factores relacionados: hemorragia articular, tumefacción.

**Movilidad física, trastorno de la** Factores relacionados: hemorragia articular, tumefacción o cambios degenerativos; atrofia muscular.

**Protección, alteración de la** Factores relacionados: perfil sanguíneo anómalo, terapia de medicación (p. ej., corticosteroides).

**Temor** Factores relacionados: riesgos asociados al diagnóstico (p. ej., hemorragia incontrolable, degeneración articular potencial, enfermedades adquiridas a través de la transfusión).

## Trastornos convulsivos

Véanse las enfermedades pediátricas: problemas/necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, págs. 841-842. Véanse también las enfermedades médicas: trastornos neurológicos, págs. 787-790.

### Complicaciones potenciales (problemas secundarios)

**CP de los trastornos convulsivos:** estado epiléptico.

### Diagnósticos de enfermería

**Asfixia, riesgo de** Factores de riesgo: debilidad, alteración del nivel de consciencia, limitaciones cognitivas.

**Autoestima (crónica, situacional), baja** Factores relacionados: enfermedad crónica, sensación de estar fuera de control, estigma asociado a las convulsiones, "debilidad" percibida.

**Interacción social, deterioro de la** Factores relacionados: vergüenza, miedo a tener convulsiones en público.

**Lesión, riesgo de** Factor de riesgo: movimiento muscular incontrolado durante las convulsiones.

**Vías aéreas, limpieza ineficaz de las** Factores relacionados: pérdida del control de la lengua y los reflejos nauseosos durante las convulsiones.



## BIBLIOGRAFÍA

### Bibliografía general

- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). *Nursing diagnosis handbook: A guide to planning care* (7.<sup>a</sup> ed.). St. Louis: Mosby.
- Carpenito, L. J. (1997). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* (7.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2006a). *Handbook of nursing diagnoses* (11.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2006b). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* (11.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dochterman, J. & Bulechek, G. (Eds.). (2004). *Nursing interventions classification (NIC)* (4.<sup>a</sup> ed.). St. Louis: Mosby.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler-Murr, A. C. (2005). *Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care*. Philadelphia: FA Davis.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2004). *Nurse's pocket guide: Diagnoses, prioritized interventions, and rationales* (10.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: FA Davis.
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and application* (3.<sup>a</sup> ed.). St. Louis: Mosby.
- Johnson M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S., et al. (2006). *NANDA, NOC, and NIC linkages: Nursing diagnoses, outcomes, & interventions*. St. Louis: Mosby.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2004). *Nursing outcomes classification (NOC)* (3.<sup>a</sup> ed.). St. Louis: Mosby.
- NANDA International. (2007). *Nursing diagnoses: Definitions & classification 2007–2008*. Philadelphia: NANDA International.
- Ralph, S. S., & Taylor, C. M. (2005). *Nursing diagnosis reference manual* (6.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

### Actividad, intolerancia a la

- Astrup, A. (2003). Is there any conclusive evidence that exercise alone reduces glucose intolerance? *British Journal of Diabetes & Vascular Disease*, 3, S18–23.
- da Silva, M., AR, A., Michel, J., & Aparecida Barosa, D. (2006). Most frequently identified nursing diagnoses in HIV/AIDS patients. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 17(1), 53–53.
- Garutti Rodrigues, F., & Barros, A. (2006). NIC interventions and NOC outcomes in patients with activity intolerance. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 17(1), 79.
- Hea-Kung Hur, Park, S., So-Sun Kim, Storey, M. J., & Gi-yon Kim. (2005). Activity intolerance and impaired physical mobility in elders. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 16(3), 47–53.
- Hur, H., Park, S., Kim, S., Storey, M. J., & Kim, G. (2005). Activity intolerance and impaired physical mobility in elders. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 16(3), 47–53.
- Oguro, V., Espíritu, D., Carmagnani, M., Silva, G., & Michel, J. (2002). Nursing diagnosis identification in hospitalized patients with coronary artery disease dur-

ing the pre- and postoperative period in a cardiac surgery ward. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the fourteenth conference, North American Nursing Diagnosis Association* (pp. 206–210). Glendale, California. CINAHL Information Systems.

Rochester, C. L. (2003). Exercise training in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 40(5), 59–80.

### Actividad, riesgo de intolerancia a la

Bauldoff, G., Hoffman, L., Scirba, F., & Zullo, T. (1996). Home based upper arm exercises training for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart and Lung*, 25(4), 288–294.

Bo, M., Fontana, M., Mantelli, M., & Molaschi, M. (2006). Positive effects of aerobic physical activity in institutionalized older subjects complaining of dyspnea. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 43(1), 139–145.

Cobb, S. L., Brown, D. J., & Davis, L. L. (2006). Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(1), 31–39.

Cohen, J., Gorenberg, B., & Schroeder, B. (2000). A study of functional status among elders at two academic nursing centers. *Home Care Provider*, 5(3), 108–112.

### Actividades recreativas, déficit de

Buettner, L., & Kolanowski, A. (2003). Practice guidelines for recreation therapy in the care of people with dementia. *Geriatric Nursing*, 24(1), 18–25.

Davidson, M., & de Morton, N. (2007). A systematic review of the human activity profile. *Clinical Rehabilitation*, 21(2), 151–162.

Gerstorf, D., Lövdén, M., Röcke, C., Smith, J., & Lindenberger, U. (2007). Well-being affects changes in perceptual speed in advanced old age: Longitudinal evidence for a dynamic link. *Developmental Psychology*, 43(3), 705–718.

Redmond, G. M. (2006). Developing programs for older adults in a faith community. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 44(11), 15–18.

Richeson, N. E., & McCullough, W. T. (2003). A therapeutic recreation intervention using animal-assisted therapy: Effects on the subjective well-being of older adults. *Annual in Therapeutic Recreation*, 12, 1.

### Aflicción crónica

Andershed, B. (2006). Relatives in end-of-life care—part 1: A systematic review of the literature the five last years, January 1999–February 2004. *Journal of Clinical Nursing*, 15(9), 1158–1169.

Chuang, Y., & Huang, H. (2007). Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 486–494.

Kearney, P. M., & Griffin, T. (2001). Between joy and sorrow: Being a parent of a child with developmental disability. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 582–592.

Lindgren, C. L., Burke, M. L., Hainsworth, M. A., & Eakes, G. G. (1992). Chronic sorrow: A life span concept. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 24(6), 27–42.

Melnyk, B., Feinstein, N., Moldenhouer, Z., & Small, L. (2001). Coping of parents of children who are chronically ill. *Pediatric Nursing*, 27(6), 548–558.

Moules, N. J., Simonson, K., Fleischer, A. R., Prins, M., & Glasgow, B. (2007). The soul of sorrow work. *Journal of Family Nursing*, 13(1), 117–141.

Northington, L. (2000). Chronic sorrow in caregivers of school age children with sickle cell disease: A grounded theory approach. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 23(3), 141–154.

Sjöblom, L., Pejler, A., & Asplund, K. (2005). Nurses' view of the family in psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing*, 14(5), 562–569.

### Afrontamiento, disposición para mejorar el

Gaston-Johansson, F. (2000). The effectiveness of the comprehensive coping strategy program on clinical outcomes in breast cancer autologous bone marrow transplantation. *Cancer Nursing*, 23(4), 277–285.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lyon, B. L. (2002). Cognitive self-care skills: A model for managing stressful lifestyles. *Nursing Clinics of North America*, 37(2), 285–294.

Potocki, E., & Everly, G. (1989). Control and the human stress response. In G. Everly (Ed.), *A clinical guide to treatment of human stress response*. New York: Plenum.

Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott.

### Afrontamiento comunitario, potencial de mejora del

Ervin, N. E., & Chen, S. C. (2005). Development of an instrument measuring family care. *Journal of Nursing Measurement*, 13(1), 39–50.

Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905–1907.

Hemming, L., & Maher, D. (2005). Complementary therapies in palliative care: A summary of current evidence. *British Journal of Community Nursing*, 10(10), 448–452.

Keister, K. J. (2006). Predictors of self-assessed health, anxiety, and depressive symptoms in nursing home residents at week 1 postrelocation. *Journal of Aging & Health*, 18(5), 722–742.

Trappes-Lomax, T., Ellis, A., Fox, M., Taylor, R., Power, M., Stead, J., et al. (2006). Buying time I: A prospective, controlled trial of a joint health/social care residential rehabilitation unit for older people on discharge from hospital. *Health & Social Care in the Community*, 14(1), 49–62.

Wai Tong Chien, Chan, S., Morrissey, J., & Thompson, D. (2005). Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 595–608.

Wright, M. O., Fopma-Loy, J., & Fischer, S. (2005). Multidimensional assessment of resilience in mothers who are child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29(10), 1173–1193.

### Afrontamiento comunitario ineficaz

Allender, J., & Spradley, B. (2005). *Community health nursing* (6.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Barry, K. L. (1999). *Brief interventions and brief therapies for substance abuse*. Center for Substance Abuse Treatment Protocol (TIP) Series 34. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.

Hemming, L., & Maher, D. (2005). Complementary therapies in palliative care: A summary of current evidence. *British Journal of Community Nursing*, 10(10), 448–452.

Keister, K. J. (2006). Predictors of self-assessed health, anxiety, and depressive symptoms in nursing home residents at week 1 postrelocation. *Journal of Aging & Health*, 18(5), 722–742.

McBride, K. L., White, C. L., Sourial, R., & Mayo, N. (2004). Postdischarge nursing interventions for stroke survivors and their families. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 192–200.

Trappes-Lomax, T., Ellis, A., Fox, M., Taylor, R., Power, M., Stead, J., *et al.* (2006). Buying time I: A prospective, controlled trial of a joint health/social care residential rehabilitation unit for older people on discharge from hospital. *Health & Social Care in the Community*, 14(1), 49–62.

Wai Tong Chien, Chan, S., Morrissey, J., & Thompson, D. (2005). Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 595–608.

Wright, M. O., Fopma-Loy, J., & Fischer, S. (2005). Multidimensional assessment of resilience in mothers who are child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29(10), 1173–1193.

#### Afrontamiento defensivo

Alasad, J., & Ahmad, M. (2005). Communication with critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), 356–362.

Arias, M., & Smith, L. N. (2007). Early mobilization of acute stroke patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 282–288.

Carney, R., Fitzsimons, D., & Dempster, M. (2002). Why people experiencing acute myocardial infarction delay seeking medical assistance. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1(4), 237.

England, M. (2007). Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(2), 69–76.

Kirshbaum, M. N. (2007). A review of the benefits of whole body exercise during and after treatment for breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 104–121.

Patterson, G. (2005). The bully as victim? *Paediatric Nursing*, 17(10), 27–30.

#### Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo

Finkelman, A. W. (2000). Self-management for psychiatric patient at home. *Home Care Provider*, 5(6), 95–101.

Grant, J. S., Elliott, T. R., Weaver, M., Bartolucci, A. A., & Giger, J. N. (2002). Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke (00392499)*, 33(8), 2060–2065.

Hodgkinson, R., & Lester, H. (2002). Stresses and coping strategies of mothers living with a child with cystic fibrosis: Implications for nursing professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 39(4), 377–383.

Holden, J., Harrison, L., & Johnson, M. (2002). Families, nurses and intensive care patients: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 140–148.

Hudson, P. L. (2006). How well do family caregivers cope after caring for a relative with advanced disease and how can health professionals enhance their support? *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 694–703.

Johansson, I., Hildingh, C., Wenneberg, S., Fridlund, B., & Ahlström, G. (2006). Theoretical model of coping among relatives of patients in intensive care units: A simultaneous concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 463–471.

Lyon, B. L. (2002). Cognitive self-care skills: A model for managing stressful lifestyles. *Nursing Clinics of North America*, 37(2), 285–294.

McMillan, S. C. (2005). Interventions to facilitate family caregiving at the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 8, S-132–S-139.

O'Haire, S. E., & Blackford, J. C. (2005). Nurses' moral agency in negotiating parental participation in care. *International Journal of Nursing Practice*, 11(6), 250–256.

Scott, J. T., Prictor, M. J., Harmsen, M., Broom, A., Entwistle, V., Sowden, A., et al. (2006). Interventions for improving communication with children and adolescents about a family member's cancer. *Cochrane Library* (4).

Wai Tong Chien, Chan, S., Morrissey, J., & Thompson, D. (2005). Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 595–608.

#### Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido

Chang, B., Nitta, S., Carter, P., et al. (2004). Technology innovations. Perceived helpfulness of telephone calls: Providing support for caregivers of family members with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(9): 14–21.

Comfort, M., Sockloff, A., Loverro, J., & Kaltenbach, K. (2003). Multiple predictors of substance abuse, women's treatments and outcomes: A prospective longitudinal study. *Addiction Behavior*, 28(2), 199–224.

Finkelman, A. W. (2000). Self-management for psychiatric patient at home. *Home Care Provider*, 5(6), 95–101.

Hodgkinson, R., & Lester, H. (2002). Stresses and coping strategies of mothers living with a child with cystic fibrosis: Implications for nursing professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 39(4), 377–383.

Johansson, I., Hildingh, C., Wenneberg, S., Fridlund, B., & Ahlström, G. (2006). Theoretical model of coping among relatives of patients in intensive care units: A simultaneous concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 463–471.

Long, L. E. (2003). Stress in families of children with sepsis. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 15(1), 47–53.

McMillan, S. C. (2005). Interventions to facilitate family caregiving at the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 8, S-132–S-139.

O'Haire, S. E., & Blackford, J. C. (2005). Nurses' moral agency in negotiating parental participation in care. *International Journal of Nursing Practice*, 11(6), 250–256.

Scott, J. T., Prictor, M. J., Harmsen, M., Broom, A., Entwistle, V., Sowden, A., et al. (2006). Interventions for improving communication with children and adolescents about a family member's cancer. *Cochrane Library* (4).

Tak, Y. R., & McCubbin, M. (2002). Family stress, perceived social support and coping following the diagnosis of a child's congenital heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 190–198.

Wai Tong Chien, Chan, S., Morrissey, J., & Thompson, D. (2005). Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 595–608.

### Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante

Comfort, M., Sockloff, A., Loverro, J., & Kaltenbach, K. (2003). Multiple predictors of substance abuse, women's treatments and outcomes: A prospective longitudinal study. *Addiction Behavior, 28*(2), 199–224.

Kovalesky, A. (2004). Women with substance abuse concerns. *Nursing Clinics of North America, 39*(1), 97–115.

Long, L. E. (2003). Stress in families of children with sepsis. *Critical care nursing clinics of North America, 15*(1), 47–53.

Tak, Y. R., & McCubbin, M. (2002). Family stress, perceived social support and coping following the diagnosis of a child's congenital heart disease. *Journal of Advanced Nursing, 39*(2), 190–198.

Willis, D. & Porche, D. (2004). Male battering of intimate partners: Theoretical underpinnings, approaches and interventions. *Nursing Clinics of North America, 39*(1), 271–282.

### Afrontamiento individual: ineficaz

Comfort, M., Sockloff, A., Loverro, J., & Kaltenbach, K. (2003). Multiple predictors of substance abuse, women's treatments and outcomes: A prospective longitudinal study. *Addiction Behavior, 28*(2), 199–224.

Flagler, S., Hughes, & Kovalesky, A. (1997) Toward understanding of addiction. *JOGNN, 26*(4), 441–448.

Folkman, S., Lazarus, R., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging, 2*, 171–184.

Kovalesky, A. (2004). Women with substance abuse concerns. *Nursing Clinics of North America, 39*(1), 97–115.

Lazarus, R. (1985). The costs and benefits of denial. In A. Monat & R. Lazarus (Eds.). *Stress and coping: An anthology* (2.<sup>a</sup> ed.). New York: Columbia.

### Aislamiento social

Arthur, H. M. (2006). Depression, isolation, social support, and cardiovascular disease in older adults. *Journal of Cardiovascular Nursing, 21*, S2–S7.

Beebe, L. H. (2007). Beyond the prescription pad: Psychosocial treatments for individuals with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 45*(3), 35.

Blomqvist, L., Pitkälä, K., & Routasalo, P. (2007). Images of loneliness: Using art as an educational method in professional training. *Journal of Continuing Education in Nursing, 38*(2), 89–93.

Elliott, I. M., Lach, L., & Smith, M. L. (2005). I just want to be normal: A qualitative study exploring how children and adolescents view the impact of intractable epilepsy on their quality of life. *Epilepsy & Behavior, 7*(4), 664–678.

Greenslade, M. V., & House, C. J. (2006). Living with lymphedema: A qualitative study of women's perspectives on prevention and management following breast cancer-related treatment. *Canadian Oncology Nursing Journal, 16*(3), 165–171.

Wang, K. K., & Barnard, A. (2004). Integrative literature reviews and meta-analyses technology-dependent children and their families: A review. *Journal of Advanced Nursing, 45*(1), 36–46.

### Alimentación ineficaz del lactante, patrón de

- Ansari, F., Ferring, V., Schulz-Weidner, N., & Wetzel, W. (2006). Concomitant oral findings in children after cardiac transplant. *Pediatric Transplantation, 10*(2), 215–219.
- Beal, J. A. (2005). Evidence for best practices in the neonatal period. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing, 30*(6), 397–405.
- Bond, P., & Moss, D. (2003). Best practice in nasogastric and gastrostomy feeding in children. *Nursing Times, 99*(33), 28–30.
- Dowling, D. A. (2005). Lessons from the past: A brief history of the influence of social, economic, and scientific factors on infant feeding. *Newborn & Infant Nursing Reviews, 5*(1), 2–9.
- Holm, P. A. (2004). Early enteral feeding in the preterm infant: An exploration of differences in views and policies. *Journal of Neonatal Nursing, 10*(2), 41–44.
- Hurtekant, K. M., & Spatz, D. L. (2007). Special considerations for breastfeeding the infant with spina bifida. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 21*(1), 69–75.
- Lawson, M. (2003). Gastro-oesophageal reflux in infants: An evidence-based approach. *British Journal of Community Nursing, 8*(7), 296.
- Leonard, L. G. (2002). Insights in practice. Breastfeeding higher order multiples: Enhancing support during the postpartum hospitalization period. *Journal of Human Lactation, 18*(4), 386–392.
- Leonard, L. G., & Denton, J. (2006). Preparation for parenting multiple birth children. *Early Human Development, 82*(6), 371–378.
- McCain, G. C. (2003). An evidence-based guideline for introducing oral feeding to healthy preterm infants. *Neonatal Network, 22*(5), 45–50.
- Meyer, R. (2006). Special feature: Preventing allergies through good maternal and infant nutrition. *British Journal of Midwifery, 14*(7), 401–402.
- Minnie, C. S., & Greeff, M. (2006). The choice of baby feeding mode within the reality of the HIV/AIDS epidemic: Health education implications. *Curationis, 29*(4), 19–27.
- Miracle, D. J., Meier, P. P., & Bennett, P. A. (2004). Mothers' decisions to change from formula to mothers' milk for very-low-birth-weight infants. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 33*(6), 692–703.
- Morland-Schultz, K., & Hill, P. D. (2005). Prevention of and therapies for nipple pain: A systematic review. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 34*(4), 428–437.
- Pickler, R. H., Chiaranai, C., & Reyna, B. A. (2006). Relationship of the first suck burst to feeding outcomes in preterm infants. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 20*(2), 157–162.
- Premji, S. S. (2005). Enteral feeding for high-risk neonates. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 19*(1), 59–71.
- Richardson, D. S., Branowicki, P. A., Zeidman-Rogers, L., Mahoney, J., & MacPhee, M. (2006). Clinical practice column. An evidence-based approach to nasogastric tube management: Special considerations. *Journal of Pediatric Nursing, 21*(5), 388–393.
- Rodriguez, N. A., Miracle, D. J., & Meier, P. P. (2005). Sharing the science on human milk feedings with mothers of very-low-birth-weight infants. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 34*(1), 109–119.

Smith, J. R. (2005). Early enteral feeding for the very low birth weight infant: The development and impact of a research-based guideline. *Neonatal Network*, 24(4), 9–19.

Spatz, D. L. (2006). State of the science: Use of human milk and breast-feeding for vulnerable infants. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(1), 51–55.

Taveras, E. M., Li, R., Grummer-Strawn, L., Richardson, M., Marshall, R., Rêgo, V. H., et al. (2004). Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics*, 113(4), e283–e290.

Usher, K., & Foster, K. (2006). The use of psychotropic medications with breast-feeding women: Applying the available evidence. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 21(1), 94–102.

Wright, C. M., & Parkinson, K. N. (2004). Postnatal weight loss in term infants: What is “normal” and do growth charts allow for it? *Archives of Disease in Childhood—Fetal & Neonatal Edition*, 89(3), F254–F257.

### Ansiedad

Antall, G., & Kresevic, D. (2004). The use of guided imagery to manage pain in an elderly orthopaedic population. *Orthopaedic Nursing*, 23(5):335–340.

Bartels, S. (2002). Patients with depression and anxiety might be contemplating suicide. *Geriatrics*, 57: 8.

Carpenito, L. (2006). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Christie, W., & Moore, C. (2005). The impact of humor on patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9(2), 211.

Cooke, M., Chaboyer, W., & Hiratos, M. A. (2005). Music and its effect on anxiety in short waiting periods: A critical appraisal. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 145–155.

Cooke, M., Chaboyer, W., Schluter, P., & Hiratos, M. (2005). The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 47–55.

Gold, J. I., Seok Hyeon Kim, Kant, A. J., Joseph, M. H., & Rizzo, A. (2006). Effectiveness of virtual reality for pediatric pain distraction during IV placement. *CyberPsychology & Behavior*, 9(2), 207–212.

Gunnarsdottir, T. J., & Jonsdottir, H. (2007). Does the experimental design capture the effects of complementary therapy? A study using reflexology for patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 777–785.

Halm, M., & Alpen, M. (1993). The impact of technology on patients and families. *Nursing Clinics of North America*, 33(1):135.

Jolley, J. (2007). Separation and psychological trauma: A paradox examined. *Paediatric Nursing*, 19(3), 22–25.

Keister, K. J. (2006). Predictors of self-assessed health, anxiety, and depressive symptoms in nursing home residents at week 1 postrelocation. *Journal of Aging & Health*, 18(5), 722–742.

Lai, H., Chen, C., Peng, T., Chang, F., Hsieh, M., Huang, H., et al. (2006). Randomized controlled trial of music during kangaroo care on maternal state anxiety and preterm infants' responses. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 139–146.

May, R. (1977). *The meaning of anxiety*. New York: WW Norton.

McKinley, S., Coote, K., & Stein-Parbury, J. (2003). Development and testing of a faces scale for the assessment of anxiety in critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 41(1), 73–79.

Melnyk, B., Feinstein, N., Moldenhouer, Z., & Small, L. (2001). Coping in parents of children who are chronically ill. *Pediatrics*, *27*(6), 548–558.

Roffe, L., Schmidt, K., & Ernst, E. (2005). A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. *Psycho-oncology*, *14*(8), 607–617.

Rothrock, N. B., Matthews, A. K., Sellergren, S. A., Fleming, G., & List, M. (2004). State anxiety and cancer-specific anxiety in survivors of breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *22*(4), 93–109.

Ruiz, R. J., & Avant, K. C. (2005). Effects of maternal prenatal stress on infant outcomes: A synthesis of the literature. *Advances in Nursing Science*, *28*(4), 345–355.

Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of construct. *Holistic Nursing Practice*, *18*(1), 3–8.

Vanderboom, T. (2007). Does music reduce anxiety during invasive procedures with procedural sedation? An integrative research review. *Journal of Radiology Nursing*, *26*(1), 15–22.

Vaughn, F., Wichowski, H., & Bosworth, G. (2007). Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN Journal*, *85*(3), 589.

### Ansiedad ante la muerte

Abdel-Khalek, A., & Tomàs-Sàbado, J. (2005). Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Studies*, *29*, 157–169.

Brisley, P., & Wood, L. (2004). The impact of education and experience on death anxiety in new graduate nurses. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, *17*(1), 102–108.

Kastenbaum, R. (1992). *The psychology of death*. New York: Guilford.

Lamb, E. H. (2002). The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *Journal of Perinatal Education*, *11*(2), 33–40.

Nelson, K. A., Walsh, D., Behrens, C., Zhukovsky, D. S., Lipnickey, V., & Brady, D. (2000). The dying cancer patient. *Seminars in Oncology*, *27*(1), 84–89.

Pierce, S. (1999). Improving end-of-life care: Gathering suggestions from family members. *Nursing Forum*, *34*(2): 5.

Regehr, C., Kjerulf, M., Popova, S. R., & Baker, A. J. (2004). Issues in clinical nursing trauma and tribulation: The experiences and attitudes of operating room nurses working with organ donors. *Journal of Clinical Nursing*, *13*(4), 430–437.

Tarzian, A. (2000). Caring for dying patients who have air hunger. *Journal of Nursing Scholarship*, *32*(2), 137–143.

Thomas, S. A., Friedmann, E., Kao, C. W., Inguito, P., Metcalf, M., Kelley, F. J., *et al.* (2006). Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. *American Journal of Critical Care*, *15*(4), 389–398.

### Apego parental lactante/niño, riesgo de alteración del

Ahern, N. R. (2003). Maternal-fetal attachment in African-American and Hispanic-American women. *Journal of Perinatal Education*, *12*(4), 27–35.

Cannella, B. L. (2005). Maternal-fetal attachment: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, *50*(1), 60–68.

Franck, L. S., & Spencer, C. (2003). Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth: Issues in Perinatal Care*, *30*(1), 31–35.

Goulet, C., Bell, L., & Tribble, D. (1998). A concept analysis of parent-infant attachment. *Journal of Advanced Nursing*, *28*(5), 1071–1081.

Horowitz, J. A., Logsdon, M. C., & Anderson, J. K. (2005). Measurement of maternal-infant interaction. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 11*(3), 164–172.

Lamb, E. H. (2002). The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *Journal of Perinatal Education, 11*(2), 33–40.

Leonard, L. G. (2002). Prenatal behavior of multiples: Implications for families and nurses. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 31*(3), 248–255.

Melnyk, B., & Feinstein, N. (2000). Mediating functions of maternal anxiety and participation in care on young children's posthospital adjustment. *Research in Nursing and Health, 24*:18.

Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 35*(5), 568–582.

Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., & Kaczorowski, J. (2006). Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth: Issues in Perinatal Care, 33*(3), 210–220.

Smith, E., Gomm, S., & Dickens, C. (2003). Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine, 17*(6):509–513.

Tessier, R., Cristo, M., Velez, S., et al. (1998). Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics, 102*(2):e17.

Zahr, L. (1991). Correlates of mother-infant interaction in premature infants from low socioeconomic background. *Pediatric Nursing, 17*(3), 259–263.

### Asfixia, riesgo de

Garros, D., Klassen, T. P., King, W. J., & Brady-Fryer, B. (2003). Strangulation with intravenous tubing: A previously undescribed adverse advent in children. *Pediatrics, 111*(6), e732.

Morrongiello, B. A., Corbett, M., Lasenby, J., Johnston, N., & McCourt, M. (2006). Factors influencing young children's risk of unintentional injury: Parenting style and strategies for teaching about home safety. *Journal of Applied Developmental Psychology, 27*(6), 560–570.

Paluszynska, D. A., Harris, K. A., & Thach, B. T. (2004). Influence of sleep position experience on ability of prone-sleeping infants to escape from asphyxiating microenvironments by changing head position. *Pediatrics, 114*(6), 1634–1639.

Scheers, N. J., Rutherford, G. W., & Kemp, J. S. (2003). Where should infants sleep? A comparison of risk for suffocation of infants sleeping in cribs, adult beds, and other sleeping locations. *Pediatrics, 112*(4), 883–889.

Truman, T. L., & Ayoub, C. C. (2002). Considering suffocatory abuse and Munchausen by proxy in the evaluation of children experiencing apparent life-threatening events and sudden infant death syndrome. *Child Maltreatment, 7*(2), 138.

### Aspiración, riesgo de

Bowman, A., Greiner, J. E., Doerschug, K. C., Little, S. B., Bombei, C. L., & Comried, L. M. (2005). Implementation of an evidence-based feeding protocol and aspiration risk reduction algorithm. *Critical Care Nursing Quarterly, 28*(4), 324–333.

Brady, M., Kinn, S., & Stuart, P. (2004). Review: Evidence is lacking to show that adults given fluids 1.5–3 hours preoperatively have greater risks of aspiration or regurgitation than those given a standard fast. *Evidence-Based Medicine*, 9(3), 88.

Deane, K., Whurr, R., Clarke, C. E., Playford, E. D., & Ben-Shlomo, Y. (2006). Non-pharmacological therapies for dysphagia in Parkinson's Disease. *Cochrane Library* (4).

DiBartolo, M. C. (2006). Careful hand feeding: A reasonable alternative to PEG tube placement in individuals with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(5), 25–35.

Matsui, T., Yamaya, M., Ohru, T., et al. (2002). Sitting position to prevent aspiration in bed-bound patients. *Gerontology*, 48(3): 194.

Metheny, N. A. (2006). Preventing respiratory complications of tube feedings: Evidence-based practice. *American Journal of Critical Care*, 15(4), 360–369.

Oshodi, T. O. (2004). Clinical skills: An evidence-based approach to preoperative fasting. *British Journal of Nursing (BJN)*, 13(16), 958–962.

Wai Quin Ng, & Neill, J. (2006). Evidence for early oral feeding of patients after elective open colorectal surgery: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 15(6), 696–709.

Westhus, N. (2004). Methods to test feeding tube placement in children. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 29(5), 282.

Yu-Chih Chen, Shin-Shang Chou, Li-Hwa Lin, & Li-Fen Wu. (2006). The effect of intermittent nasogastric feeding on preventing aspiration pneumonia in ventilated critically ill patients. *Journal of Nursing Research*, 14(3), 167–180.

### Autoconcepto, disposición para mejorar el

Bergamasco, E. C., Rossi, L., da Amancio C. G., & Carvalho, E. C. (2002). Body image of patients with burn sequelae. *Burns*, 28, 47–52.

Corte, C. M. (2002). *The impoverished self and alcoholism: Content and structure of self-cognitions in alcohol dependence and recovery* (University of Michigan).

Davis, K., & Taylor, B. (2006). Stories of resistance and healing in the process of leaving abusive relationships. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 21(2), 199–208.

Davis, K., & Taylor, B. (2006). Stories of resistance and healing in the process of leaving abusive relationships. In A. McMurray & D. Jackson (Eds.), *Advances in contemporary nursing and interpersonal violence* (pp. 199–208). Sydney, Australia: eContent Management Pty Ltd.

Delaney, C. (2005). The spirituality scale: Development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. *Journal of Holistic Nursing*, 23(2), 145–167.

Gibson, L. M., & Hendricks, C. S. (2006). Integrative review of spirituality in African American breast cancer survivors. *ABNF Journal*, 17(2), 67–72.

Lin, Y., Dai, Y., & Hwang, S. (2003). The effect of reminiscence on the elderly population: A systematic review. *Public Health Nursing*, 20(4), 297–306.

Matiti, M. R., & Trorey, G. (2004). Perceptual adjustment levels: Patients' perception of their dignity in the hospital setting. *International Journal of Nursing Studies*, 41(7), 735–744.

Pizzignacco, T., & de Lima, R. (2006). Socialization of children and adolescents with cystic fibrosis: Support for nursing care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14*(4), 569–577.

Winkelstein, M. L. (1989). Fostering positive self-concept in the school-age child. *Pediatric Nursing, 15*, 229–233.

### Autocuidado, disposición para mejorar el

Akyol, A. D., Çetinkaya, Y., Bakan, G., Yaralt, S., & Akkuş, S. (2007). Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. *Journal of Clinical Nursing, 16*(4), 679–687.

Becker, G., Gates, R. J., & Newsom, E. (2004). Self-care among chronically ill African Americans: Culture, health disparities, and health insurance status. *American Journal of Public Health, 94*, 2066–2073.

Callaghan, D. (2006). Basic conditioning factors' influences on adolescents' healthy behaviors, self-efficacy, and self-care. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 29*(4), 191–204.

Callaghan, D. M. (2003). Health-promoting self-care behaviors, self-care self-efficacy, and self-care agency. *Nursing Science Quarterly, 16*(3), 247.

Callaghan, D. M. (2005). The influence of spiritual growth on adolescents' initiative and responsibility for self-care. *Pediatric Nursing, 31*(2), 91–97.

Cutler, C. (2003). Assessing patients' perception of self-care agency in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing, 24*(2), 199.

Dashiff, C., Bartolucci, A., Wallander, J., & Abdullatif, H. (2005). The relationship of family structure, maternal employment, and family conflict with self-care adherence of adolescents with type 1 diabetes. *Families, Systems, & Health, 23*(1), 66–79.

DeSocio, J., Kitzman, H., & Cole, R. (2003). Testing the relationship between self-agency and enactment of health behaviors. *Research in Nursing & Health, 26*(1), 20–29.

Hines, S. H., Sampsel, C. M., Ronis, D. L., SeonAe Yeo, Fredrickson, B. L., & Boyd, C. J. (2007). Women's self-care agency to manage urinary incontinence. *Advances in Nursing Science, 30*(2), 175–188.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts and practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Parissopoulos, S., & Kotzabassaki, S. (2004). Orem's self-care theory, transactional analysis and the management of elderly rehabilitation. *ICUs & Nursing Web Journal, 17*, 11p.

Sousa, V. D., Zauszniewski, J. A., Musil, C. M., Lea, P., & Davis, S. A. (2005). Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. *Research & Theory for Nursing Practice, 19*(3), 217–230.

### Autocuidado: alimentación, déficit del

Bond, P., & Moss, D. (2003). Best practice in nasogastric and gastrostomy feeding in children. *Nursing Times, 99*(33), 28–30.

Booth, J., Leadbetter, A., Francis, M., & Tolson, D. (2005). Implementing a best practice statement in nutrition for frail older people: Part 2. *Nursing Older People, 17*(1), 22–24.

Campbell, J., & McDowell, J. R. S. (2007). Comparative study on the effect of enteral feeding on blood glucose. *British Journal of Nursing (BJN), 16*(6), 344–349.

Deane, K., Whurr, R., Clarke, C. E., Playford, E. D., & Ben-Shlomo, Y. (2006). Non-pharmacological therapies for dysphagia in Parkinson's Disease. *Cochrane Library* (4).

DiBartolo, M. C. (2006). Careful hand feeding: A reasonable alternative to PEG tube placement in individuals with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(5), 25–35.

Ellett, M. L. C., Beckstrand, J., Flueckiger, J., Perkins, S. M., & Johnson, C. S. (2005). Predicting the insertion distance for placing gastric tubes. *Clinical Nursing Research*, 14(1), 11–27.

Finucane, T. E., Christmas, C., & Leff, B. A. (2007). Tube feeding in dementia: How incentives undermine health care quality and patient safety. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(4), 205–208.

Green, S. M., & Watson, R. (2005). Nutritional screening and assessment tools for use by nurses: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), 69–83.

Hurtekant, K. M., & Spatz, D. L. (2007). Special considerations for breastfeeding the infant with spina bifida. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(1), 69–75.

Lin, L., Wang, S., Chen, S. H., Wang, T., Chen, M., & Wu, S. (2003). Issues and innovations in nursing practice efficacy of swallowing training for residents following stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 469–478.

Marshall, A., & West, S. (2004). Nutritional intake in the critically ill: Improving practice through research. *Australian Critical Care*, 17(1), 6.

Pearson, A., Fitzgerald, M., & Nay, R. (2003). Mealtimes in nursing homes: The role of nursing staff. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(6), 40–47.

Pelletier, C. A. (2004). Why do CNAs feed as they do? *ASHA Leader*, 9(7), 17–25.

Premji, S. S. (2005). Enteral feeding for high-risk neonates. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 19(1), 59–71.

Schueren, M., der. (2005). Nutritional support strategies for malnourished cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 9, S74–83.

Smith, J. R. (2005). Early enteral feeding for the very low birth weight infant: The development and impact of a research-based guideline. *Neonatal Network*, 24(4), 9–19.

Wai Quin Ng, & Neill, J. (2006). Evidence for early oral feeding of patients after elective open colorectal surgery: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 15(6), 696–709.

Westergren, A. (2006). Detection of eating difficulties after stroke: A systematic review. *International Nursing Review*, 53(2), 143–149.

Williams, T. A., & Leslie, G. D. (2005). A review of the nursing care of enteral feeding tubes in critically ill adults: Part II. *Intensive & Critical Care Nursing*, 21(1), 5–15.

### Autocuidado: baño/higiene, déficit del

Chalmers, J., & Pearson, A. (2005). Oral hygiene care for residents with dementia: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 410–419.

Cohn, J. L., & Fulton, J. S. (2006). Nursing staff perspectives on oral care for neuroscience patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38(1), 22–30.

Hampton, S. (2004). Promoting good hygiene among older residents. *Nursing & Residential Care*, 6(4), 172.

Nix, D., & Ermer-Seltun, J. (2004). A review of perineal skin care protocols and skin barrier product use. *Ostomy Wound Management*, 50(12), 59–67.

Peck, R. L. (2002). Best-practice design for the bathing facility. [cover story]. *Nursing Homes: Long Term Care Management*, 51(1), 46.

Pearson, A., & Chalmers, J. (2004). Oral hygiene care for adults with dementia in residential aged care facilities. *JBIR Reports*, 2(3), 65–113.

Rader, J., Barrick, A. L., Hoeffler, B., Sloane, P. D., McKenzie, D., Talerico, K. A., et al. (2006). The bathing of older adults with dementia: Easing the unnecessarily unpleasant aspects of assisted bathing. *American Journal of Nursing*, 106(4), 40–49.

Rader, J., & Semradek, J. (2003). Organizational culture and bathing practice: Ending the battle in one facility. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2(3), 269–283.

Voegeli, D. (2005). Skin hygiene practices, emollient therapy and skin vulnerability. *Nursing Times*, 101(4), 57–58.

Walker, L., Downe, S., & Gomez, L. (2005). A survey of soap and skin care product provision for well term neonates. *British Journal of Midwifery*, 13(12), 768.

#### Autocuidado: uso del orinal/váter, déficit del

Bayliss, V., & Salter, L. (2004). Pathways for evidence-based continence care. *Nursing Standard*, 19(9), 45–52.

Brooks, W. (2004). The use of practice guidelines for urinary incontinence following stroke. *British Journal of Nursing (BJN)*, 13(20), 1176–1179.

Bywater, A., & While, A. (2006). Management of bowel dysfunction in people with multiple sclerosis. *British Journal of Community Nursing*, 11(8), 333.

Chapple, C., Khullar, V., Gabriel, Z., & Dooley, J. A. (2005). The effects of antimuscarinic treatments in overactive bladder: A systematic review and meta-analysis. *European Urology*, 48(1), 5–26.

Cotton, J. A. (2004). Essence of care: Implementing continence benchmarks in primary care. *British Journal of Community Nursing*, 9(6), 251–256.

Du Moulin, M. F. M. T., Hamers, J. P. H., Paulus, A., Berendsen, C., & Halfens, R. (2005). The role of the nurse in community continence care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(4), 479–492.

Emr, K., & Ryan, R. (2004). Best practice for indwelling catheters in the home setting. *Home Healthcare Nurse*, 22(12), 820–830.

Fader, M., Clarke-O'Neill, S., Cook, D., Dean, G., Brooks, R., Cottenden, A., et al. (2003). Management of night-time urinary incontinence in residential settings for older people: An investigation into the effects of different pad changing regimes on skin health. *Journal of Clinical Nursing*, 12(3), 374–386.

Flynn, D. (2005). Improving continence care: Searching the evidence. *Journal of Community Nursing*, 19(3), 18.

Glazener, C., Evans, J., & Peto, R. E. (2004). Treating nocturnal enuresis in children: Review of evidence. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 31(4), 223–234.

Karon, S. (2005). A team approach to bladder retraining: A pilot study. *Urologic Nursing*, 25(4), 269–276.

Klimach, V., & Williams-Jones, A. (2006). Continence problems in children attending special schools. *Learning Disability Practice*, 9(8), 30–33.

Moore, K. N., & Gray, M. (2004). Urinary incontinence in men: Current status and future directions. *Nursing Research*, 53(6), S36–41.

Nahon, I., Dorey, G., Waddington, G., & Adams, R. (2006). Systematic review of the treatment of post-prostatectomy incontinence. *Urologic Nursing*, 26(6), 461–482.

Ostaszkievicz, J., Roe, B., & Johnston, L. (2005). Effects of timed voiding for the management of urinary incontinence in adults: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 420–431.

Resnick, B., Keilman, L. J., Calabrese, B., Parmelee, P., Lawhorne, L., Paillet, J., et al. (2006). Continence care. Nursing staff beliefs and expectations about continence care in nursing homes. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 33(6), 610–618.

Roe, B., Milne, J., Ostaszkievicz, J., & Wallace, S. (2007). Systematic reviews of bladder training and voiding programmes in adults: A synopsis of findings from data analysis and outcomes using metastudy techniques. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 15–31.

Slater, W. (2003). Continence care. Management of faecal incontinence of a patient with spinal cord injury. *British Journal of Nursing (BJN)*, 12(12), 727–734.

Wright, J., McCormack, B., Coffey, A., & McCarthy, G. (2006). Developing a tool to assess person-centred continence care. *Nursing Older People*, 18(6), 23–28.

Zhang, A. Y., Strauss, G. J., & Siminoff, L. A. (2007). Effects of combined pelvic floor muscle exercise and a support group on urinary incontinence and quality of life of postprostatectomy patients. *Oncology Nursing Forum*, 34(1), 47–53.

#### Autocuidado: vestido/acicalamiento, déficit del

Ashurst, A. (2003). Maintaining client hygiene and appearance. *Nursing & Residential Care*, 5(3), 104–109.

Hootman, J. (2002). Quality improvement projects related to pediculosis management. *Journal of School Nursing*, 18(2), 80–86.

Randall, J., & Ream, E. (2005). Hair loss with chemotherapy: At a loss over its management? *European Journal of Cancer Care*, 14(3), 223–231.

#### Autoestima crónica, baja

Bonadonna, R. (2003). Mediation's impact on chronic illness. *Holistic Nursing Practice*, 17(6), 309–319.

Callaghan, P. (2004). Exercise: A neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11(4), 476–483.

Dennis, C., & Boyce, P. (2004). Further psychometric testing of a brief personality scale to measure vulnerability to postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3), 305–311.

Essler, V., Arthur, A., & Stickley, T. (2006). Using a school-based intervention to challenge stigmatizing attitudes and promote mental health in teenagers. *Journal of Mental Health*, 15(2), 243–250.

Fauchald, S. K. (2006). Community-based research to explore safer sex behaviors among women: Implications for CNS practice. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, 20(2), 68–74.

Friedman-Campbell, M., & Hart, C. A. (1984). Theoretical strategies and nursing interventions to promote psychological adaptation to spinal cord injuries and disability. *Journal of Neurosurgical Nursing*, 16, 335–342.

Gary, F. A. (2005). Perspectives on suicide prevention among American Indian and Alaska Native children and adolescents: A call for help. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(2), 170–211.

Harris, P. B., & Keady, J. (2004). Living with early onset dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 5(2), 111–122.

Lin, Y., Dai, Y., & Hwang, S. (2003). The effect of reminiscence on the elderly population: A systematic review. *Public Health Nursing*, 20(4), 297–306.

Matiti, M. R., & Trorey, G. (2004). Perceptual adjustment levels: Patients' perception of their dignity in the hospital setting. *International Journal of Nursing Studies*, 41(7), 735–744.

Ogunsiji, O., & Wilkes, L. (2005). Managing family life while studying: Single mothers' lived experience of being students in a nursing program. In Darbyshire, P. & Jackson, D. (Eds.), *Advances in contemporary child and family health care* (pp. 108–123). Sydney, Australia: eContent Management Pty Ltd.

Pierce, J., & Wardle, J. (1997). Cause and effect beliefs and self esteem' of overweight children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(6), 645–650.

Räty, L., & Gustafsson, B. (2002). The influence of confirming and disconfirming healthcare encounters on the self-relation and quality of life of persons with epilepsy. *Journal of Neuroscience Nursing*, 34(5), 261–272.

#### Autoestima situacional, baja

Dennis, C., & Boyce, P. (2004). Further psychometric testing of a brief personality scale to measure vulnerability to postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3), 305–311.

Essler, V., Arthur, A., & Stickley, T. (2006). Using a school-based intervention to challenge stigmatizing attitudes and promote mental health in teenagers. *Journal of Mental Health*, 15(2), 243–250.

Fauchald, S. K. (2006). Community-based research to explore safer sex behaviors among women: Implications for CNS practice. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, 20(2), 68–74.

Gary, F. A. (2005). Perspectives on suicide prevention among American Indian and Alaska native children and adolescents: A call for help. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(2), 170–211.

Klym, L. M., & Colling, J. (2003). Quality of life after radical prostatectomy. *Oncology Nursing Forum*, 30(2), E24–32.

Matiti, M. R., & Trorey, G. (2004). Perceptual adjustment levels: Patients' perception of their dignity in the hospital setting. *International Journal of Nursing Studies*, 41(7), 735–744.

Muehrer, R. J., Keller, M. L., Powwattana, A., & Pornchaikate, A. (2006). Sexuality among women recipients of a pancreas and kidney transplant. *Western Journal of Nursing Research*, 28(2), 137–150.

#### Autoestima situacional, riesgo de baja

Baumeister, R. F., Smart, L., & Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103(1), 5–33.

Bonadonna, R. (2003). Mediation's impact on chronic illness. *Holistic Nursing Practice*, 17(6), 309–319.

Callaghan, P. (2004). Exercise: A neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11(4), 476–483.

Essler, V., Arthur, A., & Stickley, T. (2006). Using a school-based intervention to challenge stigmatizing attitudes and promote mental health in teenagers. *Journal of Mental Health, 15*(2), 243–250.

Fauchald, S. K. (2006). Community-based research to explore safer sex behaviors among women: Implications for CNS practice. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice, 20*(2), 68–74.

Fleitas, J. (2003). The power of words: Examining the linguistic landscape of pediatric nursing. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing, 28*(6), 384–390.

Gary, F. A. (2005). Perspectives on suicide prevention among American Indian and Alaska native children and adolescents: A call for help. *Online Journal of Issues in Nursing, 10*(2), 170–211.

Harris, P. B., & Keady, J. (2004). Living with early onset dementia. *Alzheimer's Care Quarterly, 5*(2), 111–122.

Matiti, M. R., & Trorey, G. (2004). Perceptual adjustment levels: Patients' perception of their dignity in the hospital setting. *International Journal of Nursing Studies, 41*(7), 735–744.

Murray, M. F. (2000). Coping with change: Self-talk. *Hospital Practice, 31*(5), 118–120.

### Automutilación

Barr, W., Leitner, M., & Thomas, J. (2005). Psychosocial assessment of patients who attend an accident and emergency department with self-harm. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 12*(2), 130–138.

Curran, J. (2006). Cognitive behavioural therapy for patients with anxiety and depression. [cover story]. *Nursing Standard, 21*(7), 44–52.

Derouin, A., & Bravender, T. (2004). Living on the edge: The current phenomenon of self-mutilation in adolescents. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing, 29*(1), 12–20.

Dresser, J. G. (1999). Wrapping: A technique for interrupting self-mutilation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 5*(2), 67–70.

Gough, K. (2005). Guidelines for managing self-harm in a forensic setting. *British Journal of Forensic Practice, 7*(2), 10–14.

Poustie, A., & Neville, R. G. (2004). Deliberate self-harm cases: A primary care perspective. *Nursing Standard, 18*(48), 33–36.

Sharp, D., Liebenau, A., Stocks, N., Bennewith, O., Evans, M., Jones, W. B., *et al.* (2003). Locally developed guidelines for the aftercare of deliberate self-harm patients in general practice. *Primary Health Care Research & Development, 4*(1), 21–28.

### Automutilación, riesgo de

Anderson, M., Woodward, L., & Armstrong, M. (2004). Self-harm in young people: A perspective for mental health nursing care. *International Nursing Review, 51*(4), 222–228.

Arbuthnot, L., & Gillespie, M. (2005). Self-harm: Reviewing psychological assessment in emergency departments. *Emergency Nurse, 12*(10), 20–24.

Barr, W., Leitner, M., & Thomas, J. (2005). Psychosocial assessment of patients who attend an accident and emergency department with self-harm. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 12*(2), 130–138.

Cleaver, K. (2007). Characteristics and trends of self-harming behaviour in young people. *British Journal of Nursing (BJN), 16*(3), 148–152.

Curran, J. (2006). Cognitive behavioural therapy for patients with anxiety and depression. [cover story]. *Nursing Standard*, 21(7), 44–52.

Duncan, E. A. S., Nicol, M. M., Ager, A., & Dalgleish, L. (2006). A systematic review of structured group interventions with mentally disordered offenders. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 16(4), 217–241.

Goth subculture linked to self-harm and suicide. (2006). *Nursing Standard*, 20(36), 20.

Hoch, J. S., Reilly, R. L., & Carscadden, J. (2006). Best practices. Relationship management therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 57(2), 179.

Meekings, C., & O'Brien, L. (2004). Borderline pathology in children and adolescents. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(3), 152–163.

Patterson, P., Whittington, R., & Bogg, J. (2007). Testing the effectiveness of an educational intervention aimed at changing attitudes to self-harm. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(1), 100–105.

Slaven, J., & Kisely, S. (2002). Staff perceptions of care for deliberate self-harm patients in rural western australia: A qualitative study. *Australian Journal of Rural Health*, 10(5), 233–238.

Support group for mutilated women.(2007). *Nursing Standard*, 21(26), 11–11.

### Bienestar, disposición para mejorar el

Bailey, F. A., Burgio, K. L., Woodby, L. L., Williams, B. R., Redden, D. T., Kovac, S. H., et al. (2005). Improving processes of hospital care during the last hours of life. *Archives of Internal Medicine*, 165(15), 1722–1727.

Berry, A. M., & Davidson, P. M. (2006). Beyond comfort: Oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22(6), 318–328.

Couchman, B. A., Wetzig, S. M., Coyer, F. M., & Wheeler, M. K. (2007). Nursing care of the mechanically ventilated patient: What does the evidence say? part one. *Intensive & Critical Care Nursing*, 23(1), 4–14.

Duggleby, W., & Berry, P. (2005). Transitions in shifting goals of care for palliative patients and their families. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9, 425–428.

Feeley, K., & Gardner, A. (2006). Sedation and analgesia management for mechanically ventilated adults: Literature review, case study and recommendations for practice. *Australian Critical Care*, 19(2), 73–77.

Foster, R. L., Yucha, C. B., Zuk, J., & Vojir, C. P. (2003). Physiologic correlates of comfort in healthy children. *Pain Management Nursing*, 4(1), 23–30.

Gleeson, M., & Timmins, F. (2004). The use of touch to enhance nursing care of older person in long-term mental health care facilities. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11(5), 541–545.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178–1184.

Malinowski, A., & Stamler, L. L. (2002). Comfort: Exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 599–606.

Minden, P. (2005). The importance of words. *Holistic Nursing Practice*, 19(6), 267–271.

Roffe, L., Schmidt, K., & Ernst, E. (2005). A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. *Psycho-oncology*, 14(8), 607–617.

Stringer, M., Shaw, V. D., & Savani, R. C. (2004). Comfort care of neonates at the end of life. *Neonatal Network*, 23(5), 41–46.

Tutton, E., & Seers, K. (2004). Comfort on a ward for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 46(4), 380–389.

### Bienestar espiritual, potencial de mejora del

Coyle, J. (2002). Spirituality and health: Towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 589–597.

Delaney, C. (2005). The spirituality scale: Development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. *Journal of Holistic Nursing*, 23(2), 145–167.

Fawcett, T. N., & Noble, A. (2004). The challenge of spiritual care in a multi-faith society experienced as a Christian nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 13(2), 136–142.

Ledger, S. D. (2005). The duty of nurses to meet patients' spiritual and/or religious needs. *British Journal of Nursing (BJN)*, 14(4), 220–225.

Mahlungulu, S. N., & Uys, L. R. (2004). Spirituality in nursing: An analysis of the concept. *Curationis*, 27(2), 15–26.

McBrien, B. (2006). Spirituality. A concept analysis of spirituality. *British Journal of Nursing (BJN)*, 15(1), 42–45.

Narayanasamy, A. (2004). The puzzle of spirituality for nursing: A guide to practical assessment. *British Journal of Nursing (BJN)*, 13(19), 1140–1144.

Narayanasamy, A., Clissett, P., Parumal, L., Thompson, D., Annasamy, S., & Edge, R. (2004). Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 6–16.

Phillips, K. D., Mock, K. S., Bopp, C. M., Dudgeon, W. A., & Hand, G. A. (2006). Spiritual well-being, sleep disturbance, and mental and physical health status in hiv-infected individuals. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(2), 125–139.

Ramey, S. L. (2005). Assessment of health perception, spirituality and prevalence of cardiovascular disease risk factors within a private college cohort. *Pediatric Nursing*, 31(3), 222–231.

Smith, J., & McSherry, W. (2004). Spirituality and child development: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 307–315.

Spirit matters. Evidence of things hoped for. (2004). *Neonatal Network*, 23(6), 73–73.

### Caídas, riesgo de

Brown, J. S., Vittinghoff, E., Wyman, J., et al (2000). Urinary incontinence: Does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Journal of the American Geriatric Society*, 48(7): 721.

Capezuti, E. (2004). Minimizing the use of restrictive devices in dementia patients at risk for falling. *Nursing Clinics of North America*, 39(3), 625–647.

Capezuti, E., Taylor, J., Brown, H., Strothers, H., & Ouslander, J. G. (2007). Challenges to implementing an APN-facilitated falls management program in long-term care. *Applied Nursing Research*, 20(1), 2–9.

Colón-Emeric, C., Schenck, A., Gorospe, J., McArdle, J., Dobson, L., DePorter, C., et al. (2006). Translating evidence-based falls prevention into clinical practice in nursing facilities: Results and lessons from a quality improvement collaborative. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(9), 1414–1418.

Cooper, C. L., & Nolt, J. D. (2007). Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. *Journal of Nursing Care Quality, 22*(2), 107–112.

Currie, L. M. (2006). Fall and injury prevention. *Annual Review of Nursing Research, 24*, 39–74.

Fortinsky, R. H., Lannuzzi-Sucich, M., Baker, T. I., Gottschalk, M., King, M. B., Brown, C. J., *et al.* (2004). Fall-risk assessment and management in clinical practice: Views from healthcare providers. *Journal of the American Geriatrics Society, 52*(9), 1522–1526.

Hayes, N. (2004). Prevention of falls among older patients in the hospital environment. *British Journal of Nursing (BJN), 13*(15), 896–901.

Hook, M. L., & Winchel, S. (2006). Fall-related injuries in acute care: Reducing the risk of harm. *MEDSURG Nursing, 15*(6), 370–381.

Lake, E. T., & Cheung, R. B. (2006). Are patient falls and pressure ulcers sensitive to nurse staffing? *Western Journal of Nursing Research, 28*(6), 654–677.

McClure, R., Nixon, J., Spinks, A., & Turner, C. (2005). Community-based programmes to prevent falls in children: A systematic review. *Journal of Paediatrics & Child Health, 41*(9), 465–470.

Miceli, D. L., Strumpf, N. E., Johnson, J., Draganescu, M., & Ratcliffe, S. J. (2006). Psychometric properties of the post-fall index. *Clinical Nursing Research, 15*(3), 157–176.

Oliver, D., Connelly, J. B., Victor, C. R., Shaw, F. E., Whitehead, A., Genc, Y., *et al.* (2007). Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: Systematic review and meta-analyses. *BMJ: British Medical Journal, 334*(7584), 82–85.

Poe, S. S., Cvach, M. M., Gartrell, D. G., Radzik, B. R., & Joy, T. L. (2005). An evidence-based approach to fall risk assessment, prevention, and management. *Journal of Nursing Care Quality, 20*(2), 107–116.

Pynoos, J., Rose, D., Rubenstein, L., In Hee Choi, & Sabata, D. (2006). Evidence-based interventions in fall prevention. *Home Health Care Services Quarterly, 25*(1), 55–73.

Wang, W., & Moyle, W. (2005). Physical restraint use on people with dementia: A review of the literature. *Australian Journal of Advanced Nursing, 22*(4), 46–52.

### Caminar, dificultad para

Arias, M., & Smith, L. N. (2007). Early mobilization of acute stroke patients. *Journal of Clinical Nursing, 16*(2), 282–288.

Brouwer, K., Nysseknabm, J., & Culham E. (2004). Physical function and health status among seniors with and without fear of falling. *Gerontology, 50*, 15–141.

Deep vein thrombosis: Court stresses importance of post-op ambulation by nurses. (2004). *Legal Eagle Eye Newsletter for the Nursing Profession, 12*(8), 4.

Killey, B., & Watt, E. (2006). The effect of extra walking on the mobility, independence and exercise self-efficacy of elderly hospital in-patients: A pilot study. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession, 22*(1), 120–133.

Lewis, C. L., Moutoux, M., Slaughter, M., & Bailey, S. P. (2004). Characteristics of individuals who fell while receiving home health services. *Physical Therapy, 84*(1), 23–32.

### Campo energético, alteración del

- Aveyard, B., Sykes, M., & Doherty, D. (2002). Therapeutic touch in dementia care. *Nursing Older People, 14*(6), 20–21.
- Bradley, D. B. (1987). Energy fields: Implications for nurses. *Journal of Holistic Nursing, 5*(1), 32–35.
- Denison, B. (2004). Touch the pain away. *Holistic Nursing Practice, 18*(3), 142–151.
- Gleeson, M., & Timmins, F. (2005). A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention. *Clinical Effectiveness in Nursing, 9*(1), 69–77.
- Krieger, D. (1979). *The therapeutic touch: How to use your hands to help or to heal*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Krieger, D. (1981). *Foundations of holistic health nursing practices: The Renaissance nurse*. Philadelphia: Lippincott.
- Krieger, D. (1987). *Living the therapeutic touch: Healing as a lifestyle*. New York: Dodd, Mead.
- Larden, C. N., Palmer, L., & Janssen, P. (2004). Efficacy of therapeutic touch in treating pregnant inpatients who have a chemical dependency. *Journal of Holistic Nursing, 22*(4), 320–332.
- Mathuna, D. P., & Ashford, R. L. (2006). Therapeutic touch for healing acute wounds. *Cochrane Library* (4).
- Meehan, T. C. (1991). Therapeutic touch. In G. Bulechek & J. McCloskey (Eds.). *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. Philadelphia: Saunders.
- Meehan, T. C. (1998). Therapeutic touch as nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing, 28*(1), 117–125.
- O'Mathúna, D. P., Pryjmachuk, S., Spencer, W., Stanwick, M., & Matthiesen, S. (2002). A critical evaluation of the theory and practice of therapeutic touch. *Nursing Philosophy, 3*(2), 163–176.
- Smith, M. C., Reeder, F., Daniel, L., Baramée, J., & Hagman, J. (2003). Outcomes of touch therapies during bone marrow transplant. *Alternative Therapies in Health & Medicine, 9*(1), 40–49.
- Tavernier, S. S. (2006). An evidence-based conceptual analysis of presence. *Holistic Nursing Practice, 20*(3), 152–156.
- Umbreit, A. W. (2000). Healing touch: Applications in the acute care setting. *ACCN Clinical Issues of Advanced Practice in Acute Critical Care, 11*(1), 105–119.
- Vitale, A. (2006). The use of selected energy touch modalities as supportive nursing interventions: Are we there yet? *Holistic Nursing Practice, 20*(4), 191–196.
- Wendler, M. C. (2002). Tellington touch before venipuncture: An exploratory descriptive study. *Holistic Nursing Practice, 16*(4), 51–64.
- Woods, D. L., Craven, R. F., & Whitney, J. (2005). The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Alternative Therapies in Health & Medicine, 11*(1), 66–74.
- Woods, D. L., & Dimond, M. (2002). The effect of therapeutic touch on agitated behavior and cortisol in persons with alzheimer's disease. *Biological Research for Nursing, 4*(2), 104–114.

### Capacidad, disposición para mejorar la

Jeng, C., Yang, S., Chang, P., & Tsao, L. (2004). Menopausal women: Perceiving continuous power through the experience of regular exercise. *Journal of Clinical Nursing, 13*, 447–454.

Kettunen, T., Liimatainen, L., Villberg, J., & Perko, U. (2006). Developing empowering health counseling measurement: Preliminary results. *Patient Education & Counseling, 64*(1), 159–166.

Kettunen, T., Poskiparta, M., & Gerlander, M. (2002). Nurse–patient power relationship: Preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Education & Counseling, 47*(2), 101.

Messias, D. K. H., Fore, E. M., McLoughlin, K., & Parra-Medina, D. (2005). Adult roles in community-based youth empowerment programs. *Family & Community Health, 28*(4), 320–337.

Shearer, N., & Reed, P. (2004). Empowerment: Reformulation of a non-Rogerian concept. *Nursing Science Quarterly, 17*, 253–259.

Wright, B. (2004). Trust and power in adults: An investigation using Rogers' science of unitary human beings. *Nursing Science Quarterly, 17*, 139–146.

### Capacidad adaptativa intracraneal, disminución de la

Alverzo, J. P. (2006). A review of the literature on orientation as an indicator of level of consciousness. *Journal of Nursing Scholarship, 38*(2), 159–164.

Blissitt, P. A. (2006). Care of the critically ill patient with penetrating head injury. *Critical care nursing clinics of North America, 18*(3), 321–332.

Carty, R., Mooraby, R., & Paterson, J. (2006). Stroke management. Evolution of a model for the thrombolysis of acute stroke patients. *British Journal of Nursing (BJN), 15*(8), 453–457.

Cook, N. F., Deeny, P., & Thompson, K. (2004). Management of fluid and hydration in patients with acute subarachnoid haemorrhage—an action research project. *Journal of Clinical Nursing, 13*(7), 835–849.

Ewert, T., Grill, E., Bartholomeyczik, S., Finger, M., Mokrusch, T., Kostanjsek, N., et al. (2005). ICF core set for patients with neurological conditions in the acute hospital. *Disability & Rehabilitation, 27*(7), 367–373.

Fan, J. (2004). Effect of backrest position on intracranial pressure and cerebral perfusion pressure in individuals with brain injury: A systematic review. *Journal of Neuroscience Nursing, 36*(5), 278–288.

Grill, E., Ewert, T., Chatterji, S., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2005). ICF core sets development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disability & Rehabilitation, 27*(7), 361–366.

Hafsteinsdóttir, I. B., Algra, A., Kappelle, L. J., & Grypclonck, M. H. F. (2005). Neurodevelopmental treatment after stroke: A comparative study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 76*(6), 788–792.

Kneafsey, R., & Gawthorpe, D. (2004). Head injury: Long-term consequences for patients and families and implications for nurses. *Journal of Clinical Nursing, 13*(5), 601–608.

March, K. (2005). Intracranial pressure monitoring: Why monitor? *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care, 16*(4), 456–475.

Marcoux, K. K. (2005). Management of increased intracranial pressure in the critically ill child with an acute neurological injury. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care*, 16(2), 212.

Mathiesen, C., Tavianini, H. D., & Palladino, K. (2006). Best practices in stroke rapid response: A case study. *MEDSURG Nursing*, 15(6), 364–369.

Price, T., & McGloin, S. (2003). A review of cooling patients with severe cerebral insult in ICU (part 1). *Nursing in critical care*, 8(1), 30–36.

Stier-Jarmer, M., Grill, E., Ewert, T., Bartholomeyczik, S., Finger, M., Mokrusch, T., et al. (2005). ICF core set for patients with neurological conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability & Rehabilitation*, 27(7), 389–395.

Wojner, A. W., El-Mitwalli, A., & Alexandrov, A. V. (2002). Effect of head positioning on intracranial blood flow velocities in acute ischemic stroke: A pilot study. *Critical Care Nursing Quarterly*, 24(4), 57–66.

Zeitler, M. B. (2005). Inducing hypothermia to decrease neurological deficit: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 189–199.

### Comunicación, disposición para mejorar la

Alasad, J., & Ahmad, M. (2005). Communication with critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), 356–362.

Block, L. M., & LeGrazie, B. A. (2006). Don't get lost in translation. *Nursing Management*, 37(5), 37–40.

Brach, C., Fraser, I., & Paez, K. (2005). Crossing the language chasm. *Health Affairs*, 24(2), 424–434.

Brice, A. Access to health service delivery for Hispanics: A communication issue. *Journal of Multicultural Nursing & Health (JMCNH)*, 6(2), 7–17.

Edwards, N., Peterson, W. E., & Davies, B. L. (2006). Evaluation of a multiple component intervention to support the implementation of a 'Therapeutic relationships' best practice guideline on nurses' communication skills. *Patient Education & Counseling*, 63(1), 3–11.

Elliott, R., Wright, L., & Elliot, R. (1999). Verbal communication: What do critical care nurses say to their unconscious or sedated patients? *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1412–1420.

Knobf, M. T. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 71–83.

Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality & Safety in Health Care*, 13, i85–90.

### Comunicación verbal, trastorno de la

Cadogan, M. P., Franzi, C., Osterweil, D., & Hill, T. (1999). Barriers to effective communication in skilled nursing facilities: Differences in perception between nurses and physicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(1), 71–75.

Iezzoni, L. F., O'Day, B., Keelen, M. A., & Harker, H. (2004). Improving patient care: Communicating about health care: Observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Annals of Internal Medicine*, 140(5), 356–362.

Koester, L. S., Karkowski, A. M., & Traci, M. A. (1998). How do deaf and hearing-impaired mothers regain eye contact when their infants look away? *American Annals of the Deaf*, 143(1), 5–131.

Lindeblade, P. O., & McDonald, M. (1995). Removing communication barriers for the hearing impaired elderly. *Med-Surg Nursing*, 4(5), 379–385.

Underwood, C. (2004). How can we best deliver an inclusive health service? *Primary Health Care*, 14(9), 20–21.

### Conducta del lactante, potencial de mejora de la organización de la

Aspin, A. (2004). The concept of snoezelen: Sensory stimulation and relaxation for neonates. *Journal of Neonatal Nursing*, 10(2), 47–51.

Beaumont, B. (2005). Baby massage—a loving touch: Visual evidence of the benefits. *Community Practitioner*, 78(3), 93–97.

Ferber, S. G., Makhoul, I. R., & Weller, A. (2006). Does sympathetic activity contribute to growth of preterm infants? *Early Human Development*, 82(3), 205–210.

Symington, A., & Pinelli, J. M. (2002). Distilling the evidence on developmental care: A systematic review. *Advances in Neonatal Care*, 2(4), 198–221.

Symington, A., & Pinelli, J. (2006). Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Library* (4).

Vickers, A., Ohlsson, A., Lacy, J. B., & Horsley, A. (2006). Massage for promoting growth and development of preterm and/or low birth-weight infants. *Cochrane Library* (4).

### Conducta desorganizada del lactante

Als, H. (1986). A synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for the support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 6, 3–53.

Aris, C., Stevens, T. P., LeMura, C., Lipke, B., McMullen, S., Côté-Arsenault, D., et al. (2006). NICU nurses' knowledge and discharge teaching related to infant sleep position and risk of SIDS. *Advances in Neonatal Care*, 6(5), 281–294.

Blackburn, S., & Vandenberg, K. (1993). Assessment and management of neonatal neurobehavioral development. In C. Kenner, A. Brueggemeyer, & L. Gunderson (Eds.). *Comprehensive neonatal nursing*. Philadelphia: Saunders.

Broome, M. E., & Tanzillo, H. (1990). Differentiating between pain and agitation in premature neonates. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 4(1), 33–62.

Chwo, M., Anderson, G. C., Good, M., Dowling, D. A., Shiao, S. H., & Chu, D. (2002). A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: Effects on temperature, weight, behavior, and acuity. *Journal of Nursing Research*, 10(2), 129–142.

Cole, J., & Frappier, P. (1985). Infant stimulation reassessed. *Journal of Obstetrical, Gynecological, and Neonatal Nursing*, 14, 471–477.

Flandermyer, A. A. (1993). The drug-exposed neonate. In C. Kenner, A. Brueggemeyer, & L. Gunderson (Eds.). *Comprehensive neonatal nursing*. Philadelphia: Saunders.

Henry, S. M. (2004). Discerning differences: Gastroesophageal reflux and gastroesophageal reflux disease in infants. *Advances in Neonatal Care*, 4(4), 235–247.

Moos, M. (2006). The prevention chronicles. Responding to the newest evidence about SIDS. *A WHONN Lifelines*, 10(2), 163–166.

Yecco, G.J. (1993). Neurobehavioral development and developmental support of premature infants. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 7(1), 56–65.

### Conducta desorganizada del lactante, riesgo de

Blackburn, S. (1993). Assessment and management of neurologic dysfunction. In C. Kenner, A. Brueggemeyer, & L. Gunderson (Eds.). *Comprehensive neonatal nursing*. Philadelphia: Saunders.

Blackburn, S. & Vandenberg, K. (1993). Assessment and management of neonatal neurobehavioral development. In C. Kenner, A. Brueggemeyer, & L. Gunderson (Eds.). *Comprehensive neonatal nursing*. Philadelphia: Saunders.

Bozzette, M. (1993). Observations of pain behavior in the NICU: An exploratory study. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 7(1), 76–87.

Grunau, R., & Craig, K. (1987). Pain expression in neonates: Facial action and cry. *Pain*, 28, 395–410.

Yecco, G. J. (1993). Neurobehavioral development and developmental support of premature infants. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 7(1), 56–65.

### Conductas de riesgo para la salud, tendencia a adoptar

Ahern, N. R., & Kiehl, E. (2006). Adolescent sexual health & practice—A review of the literature: Implications for healthcare providers, educators, and policy makers. *Journal of Family and Community Health*, 29(4), 299–313.

Bassuk, S. S., Albert, C. M., Cook, N. R., Zaharris, E., MacFadyen, J. G., Danielson, E., et al. (2004). The women's antioxidant cardiovascular study: Design and baseline characteristics of participants. *Journal of Women's Health (15409996)*, 13(1), 99–117.

Bick, D. (2003). Strategies to reduce postnatal psychological morbidity: The role of midwifery services. *Disease Management & Health Outcomes*, 11(1), 11–20.

Birchfield, P. C. (2003). Identifying women at risk for coronary artery disease. *AAOHN Journal*, 51(1), 15–22.

Biuso, T. J., Butterworth, S., & Linden, A. (2007). A conceptual framework for targeting prediabetes with lifestyle, clinical, and behavioral management interventions. *Disease Management*, 10(1), 6–15.

Bosworth, H. B., Olsen, M. K., Dudley, T., Orr, M., Neary, A., Harrelson, M., et al. (2007). The take control of your blood pressure (TCYB) study: Study design and methodology. *Contemporary Clinical Trials*, 28(1), 33–47.

Cleaver, K. (2007). Adolescent nursing: Characteristics and trends of self-harming behaviour in young people. *British Journal of Nursing (BJN)*, 16(3), 148–152.

Cook, L. J. (2004). Educating women about the hidden dangers of alcohol. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 42(6), 24.

Etzioni, D. A., Yano, E. M., Rubenstein, L. V., Lee, M. L., Ko, C. Y., Brook, R. H., et al. (2006). Measuring the quality of colorectal cancer screening: The importance of follow-up. *Diseases of the Colon & Rectum*, 49(7), 1002–1010.

Feroli, K. L., & Burstein, G. R. (2003). Adolescent sexually transmitted diseases: New recommendations for diagnosis, treatment, and prevention. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 28(2), 113–118.

Glazebrook, C., Garrud, P., Avery, A., Coupland, C., & Williams, H. (2006). Impact of a multimedia intervention “Skinsafe” on patients' knowledge and protective behaviors. *Preventive Medicine*, 42(6), 449–454.

Guiao, I. Z., Blakemore, N. M., & Wise, A. B. (2004). Predictors of teen substance use and risky sexual behaviors: Implications for advanced nursing practice. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 8(2), 52-59.

Hart, P. L. (2005). Women's perceptions of coronary heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3), 170-176.

Koenigsberg, M., Barlett, D., & Carmer, J. (2004). Facilitating treatment adherence with lifestyle changes in diabetes. *American Family Physician*, 69, 309-316, 319-320, 323-324.

Krulwich, C. J. (2005). Alcohol consumption during pregnancy. *Annual Review of Nursing Research*, 23, 101-134.

Lang, A., & Froelicher, E. S. (2006). Management of overweight and obesity in adults: Behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(2), 102-114.

Mallory, C., & Gabrielson, M. (2005). Preventing HIV infection among women who trade sex. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 9(1), 17-22.

McFarlane, J. M., Groff, J. Y., Brien, J. A., & Watson, K. (2006). Secondary prevention of intimate partner violence: A randomized controlled. *Nursing Research*, 55(1), 52-61.

Morrison-Beedy, D., Nelson, L. E., & Volpe, E. (2005). Evidence-based practice. HIV risk behaviors and testing rates in adolescent girls: Evidence to guide clinical practice. *Pediatric Nursing*, 31(6), 508-512.

Pearlstein, I. (2005). Evidence-based practice: A theory-based tobacco dependence treatment at an adolescent health clinic. *New Jersey Nurse*, 35(1), 15-15.

Reagan, P. B., & Salsberry, P. J. (2005). Race and ethnic differences in determinants of preterm birth in the USA: Broadening the social context. *Social Science & Medicine*, 60(10), 2217-2228.

Rooney, M., & Wald, A. (2007). Interventions for the management of weight and body composition changes in women with breast cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(1), 41-52.

Sawatzky, J. V., & Naimark, B. J. (2005). Cardiovascular health promotion in aging women: Validating a population health approach. *Public Health Nursing*, 22(5), 379-388.

Schettler, A. E., & Gustafson, E. M. (2004). Osteoporosis prevention starts in adolescence. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16(7), 274-282.

Sieck, C. J., Heirich, M., & Major, C. (2004). Alcohol counseling as part of general wellness counseling. *Public Health Nursing*, 21(2), 137-143.

### Conductas generadoras de salud

Cogdill, K. W. (2003). Information needs and information seeking in primary care: A study of nurse practitioners. *Journal of the Medical Library Association*, 91(2), 203-215.

Foy, J. M., & Earls, M. F. (2005). A process for developing community consensus regarding the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 115(1), e97-104.

Haslam, J. (2005). Continence. Urinary incontinence: Why women do not ask for help. *Nursing Times*, 101(47), 47-48.

Lagan, B., Sinclair, M., & Kernohan, W. G. (2006). Pregnant women's use of the Internet: A review of published and unpublished evidence. *Evidence Based Midwifery*, 4(1), 17-23.

Myoung Ok Cho. (2004). Health care seeking behavior of Korean women with lymphedema. *Nursing & Health Sciences*, 6(2), 149–159.

Nicoteri, J. A., & Arnold, E. C. (2005). The development of health care-seeking behaviors in traditional-age undergraduate college students. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(10), 411–415.

Sangani, P., Rutherford, G., & Wilkinson, D. (2006). Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. *Cochrane Library* (4).

Sibley, L., Sipe, T. A., & Koblinsky, M. (2004). Does traditional birth attendant training improve referral of women with obstetric complications: A review of the evidence. *Social Science & Medicine*, 59(8), 1757–1768.

Smith, L. K., Pope, C., & Botha, J. L. (2005). Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: A qualitative synthesis. *Lancet*, 366(9488), 825–831.

Stacey, D., DeGrasse, C., & Johnston, L. (2002). Addressing the support needs of women at high risk for breast cancer: Evidence-based care by advanced practice nurses. *Oncology Nursing Forum*, 29(6), E77–84.

### Confusión aguda

Alverzo, J. P. (2006). A review of the literature on orientation as an indicator of level of consciousness. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 159–164.

Dewing, J. (2003). Sundowning in older people with dementia: Evidence base, nursing assessment and interventions. *Nursing Older People*, 15(8), 24.

Fleminger, S. (2003). Managing agitation and aggression after head injury. *BMJ: British Medical Journal*, 327(7405), 4.

Kehl, K. A. (2004). Treatment of terminal restlessness: A review of the evidence. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 18(1), 5–30.

Ludwick, R. (1999). Clinical decision making: Recognition of confusion and application of restraints. *Orthopedic Nursing*, 18(1), 65–72.

### Confusión aguda, riesgo de

Alasad, J., & Ahmad, M. (2005). Communication with critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), 356–362.

Dewing, J. (2003). Sundowning in older people with dementia: Evidence base, nursing assessment and interventions. *Nursing Older People*, 15(8), 24.

Fleminger, S. (2003). Managing agitation and aggression after head injury. *BMJ: British Medical Journal*, 327(7405), 4.

Gleeson, M., & Timmins, F. (2005). A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9(1), 69–77.

Irving, K. (2002). Governing the conduct of conduct: Are restraints inevitable? *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 405–412.

Poole, J. (2003). Poole's algorithm: Nursing management of disturbed behaviour in older people—the evidence. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(3), 38–43.

Stickley, T., & Freshwater, D. (2006). The art of listening in the therapeutic relationship [cover story]. *Mental Health Practice*, 9(5), 12–18.

### Confusión crónica

- Alasad, J., & Ahmad, M. (2005). Communication with critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), 356–362.
- Anderson, C. (1999). Delirium and confusion are not interchangeable terms [letter to editor]. *Oncology Nursing Forum*, 26(3), 497–498.
- Burnside, I., & Haight, B. (1994). Reminiscence and life review: Therapeutic interventions for older people. *Nurse Practitioner*, 19(4), 55–60.
- Dewing, J. (2003). Sundowning in older people with dementia: Evidence base, nursing assessment and interventions. *Nursing Older People*, 15(8), 24.
- Gleeson, M., & Timmins, F. (2005). A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9(1), 69–77.
- Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1, 399–406.
- Kehl, K. A. (2004). Treatment of terminal restlessness: A review of the evidence. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 18(1), 5–30.
- Rasin, J., & Barrick, A. L. (2004). Bathing patients with dementia. *American Journal of Nursing*, 104(3), 30–33.
- Roberts, B. L. (2001). Managing delirium in adult intensive care patients. *Critical Care Nurse*, 21(1), 48–55.
- Smith, B. (1990). Role of orientation therapy and reminiscence therapy: Alzheimer's disease. St. Louis, MO: Mosby.
- Stickley, T., & Freshwater, D. (2006). The art of listening in the therapeutic relationship [cover story]. *Mental Health Practice*, 9(5), 12–18.

### Conocimientos, déficit de

- Bowman, K. G. (2005). Postpartum learning needs. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(4), 438–443.
- Conley, V. (1998). Beyond *Knowledge Deficit* to a proposal for *Information-Seeking Behaviors*. *Nursing Diagnosis*, 9(4), 129–135.
- Gordon, M. (1985). Practice based data set for a nursing information system. *Journal of Medical Systems*, 9, 43–55.
- Howarth, M., Holland, K., & Grant, M. J. (2006). Education needs for integrated care: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 144–156.
- Jenny, J. (1987). Knowledge deficit: Not a nursing diagnosis. *Image*, 19(4): 184–185.
- Johansson, K., Salanterä, S., Heikkinen, K., Kuusisto, A., Virtanen, H., & Leino-Kilpi, H. (2004). Surgical patient education: Assessing the interventions and exploring the outcomes from experimental and quasiexperimental studies from 1990 to 2003. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8(2), 81–92.
- Lambert, M. A., & Jones, P. E. (1989). Nursing diagnoses recorded in nursing situations encountered in a department of public health. In R. M. Carroll-Johnson, (Ed.). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the Eighth Conference*. Philadelphia: Lippincott.
- Mason, T. M. (2005). Information needs of wives of men following prostatectomy. *Oncology nursing forum*, 32(3), 557–563.

Nettles, A. T. (2005). Patient education in the hospital. *Diabetes Spectrum*, 18(1), 44–48.

Newall, F., Monagle, P., & Johnston, L. (2005). Patient understanding of warfarin therapy: A review of education strategies. *Hematology*, 10(6), 437–442.

Patterson, P., Whittington, R., & Bogg, J. (2007). Testing the effectiveness of an educational intervention aimed at changing attitudes to self-harm. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(1), 100–105.

Rakel, B. A., & Bulechek, G. M. (1990). Development of alterations in learning: Situational learning disabilities. *Nursing Diagnosis* 1(4), 134–136.

### Conocimientos, disposición para mejorar los

Albrecht, S. A., Maloni, J. A., Thomas, K. K., Jones, R., Halleran, J., & Osborne, J. (2004). Smoking cessation counseling for pregnant women who smoke: Scientific basis for practice for AWHONN's SUCCESS project. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(3), 298–305.

Bowman, K. G. (2005). Postpartum learning needs. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(4), 438–443.

Gibson, T. (2007). Training opportunities in mental health and learning disabilities. *Learning Disability Practice*, 10(1), 34–38.

May, L., Day, R., & Warren, S. (2006). Perceptions of patient education in spinal cord injury rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*, 28(17), 1041–1049.

Nettles, A. T. (2005). Patient education in the hospital. *Diabetes Spectrum*, 18(1), 44–48.

Olinzock, B. J. (2004). A model for assessing learning readiness for self-direction of care in individuals with spinal cord injuries: A qualitative study. *SCI Nursing*, 21(2), 69–74.

Patterson, P., Whittington, R., & Bogg, J. (2007). Testing the effectiveness of an educational intervention aimed at changing attitudes to self-harm. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(1), 100–105.

Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., & Kaczorowski, J. (2006). Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 33(3), 210–220.

Templeton, H., & Coates, V. (2004). Evaluation of an evidence-based education package for men with prostate cancer on hormonal manipulation therapy. *Patient Education & Counseling*, 55(1), 55–61.

Whitehead, D., Keast, J., Montgomery, V., & Hayman, S. (2004). A preventative health education programme for osteoporosis. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 15–24.

### Contaminación

Allen, G. (2003). Evidence for practice: Transmission of Whipple's disease via gastroscopes. *AORN Journal*, 78(2), 310–311.

Allen, G. (2004). Evidence for practice: Comparison of hand hygiene methods and effects of ring wearing on hand contamination. *AORN Journal*, 79(1), 236.

Allen, G. (2004). Evidence for practice: Infections associated with injections from a multiple-dose vial. *AORN Journal*, 79(1), 238–238.

Allen, G. (2005). Evidence for practice: Contamination in standard versus ultra-clean ORs. *AORN Journal*, 81(4), 890.

Allen, G. (2006). Evidence for practice: Bacterial contamination in orthopedic implant surgery. *AORN Journal*, 83(4), 968–969.

Allen, G. (2006). Evidence for practice: Protein contamination on surgical instruments. *AORN Journal*, 83(4), 965–966.

Brown, M. J., McLaine, P., Dixon, S., & Simon, P. (2006). A randomized, community-based trial of home visiting to reduce blood lead levels in children. *Pediatrics*, 117(1), 147–153.

Centers for Disease Control and Prevention. (2005). *Third national report on human exposure to environmental chemicals: Executive summary* (NCEH Pub # 05-0725). Atlanta, GA: Author.

Chu, J. J. (2004). Sterile gloves and the repairing of uncomplicated lacerations. *American Journal of Nursing*, 104(7), 73GG–73GG.

Colodner, R., Sakran, W., Miron, D., Teitler, N., Khavalevsky, E., & Kopelowitz, J. (2003). *Listeria monocytogenes* cross-contamination in a nursery. *American Journal of Infection Control*, 31(5), 322–324.

Lipp, A., & Edwards, P. (2005). Disposable surgical face masks: A systematic review. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, 23(3), 21.

McCauley, L. A., Michaels, S., Rothlein, J., Muniz, J., Lasarev, M., & Ebbert, C. (2003). Pesticide exposure and self-reported home hygiene. *AAOHN Journal*, 51, 113–119.

Williams, T. A., & Leslie, G. D. (2004). A review of the nursing care of enteral feeding tubes in critically ill adults: Part I. *Intensive & Critical Care Nursing*, 20(6), 330–343.

Williams, T. A., & Leslie, G. D. (2005). A review of the nursing care of enteral feeding tubes in critically ill adults: Part II. *Intensive & Critical Care Nursing*, 21(1), 5–15.

### Contaminación, riesgo de

Allen, G. (2006). Evidence for practice: Permanent marking pen sterility. *AORN Journal*, 83(4), 966–966.

Chu, J. J. (2004). Sterile gloves and the repairing of uncomplicated lacerations. *American Journal of Nursing*, 104(7), 73GG–73GG.

Earsing, K. A., Hobson, D. B., & White, K. M. (2005). Best-practice protocols: Preventing central line infection. *Nursing Management*, 36(10), 18.

Hanrahan, K. S., & Lofgren, M. (2004). Evidence-based practice: Examining the risk of toys in the microenvironment of infants in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 4(4), 184–205.

LaCharity, L. A., & McClure, E. R. (2003). Are plants vectors for transmission of infection in acute care? *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 15, 119–124.

Mermel, L. A. (2002). Prevention of intravascular catheter-related infections. *CINA: Official Journal of the Canadian Intravenous Nurses Association*, 18, 40.

O’Keefe-McCarthy, S. (2006). Evidence-based nursing strategies to prevent ventilator-acquired pneumonia. *Dynamics*, 17(1), 8–11.

### Crecimiento, riesgo de alteración del

Abrams, S. E., & Wells, M. E. (2005). Feeding better food habits in mid-20th-century america. *Public Health Nursing*, 22(6), 529–534.

Beal, J. (2005). Toward evidence-based practice. Implications of kangaroo care for growth and development in preterm infants. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 30(5), 338–338.

Carlsson, E., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2004). Stroke and eating difficulties: Long-term experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(7), 825–834.

Eberhardie, C. (2002). Continuing professional development: Nutrition. Nutrition and the older adult. *Nursing Older People*, 14(2), 22–28.

Healthy eating and activity together (HEAT) clinical practice guideline: Identifying and preventing overweight in childhood.(2006). *Journal of Pediatric Healthcare*, 20(2), S1–63.

Krulewicz, C. J. (2005). Alcohol consumption during pregnancy. *Annual Review of Nursing Research*, 23, 101–134.

Luke, B. (2005). The evidence linking maternal nutrition and prematurity. *Journal of Perinatal Medicine*, 33(6), 500–505.

Mcalpine, D. E., Schroder, K., Pankratz, V. S., & Maurer, M. (2004). Survey of regional health care providers on selection of treatment for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 27–32.

Moyer, V. A., Klein, J. D., Ockene, J. K., Teutsch, S. M., Johnson, M. S., & Allan, J. D. (2005). Screening for overweight in children and adolescents: Where is the evidence? A commentary by the childhood obesity working group of the U.S. preventive services task force. *Pediatrics*, 116(1), 235–238.

Nassar, A. H., Usta, I. M., Khalil, A. M., Aswad, N. A., & Seoud, M. A-F. (2003). Neonatal outcome of growth discordant twin gestations. *Journal of Perinatal Medicine*, 31(4), 330–336.

Pinelli, J., Symington, A., & Ciliska, D. (2002). Nonnutritive sucking in high-risk infants: Benign intervention or legitimate therapy? *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(5), 582–591.

Pullen, C. H., Walker, S. N., Hageman, P. A., Boeckner, L. S., & Oberdorfer, M. K. (2005). Differences in eating and activity markers among normal weight, overweight, and obese rural women. *Women's Health Issues*, 15(5), 209–215.

Symington, A., & Pinelli, J. (2006). Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Library* (4).

### Crecimiento y desarrollo, alteración del

Gregory, K. (2005). Update on nutrition for preterm and full-term infants. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(1), 98–108.

Kennedy, M. S. (2002). Educational program for NICU moms helps infants develop. *American Journal of Nursing*, 102(2), 21.

McCain, G. C. (2003). An evidence-based guideline for introducing oral feeding to healthy preterm infants. *Neonatal Network*, 22(5), 45–50.

Symington, A., & Pinelli, J. (2006). Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Library* (4).

Symington, A., & Pinelli, J. M. (2002). Distilling the evidence on developmental care: A systematic review. *Advances in Neonatal Care*, 2(4), 198–221.

Vickers, A., Ohlsson, A., Lacy, J. B., & Horsley, A. (2006). Massage for promoting growth and development of preterm and/or low birth-weight infants. *Cochrane Library* (4).

Wright, C. M., & Parkinson, K. N. (2004). Postnatal weight loss in term infants: What is “normal” and do growth charts allow for it? *Archives of Disease in Childhood—Fetal & Neonatal Edition*, 89(3), F254–F257.

### Cuidador, riesgo de sobreesfuerzo en el rol de

Corcaran, M. A., & Gitlin, L. N. (2001). Family caregiver acceptance and use of environmental strategies provided in an occupational therapy intervention. *Physical Occupational Therapy in Geriatrics*, 1911–1920.

DiBartolo, M. C. (2002). Exploring self-efficacy and hardiness in spousal caregivers of individuals with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(4), 24–33.

Gilmour, J. A. (2002). Disintegrated care: Family caregivers and in-hospital respite care. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 546–553.

Grant, J. S., Elliott, T. R., Weaver, M., Bartolucci, A. A., & Giger, J. N. (2002). Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke (00392499)*, 33(8), 2060–2065.

Ingleton, C., Payne, S., Nolan, M., & Carey, I. (2003). Respite in palliative care: A review and discussion of the literature. *Palliative Medicine*, 17(7), 567.

Larson, J., Franzén-Dahlin, Å., Billing, E., Arbin, M., Murray, V., & Wredling, R. (2005). The impact of a nurse-led support and education programme for spouses of stroke patients: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 14(8), 995–1003.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lobchuk, M. M. (2006). Concept analysis of perspective-taking: Meeting informal caregiver needs for communication competence and accurate perception. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 330–341.

McBride, K. L., White, C. L., Sourial, R., & Mayo, N. (2004). Postdischarge nursing interventions for stroke survivors and their families. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 192–200.

Rabow, M. W., Hauser, J. M., & Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life: “They don’t know what they don’t know.” *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 291(4), 483–491.

Stoltz, P., Udén, G., & Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home—a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 111–119.

Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of construct. *Holistic Nursing Practice*, 18(1), 3–8.

Wachterman, M. W., & Sommers, B. D. (2006). The impact of gender and marital status on end-of-life care: Evidence from the national mortality follow-back survey. *Journal of Palliative Medicine*, 9(2), 343–352.

### Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de

Bowers, B. (1987). Intergenerational caregiving: Adult caregivers and their aging parents. *Advances in Nursing Science*, 9(2), 20–31.

Carr, G. F. (2006). Vulnerability: A conceptual model for African American grandmother caregivers. *Journal of Theory Construction & Testing*, 10(1), 11–14.

Chilman, C., Nunnally, E., & Cox, F. (1988). *Chronic illness and disability*, (pp. 30–31). Beverly Hills, CA: Sage Publications.

de Geest, G. (2003). The relation between the perceived role of family and the behavior of the person with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 18(3), 181–187.

Lobchuk, M. M. (2006). Concept analysis of perspective-taking: Meeting informal caregiver needs for communication competence and accurate perception. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 330–341.

McBride, K. L., White, C. L., Sourial, R., & Mayo, N. (2004). Postdischarge nursing interventions for stroke survivors and their families. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 192–200.

Rabow, M. W., Hauser, J. M., & Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life: "They don't know what they don't know." *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 291(4), 483–491.

Stoltz, P., Udén, G., & Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home—a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 111–119.

### Deglución, deterioro de la

Boczko, F. (2004). Managing dysphagia in dementia: A timed snack protocol. *Nursing Homes: Long Term Care Management*, 53(9), 64–67.

Burton, C., Pennington, L., Roddam, H., Russell, I., Russell, D., Krawczyk, K., *et al.* (2006). Assessing adherence to the evidence base in the management of poststroke dysphagia. *Clinical Rehabilitation*, 20(1), 46–51.

Deane, K., Whurr, R., Clarke, C. E., Playford, E. D., & Ben-Shlomo, Y. (2006). Non-pharmacological therapies for dysphagia in Parkinson's disease. *Cochrane Library* (4).

DiBartolo, M. C. (2006). Careful hand feeding: A reasonable alternative to PEG tube placement in individuals with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(5), 25–35.

Lin, L., Wang, S., Chen, S. H., Wang, T., Chen, M., & Wu, S. (2003). Issues and innovations in nursing practice efficacy of swallowing training for residents following stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 469–478.

Morris, H. (2005). Dysphagia in a general practice population. *Nursing Older People*, 17(8), 20–28.

Smith, P. A. (2006). Nutrition, hydration, and dysphagia in long-term care: Differing opinions on the effects of aspiration. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(9), 545–549.

Westergren, A. (2006). Detection of eating difficulties after stroke: A systematic review. *International nursing review*, 53(2), 143–149.

### Dentición, alteración de la

American dental hygienists' association dental hygiene diagnosis position paper. (2006). *Access*, 20(1), 23–24.

Chalmers, J., & Pearson, A. (2005). Oral hygiene care for residents with dementia: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 410–419.

Early childhood pacifier use in relation to breastfeeding, SIDS, infection and dental malocclusion. (2006). *Nursing Standard*, 20(38), 52–57.

Grap, M. J., Munro, C. L., Ashtiani, B., & Bryant, S. (2003). Oral care interventions in critical care: Frequency and documentation. *American Journal of Critical Care*, 12(2), 113–119.

O'Reilly, M. (2003). Oral care of the critically ill: A review of the literature and guidelines for practice. *Australian Critical Care, 16*(3), 101–110.

Pearson, A., & Chalmers, J. (2004). Oral hygiene care for adults with dementia in residential aged care facilities. *JBI Reports, 2*(3), 65–113.

### Desarrollo, deterioro de la capacidad del adulto para mantener su

Bergland, A. (2001). Thriving—a useful theoretical perspective to capture the experience of well-being among frail elderly in nursing homes? *Journal of Advanced Nursing, 36*(3), 426–432.

Diehr, P., Williamson, J., Burke, G. L., & Psaty, B. M. (2002). The aging and dying processes and the health of older adults. *Journal of Clinical Epidemiology, 55*(3), 269.

Haight, Barbara, K. (2002). Thriving: A life span theory. *Journal of Gerontological Nursing, 14*–22.

Higgins, P. A., & Daly, B. J. (2005). Adult failure to thrive in the older rehabilitation patient. *Rehabilitation Nursing, 30*(4), 152–159.

Murray, J., & Sullivan, P. A. (2006). Frail elders and the failure to thrive [cover story]. *ASHA Leader, 11*(14), 14–16.

### Desarrollo, riesgo de alteración del

Bagnato, S. J., Blair, K., Slater, J., McNally, R., Mathews, J., & Minzenberg, B. (2004). Developmental healthcare partnerships in inclusive early childhood intervention. *Infants & Young Children: An Interdisciplinary Journal of Special Care Practices, 17*(4), 301–317.

Beal, J. (2005). Toward evidence-based practice. Implications of kangaroo care for growth and development in preterm infants. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing, 30*(5), 338–338.

Hussey-Gardner, B., McNinch, A., Anastasi, J. M., & Miller, M. (2002). Early intervention best practice: Collaboration among an NICU, an early intervention program, and an NICU follow-up program. *Neonatal Network, 21*(3), 15–22.

Kennedy, M. S. (2002). Educational program for NICU moms helps infants develop. *American Journal of Nursing, 102*(2), 21.

Magill-Evans, J., Harrison, M. J., Rempel, G., & Slater, L. (2006). Interventions with fathers of young children: Systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing, 55*(2), 248–264.

Ohgi, S., Fukuda, M., Akiyama, T., & Gima, H. (2004). Effect of an early intervention programme on low birthweight infants with cerebral injuries. *Journal of Paediatrics & Child Health, 40*(12), 689–695.

Rick, S. L. (2006). Developmental care on newborn intensive care units: Nurses' experiences and neurodevelopmental, behavioural, and parenting outcomes. A critical review of the literature. *Journal of Neonatal Nursing, 12*(2), 56–61.

Symington, A., & Pinelli, J. (2006). Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Library* (4).

Symington, A., & Pinelli, J. M. (2002). Distilling the evidence on developmental care: A systematic review. *Advances in Neonatal Care, 2*(4), 198–221.

Turrill, S. (2002). Focusing nursing care on quality of life: Part 1. The relevance of the developmental care model. *Journal of Neonatal Nursing, 8*(1), 15–19.

Welby, J. (2006). Using a health promotion model to promote benchmarking. *Paediatric Nursing, 18*(6), 34–36.

### Desatención unilateral

Jones, A., Tilling, K., Wilson-Barnett, J., Newham, D. J., & Wolfe, C. D. A. (2005). Effect of recommended positioning on stroke outcome at six months: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation, 19*(2), 138–145.

Kalbach, L. R. (1991). Unilateral neglect: Mechanisms and nursing care. *Journal of Neuroscience Nursing, 23*(2), 125–129.

Lin, K. (1996). Right-hemispheric activation approaches to neglect rehabilitation post stroke. *American Journal of Occupational Therapy, 50*(7), 504–514.

O'Connell, A. (2002). Development of an integrated care pathway for the management of hemiplegic shoulder pain. *Disability & Rehabilitation, 24*(7), 390–398.

Rickelman, B. L. (2004). Anosognosia in individuals with schizophrenia: Toward recovery of insight. *Issues in Mental Health Nursing, 25*(3), 227–242.

Rusconi, M.L., Maravita, A., Bottini, G., & Vallar, G. (2002). Is the intact side really intact? Perseverative responses in patients with unilateral neglect: A productive manifestation. *Neuropsychologia, 40*, 594–604.

Swan, L. (2001). Unilateral spatial neglect. *Physical Therapy, 81*, 1572–1580.

Weitzel, E.A. (2001). Unilateral neglect. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnosis, outcomes, and interventions* (pp. 492–502). St. Louis, MO: Mosby.

### Desesperanza

Drew, B. L. (1990). Differentiation of hopelessness, helplessness and powerlessness using Erikson's "Roots of Virtue." *Archives of Psychiatric Nursing, 14*, 332–337.

Engel, G. (1989). A life setting conducive to illness: The giving up–given up complex. *Annals of Internal Medicine, 69*, 293–300.

Fallowfield, L. J., Jenkins, V. A., & Beveridge, H. A. (2002). Truth may hurt but deceit hurts more: Communication in palliative care. *Palliative Medicine, 16*(4), 297–303.

Lin, Y., Dai, Y., & Hwang, S. (2003). The effect of reminiscence on the elderly population: A systematic review. *Public Health Nursing, 20*(4), 297–306.

Schmale, A. H., & Iher, H. P. (1966). The affect of hopelessness and the development of cancer. *Psychosomatic Medicine, 28*, 714–721.

### Destete del respirador, respuesta disfuncional al

Blackwood, B., Wilson-Barnett, J., & Trinder, J. (2004). Protocolized weaning from mechanical ventilation: ICU physician's views. *Journal of Advanced Nursing, 48*(1), 26–34.

Carasa, M. (2003). *Weaning the chronically critically ill patient: The meaning of the weaning experience as perceived by nurse practitioners and patients in a respiratory care unit* (Columbia University Teachers College.)

Epstein, S. K. (2002). Weaning from mechanical ventilation. *Respiratory Care, 47*(4), 454–468.

Fulbrook, P., Delaney, N., Rigby, J., Sowden, A., Trevett, M., Turner, L., et al. (2004). Developing a network protocol: Nurse-led weaning from ventilation. *Connect: The World of Critical Care Nursing, 3*(2), 28–37.

Grap, M. J., Strickland, D., Tormey, L., Keane, K., Lubin, S., Emerson, J., *et al.* (2003). Collaborative practice: Development, implementation, and evaluation of a weaning protocol for patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care, 12*(5), 454–460.

Hampton, D. C., Griffith, D., & Howard, A. (2005). Evidence-based clinical improvement for mechanically ventilated patients. *Rehabilitation Nursing, 30*(4), 160–165.

Hancock, H. C., & Easen, P. R. (2006). The decision-making processes of nurses when extubating patients following cardiac surgery: An ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies, 43*(6), 693–705.

Keogh, S. J. (2004). Weaning from mechanical ventilation: A national survey of Australian paediatric intensive care units. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing, 7*(3), 13–19.

Laux, L., & Herbert, C. (2006). Decreasing ventilator-associated pneumonia: Getting on board. *Critical Care Nursing Quarterly, 29*(3), 253–258.

Linda O'Bryan, Kathryn Von Rueden, & Fern Malila. (2002). Evaluating ventilator weaning best practice: A long-term acute care hospital system-wide quality initiative. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care, 13*(4), 567–576.

Lindgren, V. A., & Ames, N. J. (2005). Caring for patients on mechanical ventilation: What research indicates is best practice. *American Journal of Nursing, 105*(5), 50–61.

Logan, J., & Jenny, J. (1991). Interventions for the nursing diagnosis “dysfunctional ventilatory weaning response”: A qualitative study. In R. M. Carroll-Johnson (Ed.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the Ninth Conference* (pp. 141–147). Philadelphia: Lippincott.

MacIntyre, N. R. (2004). Evidence-based ventilator weaning and discontinuation. *Respiratory Care, 49*(7), 830–836.

Munro, N. (2006). Weaning smokers from mechanical ventilation. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 18*(1), 21–28.

Plost, G., & Nelson, D. P. (2007). Empowering critical care nurses to improve compliance with protocols in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care, 16*(2), 153–157.

## Diarrea

Larson, C. E. (2000). Evidence-based practice. Safety and efficacy of oral rehydration therapy for treatment of diarrhea and gastroenteritis in pediatrics. *Pediatric Nursing, 26*(2), 177–179.

Lim, B., Manheimer, E., Lao, L., Ziea, E., Wisniewski, J., Liu, J., *et al.* (2006). Acupuncture for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Library* (4).

Marrs, J. A. (2006). Abdominal complaints: Diverticular disease. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 10*(2), 155–157.

Marshall, A., & West, S. (2004). Nutritional intake in the critically ill: Improving practice through research. *Australian Critical Care, 17*(1), 6.

Sabol, V. K., & Carlson, K. K. (2007). Diarrhea: Applying research to bedside practice. *AACN Advanced Critical Care, 18*(1), 32–44.

Simor, A. E., Bradley, S. F., Strausbaugh, L. J., Crossley, K., & Nicolle, L. E. (2002). SHEA position paper. *Clostridium difficile* in long-term-care facilities for the elderly. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 23*(11), 696–703.

### Dignidad humana, riesgo de compromiso de la

Fahrenwald, N. L., Bassett, S. D., Tschetter, L., Carson, P. P., White, L., & Winterboer, V. J. (2005). Teaching core nursing values. *Journal of Professional Nursing, 21*(1), 46–51.

Mairis, E. (1994). Concept clarification of professional practice-dignity. *Journal of Advanced Nursing, 19*, 924–931.

Matiti, M. R., & Trorey, G. (2004). Perceptual adjustment levels: Patients' perception of their dignity in the hospital setting. *International Journal of Nursing Studies, 41*(7), 735–744.

Pellatt, G. C. (2005). Safe handling. The safety and dignity of patients and nurses during patient handling. *British Journal of Nursing (BJN), 14*(21), 1150–1156.

Robinson, E. M. (2002). An ethical analysis of cardiopulmonary resuscitation for elders in acute care. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care, 13*(1), 132–144.

Shottom, L., & Seedhouse, D. (1998). Practical dignity in caring. *Nursing Ethics, 5*, 246–255.

Walsh, K., & Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice, 8*, 143–151.

### Disfunción neurovascular periférica, riesgo de

Ageno, W., Manfredi, E., Dentali, F., Silingardi, M., Ghezzi, F., Camporese, G., *et al.* (2007). The incidence of venous thromboembolism following gynecologic laparoscopy: A multicenter, prospective cohort study. *Journal of Thrombosis & Haemostasis, 5*(3), 503–506.

AORN guidelines for prevention of venous stasis. (2007). *AORN Journal, 85*(3), 607.

Autar, R. (2006). Evidence for the prevention of venous thromboembolism [cover story]. *British Journal of Nursing (BJN), 15*(18), 980–986.

Clark, A. M., Hartling, L., Vandermeer, B., & McAlister, F. A. (2005). Meta-analysis: Secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Annals of Internal Medicine, 143*(9), 659–672.

Davis, P. (2003). Wound care. skeletal pin traction: Guidelines on postoperative care and support. *Nursing Times, 99*(21), 46–48.

Dorgan, S. (2004). Management options for patients with intermittent claudication. *British Journal of Nursing (BJN), 13*(8), 448–451.

Fletcher, L. (2006). Management of patients with intermittent claudication. *Nursing Standard, 20*(31), 59–65.

Goodacre, S., Sutton, A. J., & Sampson, F. C. (2005). Meta-analysis: The value of clinical assessment in the diagnosis of deep venous thrombosis. *Annals of Internal Medicine, 143*(2), 129–W-35.

Gorski, L. A. (2007). Venous thromboembolism: A common and preventable condition: Implications for the home care nurse. *Home Healthcare Nurse, 25*(2), 94–100.

Hsieh, H. F., & Lee, F. P. (2006). Review: Wearing graduated compression stockings during air travel reduces the risk of deep venous thromboembolism. *Evidence-Based Medicine, 11*(2), 55.

Kehl-Prueett, W. (2006). Deep vein thrombosis in hospitalized patients: A review of evidence-based guidelines for prevention. *Dimensions of Critical Care Nursing, 25*(2), 53–61.

Ramzi, D. W., & Leeper, K. V. (2004). DVT and pulmonary embolism: Part I. Diagnosis. *American Family Physician*, 69(12), 2829–2836.

Shrubb, D., & Mason, W. (2006). The management of deep vein thrombosis in lymphoedema: A review. *British Journal of Community Nursing*, 11(7), 292–297.

### Disfunción sexual

Banning, M. (2007). Women's health. Advanced breast cancer: Aetiology, treatment and psychosocial features. *British Journal of Nursing (BJN)*, 16(2), 86–90.

Barton, D., Wilwerding, M., Carpenter, L., & Loprinzi, C. (2004). Libido as part of sexuality in female cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 31(3), 599–607.

Corte, C. M., & Sommers, M. S. (2005). Alcohol and risky behaviors. *Annual Review of Nursing Research*, 23, 327–360.

Duncan, M. K. W., & Sanger, M. (2004). Coping with the pediatric anogenital exam. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 17(3), 126–136.

Guiao, I. Z., Blakemore, N. M., & Wise, A. B. (2004). Predictors of teen substance use and risky sexual behaviors: Implications for advanced nursing practice. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 8(2), 52–59.

Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2006). Iatrogenic sexual dysfunction and the protective withholding of information: In whose best interest? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(4), 437–446.

Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2006). Sexuality: The challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 345–351.

Lund-Nielsen, B., Müller, K., & Adamsen, L. (2005). Malignant wounds in women with breast cancer: Feminine and sexual perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 56–64.

Magnan, M. A., Reynolds, K. E., & Galvin, E. A. (2005). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *MEDSURG Nursing*, 14(5), 282–289.

Magnan, M. A., Reynolds, K. E., & Galvin, E. A. (2006). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *Dermatology Nursing*, 18(5), 448–454.

Martsoff, D. S., & Draucker, C. B. (2005). Psychotherapy approaches for adult survivors of childhood sexual abuse: An integrative review of outcomes research. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(8), 801–825.

Miers, M. (2002). Developing an understanding of gender sensitive care: Exploring concepts and knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 69–77.

Muehrer, R. J., Keller, M. L., Powwattana, A., & Pornchaikate, A. (2006). Sexuality among women recipients of a pancreas and kidney transplant. *Western Journal of Nursing Research*, 28(2), 137–150.

Reynolds, K. E., & Magnan, M. A. (2005). Nursing attitudes and beliefs toward human sexuality: Collaborative research promoting evidence-based practice. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, 19(5), 255–259.

Röndahl, G., Innala, S., & Carlsson, M. (2004). Nurses' attitudes towards lesbians and gay men. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 386–392.

Shell, J. A. (2002). Evidence-based practice for symptom management in adults with cancer: Sexual dysfunction. *Oncology Nursing Forum*, 29(1), 53–69.

Sublett, C. M. (2007). Translating evidence into clinical practice. Critique of 'effects of advanced practice nursing on patient and spouse depressive symptoms, sexual function, and marital interaction after radical prostatectomy'. *Urologic Nursing*, 27(1), 78–80.

Williams, S. S., Norris, A. E., & Bedor, M. M. (2003). Sexual relationships, condom use, and concerns about pregnancy, HIV/AIDS, and other sexually transmitted diseases. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, 17(2), 89–94.

### Disreflexia autónoma

Caliri, M. (2005). Spinal cord injury and pressure ulcers. *Nursing Clinics of North America*, 40(2), 337–347.

Fries, J. M. (2005). Critical rehabilitation of the patient with spinal cord injury. *Critical Care Nursing Quarterly*, 28(2), 179–187.

Kavchak-Keyes, M. A. (2000). Autonomic hyperreflexia. *Rehabilitation Nursing*, 25(1), 31–35.

McClain, W., Shields, C., & Sixsmith, D. (1999). Autonomic dysreflexia presenting as a severe headache. *American Journal of Emergency Medicine*, 17(3), 238–240.

Perks, D. H. (2005). Issues in pediatrics. Transient spinal cord injuries in the young athlete. *Journal of Trauma Nursing*, 12(4), 127–133.

Silver, J. R. (2000). Early autonomic dysreflexia. *Spinal Cord*, 38, 229–233.

Thompson, H. J., & Bourbonniere, M. (2006). Traumatic injury in the older adult from head to toe. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 18(3), 419–431.

Travers, P. (1999). Autonomic dysreflexia: A clinical rehabilitation problem. *Rehabilitation Nursing*, 24(1), 9–23.

### Disreflexia autónoma, riesgo de

Caliri, M. (2005). Spinal cord injury and pressure ulcers. *Nursing Clinics of North America*, 40(2), 337–347.

Fries, J. M. (2005). Critical rehabilitation of the patient with spinal cord injury. *Critical Care Nursing Quarterly*, 28(2), 179–187.

Perks, D. H. (2005). Issues in pediatrics. Transient spinal cord injuries in the young athlete. *Journal of Trauma Nursing*, 12(4), 127–133.

Thompson, H. J., & Bourbonniere, M. (2006). Traumatic injury in the older adult from head to toe. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 18(3), 419–431.

### Dolor agudo

Ardey, G., Herr, K. A., Titler, M. G., Sorofman, B. A., & Schmitt, M. B. (2003). Assessing and managing acute pain in older adults: A research base to guide practice. *MEDSURG Nursing*, 12(1), 7.

Brown, D., & McCormack, B. (2005). Developing postoperative pain management: Utilising the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2(3), 131–141.

Brown, D., O'Neill, O., & Beck, A. (2007). Post-operative pain management: Transition from epidural to oral analgesia [cover story]. *Nursing Standard*, 21(21), 35–40.

Chin-Mei Huang, Wan-Shu Tung, Li-Lin Kuo, & Ying-Ju Chang. (2004). Comparison of pain responses of premature infants to the heelstick between containment and swaddling. *Journal of Nursing Research*, 12(1), 31–39.

Dodds, E. (2003). Neonatal procedural pain: A survey of nursing staff. *Paediatric Nursing*, 15(5), 18–21.

Garbez, R., & Puntillo, K. (2005). Acute musculoskeletal pain in the emergency department: A review of the literature and implications for the advanced practice nurse. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care*, 16(3), 310–319.

Gold, J. I., Seok Hyeon Kim, Kant, A. J., Joseph, M. H., & Rizzo, A. (2006). Effectiveness of virtual reality for pediatric pain distraction during IV placement. *CyberPsychology & Behavior*, 9(2), 207–212.

Gordon, D. B., Dahl, J. L., Miaskowski, C., McCarberg, B., Todd, K. H., Paice, J. A., et al. (2005). American Pain Society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society quality of care task force. *Archives of Internal Medicine*, 165(14), 1574–1580.

Harrison, D., Evans, C., Johnston, L., & Loughnan, P. (2002). Bedside assessment of heel lancet pain in the hospitalized infant. *JOGNN*, 31(5), 551–557.

Ikonomidou, E., Rehnstrom, A., & Naesh, O. (2004). Effect of music on vital signs and postoperative pain. *AORN Journal*, 80(2), 269–278.

Johnson, L. (2003). Sickle cell disease patients and patient-controlled analgesia. *British Journal of Nursing (BJN)*, 12(3), 144–153.

Mann, C., Ouro-Bang'na, F., & Eledjam, J. J. (2005). Patient-controlled analgesia. *Current Drug Targets*, 6(7), 815–819.

McCreaddie, M., & Davison, S. (2002). Pain management in drug users. *Nursing Standard*, 16(19), 45.

Nicholson, C. (2004). A systematic review of the effectiveness of oxygen in reducing acute myocardial ischaemia. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), 996–1007.

Salmore, R. (2002). Development of a new pain scale: Colorado behavioral numerical pain scale for sedated adult patients undergoing gastrointestinal procedures. *Gastroenterology Nursing*, 25(6), 257–262.

Sarrell, E. M., Cohen, H. A., & Kahan, E. (2003). Naturopathic treatment for ear pain in children. *Pediatrics*, 111(5), e574–579.

Sharp, B., Taylor, D. L., Thomas, K. K., Killen, M. B., & Dawood, M. Y. (2002). Cyclic perimenstrual pain and discomfort: The scientific basis for practice. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(6), 637–649.

Sobralke, M., & Katz, J. (2005). Culturally competent care of patients with acute chest pain. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(9), 342–349.

Stewart, M. W. (2005). Research news. Evidence-based assessment of acute pain in older adults: Current nursing practices and perceived barriers. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 20(1), 59.

Titler, M. G., Herr, K., Schilling, M. L., Marsh, J. L., Xie, X., Ardery, G., et al. (2003). Acute pain treatment for older adults hospitalized with hip fracture: Current nursing practices and perceived barriers. *Applied Nursing Research*, 16(4), 211–227.

Tough, J. (2006). Primary percutaneous coronary intervention in patients with acute myocardial infarction [cover story]. *Nursing Standard*, 21(2), 47–56.

Tracy, S., Dufault, M., Kogut, S., Martin, V., Rossi, S., & Willey-Temkin, C. (2006). Translating best practices in nondrug postoperative pain management. *Nursing Research*, 55(2), S57–67.

### Dolor crónico

Bonadonna, R. (2003). Mediation's impact on chronic illness. *Holistic Nursing Practice*, 17(6), 309–319.

- Briggs, M. (2006). The prevalence of pain in chronic wounds and nurses' awareness of the problem. *British Journal of Nursing (BJN)*, 15(21), 5–9.
- Chronic pain [cover story]. (2006). *Nursing Standard*, 20(36), 67.
- Cowan, D. (2005). Is morphine for chronic pain addictive? *British Journal of Community Nursing*, 10(3), 127.
- Cowan, D. T. (2002). Chronic non-cancer pain in older people: Current evidence for prescribing. *British Journal of Community Nursing*, 7(8), 420.
- Eccleston, C., Bruce, E., & Carter, B. (2006). Chronic pain in children and adolescents. *Paediatric Nursing*, 18(10), 30–33.
- Edrington, J. M., Paul, S., Dodd, M., West, C., Facione, N., Tripathy, D., et al. (2004). No evidence for sex differences in the severity and treatment of cancer pain. *Journal of Pain & Symptom Management*, 28(3), 225–232.
- Ersek, M., Cherrier, M. M., Overman, S. S., & Irving, G. A. (2004). The cognitive effects of opioids. *Pain Management Nursing*, 5(2), 75–93.
- Eshkevari, L., & Heath, J. (2005). Use of acupuncture for chronic pain. *Holistic Nursing Practice*, 19(5), 217–221.
- Fontana, J. S. (2004). *A critical examination of advanced practice nurses' prescribing practices for patients with chronic nonmalignant pain*. (University of Connecticut.)
- Green, C. R., Anderson, K. O., Baker, T. A., Campbell, L. C., Decker, S., Fillingim, R. B., et al. (2003). The unequal burden of pain: Confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Medicine*, 4(3), 277.
- Henderson, H. (2002). Acupuncture: Evidence for its use in chronic low back pain. *British Journal of Nursing (BJN)*, 11(21), 1395.
- Jerzak, L. A., & Smith, S. K. (2006). Vulvodynia: Diagnosis and treatment of a chronic pain syndrome. *Women's Health Care: A Practical Journal for Nurse Practitioners*, 5(4), 29.
- Kim, E. J., & Buschmann, M. T. (2006). Reliability and validity of the faces pain scale with older adults. *International Journal of Nursing Studies*, 43(4), 447–456.
- Landis, C. A., Lentz, M. J., Tsuji, J., Buchwald, D., & Shaver, J. L. F. (2004). Pain, psychological variables, sleep quality, and natural killer cell activity in midlife women with and without fibromyalgia. *Brain, Behavior & Immunity*, 18(4), 304–313.
- Lewandowski, W. (2004). Psychological factors in chronic pain: A worthwhile undertaking for nursing? *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(3), 97–105.
- Longley, K. (2006). Chronic pain. Fibromyalgia: Aetiology, diagnosis, symptoms and management. *British Journal of Nursing (BJN)*, 15(13), 729–733.
- Shaw, S. M. (2006). Nursing and supporting patients with chronic pain. *Nursing Standard*, 20(19), 60–65.
- Taylor, D. (2005). Perimenstrual symptoms and syndromes: Guidelines for symptom management and self care. *Advanced Studies in Medicine*, 5(5), 228.
- Wamboldt, C., & Kapustin, J. (2006). Evidence-based treatment of diabetic peripheral neuropathy. *Journal for Nurse Practitioners*, 2(6), 370–379.
- White, S. (2004). Neuroscience nursing. Assessment of chronic neuropathic pain and the use of pain tools. *British Journal of Nursing (BJN)*, 13(7), 372.

### Duelo anticipado

- Bateman, A. L. (1999). Understanding the process of grieving and loss: A critical social thinking perspective. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 5(5), 139–149.

Center for the Advancement of Health. (2004). Report on bereavement and grief research. *Death Studies*, 28, 498–505.

Haidinyak, G., & Walker, G. C. (2005). Don't let the grievance process cause grief. *Nurse Educator*, 30(2), 73–75.

Haylor, M. (1987). Human response to loss. *Nurse Practitioner*, 12(5), 63.

Kehl, K. A. (2005). Recognition and support of anticipatory mourning. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 7(4), 206–211.

Kübler-Ross, E. (1975). *Death: The final stage of growth*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Kübler-Ross, E. (1983). *On children and death*. New York: Macmillan.

Ott, C. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies*, 27, 249–272.

Rabow, M. W., Hauser, J. M., & Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life: "They don't know what they don't know." *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 291(4), 483–491.

Reed, K. S. (2003). Grief is more than tears. *Nursing Science Quarterly*, 16(1), 77–81.

Sjöblom, L., Pejler, A., & Asplund, K. (2005). Nurses' view of the family in psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing*, 14(5), 562–569.

Todd, M., Welsh, J., & Moriarty, D. (2002). Do interventions make a difference to bereaved parents? A systematic review of controlled studies. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(9), 452.

Tschetter, L., & Hildreth, M. (2005). Grief enriched us: A model of perinatal loss support. *Journal of Perinatal Education*, 14(4), 3–4.

Worden, W. (2002). *Grief counseling and grief therapy* (3.<sup>a</sup> ed.). New York: Springer.

### Duelo complicado, riesgo de

Andrews, M., & Hansen, P. (2004). Religious beliefs: Implications for nursing practice. In M. Andrews & J. Boye (Eds.), *Transcultural concepts in nursing* (4.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Cutcliffe, J. R. (2004). The inspiration of hope in bereavement counseling: *Issues in Mental Health Nursing*, 25(2), 165–190.

Lamb, E. H. (2002). The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *Journal of Perinatal Education*, 11(2), 33–40.

Mallinson, R. K. (1999). The lived experiences of AIDS-related multiple losses by HIV-negative gay men. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 10(5), 22–31.

Ott, C. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies*, 27, 249–272.

Ransohoff-Adler, M., & Berger, C. S. (1989). When newborns die: Do we practice what we preach? *Journal of Perinatology*, 9, 311–316.

Vanezis, M., & McGee, A. (1999). Mediating factors in the grieving process of the suddenly bereaved. *British Journal of Nursing*, 8(14), 932–937.

Vickers, J. L., & Carlisle, C. (2000). Choices and control: Parental experiences in pediatric terminal home care. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 17(1), 12–21.

### Duelo disfuncional

Center for the Advancement of Health. (2004). Report on bereavement and grief research. *Death Studies*, 28, 498–505.

Cutcliffe, J. R. (2004). The inspiration of hope in bereavement counseling. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(2), 165–190.

Hogan, N., Worden, J., & Schmidt, L. (2004). An empirical study of the proposed complicated grief disorder criteria. *OMEGA*, 48, 263–277.

Kent, H., & McDowell, J. (2004). Sudden bereavement in acute care settings. *Nursing Standard*, 19(6), 38–42.

Kidby, J. (2003). Family-witnessed cardiopulmonary resuscitation. *Nursing Standard*, 17(51), 33–36.

Mallinson, R. K. (1999). The lived experiences of AIDS-related multiple losses by HIV-negative gay men. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 10(5), 22–31.

Ott, C. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies*, 27, 249–272.

Pallikkathayil, L., & Flood, M. (1991). Adolescent suicide. *Nursing Clinics of North America*, 26(3), 623–630.

Ransohoff-Adler, M., & Berger, C. S. (1989). When newborns die: Do we practice what we preach? *Journal of Perinatology*, 9, 311–316.

Vanezis, M., & McGee, A. (1999). Mediating factors in the grieving process of the suddenly bereaved. *British Journal of Nursing*, 8(14), 932–937.

Vickers, J. L., & Carlisle, C. (2000). Choices and control: Parental experiences in pediatric terminal home care. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 17(1), 12–21.

### Eliminación urinaria, alteración de la

Carpenter, R. O. (1999). Disorders of elimination. In J. McMillan, C. D. DeAngelis, R. Feigin, & J. B. Warshaw (Eds.), *Oski's pediatrics: Principles and practice* (3.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Engberg, S., McDowell, B., Donovan, N., Brodak, I., & Weber, E. (1997). Treatment of urinary incontinence in homebound older adults: Interface between research and practice. *Ostomy/Wound Management*, 48(10), 18–26.

Fantl, J., Newman, D., & Colling, J. (1996). *Urinary incontinence in adults: Acute and chronic management* (clinical practice guideline No. 2). Rockville, MD: U.S. Department of Health & Human Services.

Messick, G., & Powe, C. (1997). Applying behavioral research to incontinence. *Ostomy/Wound Management*, 48(10), 40–48.

### Eliminación urinaria, disposición para mejorar la

Bee, T. S. (2006). Review: Determining the volume of urine by portable ultrasonography for the neurological patients. *Singapore Nursing Journal*, 33(1), 7–13.

Burns, P. A. (2006). A nurse led continence service reduced symptoms of incontinence, frequency, urgency, and nocturia. *Evidence-Based Nursing*, 9(3), 85.

Eustice, S., Roe, B., & Paterson, J. (2006). Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Library* (4).

Griffiths, R., & Fernandez, R. (2006). Policies for the removal of short-term indwelling urethral catheters. *Cochrane Library* (4).

Harper, G. M. (2005). Managing urinary incontinence in older patients. *Advanced Studies in Medicine*, 5(10), 537.

Karon, S. (2005). A team approach to bladder retraining: A pilot study. *Urologic Nursing*, 25(4), 269–276.

Moore, K. N., & Gray, M. (2004). Urinary incontinence in men: Current status and future directions. *Nursing Research*, 53(6), S36–41.

Ostaszkiwicz, J., Roe, B., & Johnston, L. (2005). Effects of timed voiding for the management of urinary incontinence in adults: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 420–431.

Thomas, L. H., Barrett, J., Cross, S., French, B., Leathley, M., Sutton, C., *et al.* (2006). Prevention and treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Library* (4).

### Entorno, síndrome de interpretación alterada del

Algase, D. L., Beattie, E., Song, J., Milke, D., Duffield, C., & Cowan, B. (2004). Validation of the algase wandering scale (version 2) in a cross cultural sample. *Aging & Mental Health*, 8(2), 133–142.

Shalek, M., Richeson, N. E., & Buettner, L. L. Air mat therapy for treatment of agitated wandering: An evidence-based recreational therapy intervention. *American Journal of Recreation Therapy*, 3(2), 18–26.

Woods, D. L., Rapp, C. G., & Beck, C. (2004). Special section—behavioral symptoms of dementia: Their measurement and intervention. *Aging & Mental Health*, 8(2), 126–132.

### Esperanza, disposición para mejorar la

Burkes, N. (2004). Spirit matters: Evidence of things hoped for. *Neonatal Network*, 23(6), 73–73.

Benzein, E. G. (2005). The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliative Medicine*, 19, 234–240.

Benzein, E., & Saveman, B.-L. (1998). One step towards the understanding of hope: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 322–329.

Borneman, T., Stahl, C., Ferrell, B. R., & Smith, D. (2002). The concept of hope in family caregivers of cancer patients at home. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 4(1), 21–33.

Casarett, D. J., & Quill, T. E. (2007). “I’m not ready for hospice”: Strategies for timely and effective hospice discussions. *Annals of Internal Medicine*, 146(6), 443–w117.

Davis, B. (2005). Mediators of the relationship between hope and well-being in older adults. *Clinical Nursing Research*, 14, 253–272.

Fromm, E. (1968). *The evolution of hope*. New York: Harper.

Hickey, S. S. (1986). Enabling hope. *Cancer Nursing*, 9, 133–137.

Kylmä, J., Juvakka, T., Nikkonen, M., Korhonen, T., & Isohanni, M. (2006). Hope and schizophrenia: An integrative review. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(6), 651–664.

Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing: concepts, theories, and practices*. New York: Wiley.

Parse, R. R. (1990). Parse’s research methodology within an illustration of the lived experience of hope. *Nursing Science Quarterly*, 3(3), 9–17.

Stotland, E. (1969). *The psychology of hope*. San Francisco: Jossey-Bass.

### Estado de inmunización, disposición para mejorar el

Bardenheier, B. H., Shefer, A., McKibben, L., Roberts, H., Rhew, D., & Bratzler, D. (2005). Factors predictive of increased influenza and pneumococcal vaccination

coverage in long-term care facilities: The CMS-CDC standing orders program project. *Journal of the American Medical Directors Association*, 6(5), 291–299.

Britto, M. T., Pandzik, G. M., Meeks, C. S., & Kotagal, U. R. (2006). Performance improvement. Combining evidence and diffusion of innovation theory to enhance influenza immunization. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 32(8), 426–432.

Davis, T. C., Frederickson, D. D., Kennen, E. M., Arnold, C., Shoup, E., Sugar, M., et al. (2004). Childhood vaccine risk/benefit communication among public health clinics: A time motion study. *Public Health Nursing*, 21, 228–236.

Hoveyda, N., McDonald, P., & Behrens, R. H. (2004). A description of travel medicine in general practice: A postal questionnaire survey. *Journal of Travel Medicine*, 11(5), 295–299.

Hutt, E., Reznickova, N., Morgenstern, N., Frederickson, E., & Kramer, A. M. (2004). Improving care for nursing home-acquired pneumonia in a managed care environment. *American Journal of Managed Care*, 10(10), 681–686.

Jedrychowski, W., Maugeri, U., & Jedrychowska-Bianchi, I. (2004). Prospective epidemiologic study on respiratory diseases in children and immunization against measles. *International Journal of Occupational Medicine & Environmental Health*, 17(2), 255–261.

Keller, S., Daley, K., Hyde, J., Greif, R. S., & Church, D. R. (2005). Hepatitis C prevention with nurses. *Nursing & Health Sciences*, 7(2), 99–106.

Lugo, N. R. (2006). Wise to immunize. What works? Improving immunization coverage with evidence-based strategies. *American Journal for Nurse Practitioners*, 10(5), 17.

MacDonald, M. (2005). Parents' decisions on MMR vaccination for their children were based on personal experience rather than scientific evidence. *Evidence-Based Nursing*, 8(2), 60.

Pearson, M. L., Bridges, C. B., & Harper, S. A. (2006). Influenza vaccination of health-care personnel: Recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee (HICPAC) and the advisory committee on immunization practices (ACIP). *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report*, 55, 1–15.

Pediatric immunization and asthma guideline updates from Colorado Clinical Guidelines Collaborative (CCGC). (2005). *Colorado Nurse*, 105(4), 21–21.

Purssell, E. (2004). Exploring the evidence surrounding the debate on MMR and autism. *British Journal of Nursing (BJN)*, 13(14), 834–838.

Russell, M. L., Thurston, W. E., & Henderson, E. A. (2003). Theory and models for planning and evaluating institutional influenza prevention and control programs. *American Journal of Infection Control*, 31(6), 336–341.

Sloan, K., & Summers, A. (2006). Tetanus vaccination: The issue of 'just in case' vaccinations in emergency departments. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9(1), 35–38.

Thomas, R. E., Jefferson, T. O., Demicheli, V., & Rivetti, D. (2006). Influenza vaccination for health-care workers who work with elderly people in institutions: A systematic review. *Lancet Infectious Diseases*, 6(5), 273–279.

Washington, M. L., Mason, J., & Meltzer, M. I. (2005). Maxi-vac: Planning mass smallpox vaccination clinics. *Journal of Public Health Management & Practice*, 11(6), 542–549.

### Estreñimiento

Bosshard, W., Dreher, R., Schnegg, J., & Büla, C. J. (2004). The treatment of chronic constipation in elderly people: An update. *Drugs & Aging, 21*(14), 911–930.

Bowers, B. (2006). Evaluating the evidence for administering phosphate enemas. *British Journal of Nursing (BJN), 15*(7), 378–381.

Bywater, A., & While, A. (2006). Management of bowel dysfunction in people with multiple sclerosis. *British Journal of Community Nursing, 11*(8), 333–341.

Davies, C. (2004). Clinical. The use of phosphate enemas in the treatment of constipation. *Nursing Times, 100*(18), 32–35.

Ellins, N. (2006). Water for health—hydration best practice for older people. *Nursing & Residential Care, 8*(10), 470–472.

Emly, M., & Rochester, P. (2006). A new look at constipation management in the community. *British Journal of Community Nursing, 11*(8), 326–332.

Kyle, G. (2005). Steps to best practice in bowel care. *Nursing Times, 101*(2), 47–47.

Kyle, G. (2006). Assessment and treatment of older patients with constipation [cover story]. *Nursing Standard, 21*(8), 41–46.

Kyle, G., Prynne, P., & Oliver, H. (2004). An evidence-based procedure for the digital removal of faeces. *Nursing Times, 100*(48), 71–71.

Peate, I. (2003). Nursing role in the management of constipation: Use of laxatives. *British Journal of Nursing (BJN), 12*(19), 1130–1136.

Tariq, S. H. (2007). Constipation in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association, 8*(4), 209–218.

### Estreñimiento, riesgo de

Anells, M., & Koch, T. (2002). Older people seeking solutions to constipation: The laxative mire. *Journal of Clinical Nursing, 11*(5), 603–612.

Anells, M., & Koch, T. (2003). Constipation and the preached trio: Diet, fluid intake, exercise. *International Journal of Nursing Studies, 40*(8), 843.

Bell, S., Fowler, S., Hinkle, J., Mcilvoy, L., & Thompson, H. J. (2007). Best practices: Prevention of constipation. *Synapse (American Association of Neuroscience Nurses), 34*(2), 3.

Ellins, N. (2006). Water for health—hydration best practice for older people. *Nursing & Residential Care, 8*(10), 470–472.

Kyle, G. (2005). Steps to best practice in bowel care. *Nursing Times, 101*(2), 47–47.

Kyle, G. (2006). Assessment and treatment of older patients with constipation [cover story]. *Nursing Standard, 21*(8), 41–46.

Peate, I. (2003). Nursing role in the management of constipation: Use of laxatives. *British Journal of Nursing (BJN), 12*(19), 1130–1136.

Tariq, S. H. (2007). Constipation in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association, 8*(4), 209–218.

Weeks, S. K., Hubbartt, E., & Michaels, T. K. (2000). Keys to bowel success. *Rehabilitation Nursing, 25*(2), 66–80.

### Estreñimiento subjetivo

Anells, M., & Koch, T. (2002). Older people seeking solutions to constipation: The laxative mire. *Journal of Clinical Nursing, 11*(5), 603–612.

Annells, M., & Koch, T. (2003). Constipation and the preached trio: Diet, fluid intake, exercise. *International Journal of Nursing Studies*, 40(8), 843.

Bosshard, W., Dreher, R., Schnegg, J., & Büla, C. J. (2004). The treatment of chronic constipation in elderly people: An update. *Drugs & Aging*, 21(14), 911–930.

Bowers, B. (2006). Evaluating the evidence for administering phosphate enemas. *British Journal of Nursing (BJN)*, 15(7), 378–381.

Ellins, N. (2006). Water for health—hydration best practice for older people. *Nursing & Residential Care*, 8(10), 470–472.

Emly, M., & Rochester, P. (2006). A new look at constipation management in the community. *British Journal of Community Nursing*, 11(8), 326–332.

Kyle, G. (2006). Assessment and treatment of older patients with constipation. [cover story]. *Nursing Standard*, 21(8), 41–46.

Peate, I. (2003). Nursing role in the management of constipation: Use of laxatives. *British Journal of Nursing (BJN)*, 12(19), 1130–1136.

### Estrés por sobrecarga

Alasad, J., & Ahmad, M. (2005). Communication with critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), 356–362.

Barksdale, P., & Backer, J. (2005). Health-related stressors experienced by patients who underwent total knee replacement seven days after being discharged home. *Orthopaedic Nursing*, 24(5), 336–342.

Beard, H. (2005). Does intermediate care minimize relocation stress for patients leaving the ICU? *Nursing in Critical Care*, 10(6), 272–278.

Bonadonna, R. (2003). Mediation's impact on chronic illness. *Holistic Nursing Practice*, 17(6), 309–319.

Brien, M. C., Langberg, J., Valderrama, A. L., Kirkendoll, K., Romeiko, N., & Dunbar, S. B. (2005). Implantable cardioverter defibrillator storm: Nursing care issues for patients and families. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 17(1), 9–16.

Dettenborn, L., James, G. D., Berge-Landry, H. v., Valdimarsdottir, H. B., Montgomery, G. H., & Bovbjerg, D. H. (2005). Heightened cortisol responses to daily stress in working women at familial risk for breast cancer. *Biological Psychology*, 69(2), 167–179.

Dewing, J. (2003). Sundowning in older people with dementia: Evidence base, nursing assessment and interventions. *Nursing Older People*, 15(8), 24.

Fellowes, D., Barnes, K., & Wilkinson, S. (2006). Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. *Cochrane Library* (4).

Hodgkinson, R., & Lester, H. (2002). Stresses and coping strategies of mothers living with a child with cystic fibrosis: Implications for nursing professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 39(4), 377–383.

Humenick, S. S., & Howell, O. S. (2003). Perinatal experiences: The association of stress, childbearing, breastfeeding, and early mothering. *Journal of Perinatal Education*, 12(3), 16–41.

Keil, R.M.K. (2004). Coping and stress: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 659–665.

Mertin, S., Sawatzky, J. V., Jones, W. L., & Lee, T. (2007). Roadblock to recovery: The surgical stress response. *Dynamics*, 18(1), 14–22.

Motzer, S.A., & Hertig, V. (2004). Stress, stress response and health. *Nursing Clinics of North America*, 39, 1–17.

Ryan-Wenger, N.A., Sharrer, V.W., & Campbell, K.K. (2005). Changes in children's stressors over the past 30 years. *Pediatric Nursing*, 31, 282–291.

Smith, J. E., Richardson, J., Hoffman, C., & Pilkington, K. (2005). Mindfulness-based stress reduction as supportive therapy in cancer care: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(3), 315–327.

### Fatiga

Aaronson, L. S., Teel, C. S., Cassmeyer, V., Neuberger, G. B., Pallikkathayil, L., Pierce, J., Press, A. N., Williams, P. D., & Wingate, A. (1999). Defining and measuring fatigue. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 31(1), 45–50.

Borneman, T., Sun, V., Ferrell, B., Piper, B., Koczywas, M., & Uman, G. (2007). Evidence based fatigue management. *Oncology Nursing Forum*, 34(1), 218–219.

Brown, T. R., & Kraft, G. H. (2005). Exercise and rehabilitation for individuals with multiple sclerosis. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America*, 16(2), 513–555.

Chien, Li-Yin, & Yi-Li Ko, L. M. (2004). Issues and innovations in nursing practice: Fatigue during pregnancy predicts caesarean deliveries. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 487–494.

Crosby, L. (1991). Factors which contribute to fatigue associated with rheumatoid arthritis. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 974–981.

Edwards, J. L., Gibson, F., Richardson, A., Sepion, B., & Ream, E. (2003). Fatigue in adolescents with and following a cancer diagnosis: Developing an evidence base for practice. *European Journal of Cancer*, 39(18), 2671.

Hinds, P. S., Hockenberry, M., Rai, S. N., Lijun Zhang, Razzouk, B. I., McCarthy, K., et al. (2007). Nocturnal awakenings, sleep environment interruptions, and fatigue in hospitalized children with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), 393–402.

Jenkin, P., Koch, T., & Kralik, D. (2006). The experience of fatigue for adults living with HIV. *Journal of Clinical Nursing*, 15(9), 1123–1131.

Kirshbaum, M. N. (2007). A review of the benefits of whole body exercise during and after treatment for breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 104–121.

Lavdaniti, M., Patiraki, E., Dafni, U., Katapodi, M., Papathanasoglou, E., & Sotiropoulou, A. (2006). Prospective assessment of fatigue and health status in Greek patients with breast cancer undergoing adjuvant radiotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 33(3), 603–610.

Mitchell, S. A., Beck, S. L., Hood, L. E., Moore, K., & Tanner, E. R. (2007). Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for fatigue during and following cancer and its treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(1), 99–113.

Mitchell, S. A., & Berger, A. M. (2006). Cancer-related fatigue: The evidence base for assessment and management. *Cancer Journal*, 12(5), 374–387.

Ream, E., Richardson, A., & Evison, M. (2005). A feasibility study to evaluate a group intervention for people with cancer experiencing fatigue following treatment. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9(3), 178–187.

Stricker, C. T., Drake, D., Hoyer, K., & Mock, V. (2004). Evidence-based practice for fatigue management in adults with cancer: Exercise as an intervention. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 963–976.

Ward, N., & Winters, S. (2003). Multiple sclerosis. Results of a fatigue management programme in multiple sclerosis. *British Journal of Nursing (BJN)*, 12(18), 1075–1080.

### **Función hepática, riesgo de deterioro de la**

AASLD Practice Guideline. (2004). *Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C*. Alexandria, VA: American Association for the Study of Liver Diseases.

Christensen, T. (2004). The treatment of oesophageal varices using a Sengstaken-Blakemore tube: Considerations for nursing practice. *Nursing in Critical Care*, 9(2), 58–63.

Drent, G., Haagsma, E. B., Geest, S. D., van den Berg, Aad P., Ten Vergert, E. M., et al. (2005). Prevalence of prednisolone (non)compliance in adult liver transplant recipients. *Transplant International*, 18(8), 960–966.

El-Sayed, M. S., Ali, N., & Ali, Z. E. (2005). Interaction between alcohol and exercise: Physiological and haematological implications. *Sports Medicine*, 35(3), 257–269.

Faint, V. (2006). The pathophysiology of hepatic encephalopathy. *Nursing in Critical Care*, 11(2), 69–74.

Fierz, K., Steiger, J. U., Denhaerynck, K., Dobbels, F., Bock, A., & De Geest, S. (2004). Prevalence, degree and correlates of alcohol use in adult renal transplant recipients. *Kidney & Blood Pressure Research*, 27(5), 328–328.

National lipid association releases a special report on statin safety. (2006). *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(5), 336.

Nichols, A. A. (2005). Cholestasis of pregnancy. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 19(3), 217–225.

O'Neal, H., Olds, J., & Webster, N. (2006). Managing patients with acute liver failure: Developing a tool for practitioners. *Nursing in Critical Care*, 11(2), 63–68.

Seccull, A., Richmond, J., Thomas, B., & Herrman, H. (2006). Hepatitis C in people with mental illness: How big is the problem and how do we respond? *Australasian Psychiatry*, 14(4), 374–378.

### **Gasto cardiaco, disminución del**

Beales, D. (2005). How accurate are automated blood pressure monitors? *British Journal of Community Nursing*, 10(7), 334–338.

Clark, A. M., Hartling, L., Vandermeer, B., & McAlister, F. A. (2005). Meta-analysis: Secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Annals of Internal Medicine*, 143(9), 659–672.

Davidson, P., Macdonald, P., Paull, G., Rees, D., Howes, L., Cockburn, J., et al. (2003). Diuretic therapy in chronic heart failure: Implications for heart failure nurse specialists. *Australian Critical Care*, 16(2), 59–69.

Donohue, M. A. T. (2005). Evidence-based care for acute myocardial infarction. *Nursing Management*, 36(8), 23–27.

Drew, B. J., Califf, R. M., Funk, M., Kaufman, E. S., Krucoff, M. W., Laks, M. M., et al. (2005). Practice standards for electrocardiographs monitoring in hospital settings. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(2), 76–106.

Driscoll, A., Worrall-Carter, L., & Stewart, S. (2006). Rationale and design of the national benchmarking and evidence-based national clinical guidelines for chronic heart failure management programs study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(4), 276–282.

Duffy, J. R., & Salerno, S. M. (2004). New blood test to measure heart attack risk. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(6), 425–429.

Fanning, M. F. (2004). Reducing postoperative pulmonary complications in cardiac surgery patients with the use of the best evidence. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(2), 95–99.

Gregory, J. (2005). Cardiac nursing: Using the 12-lead ECG to assess acute coronary patients. *British Journal of Nursing (BJN)*, 14(21), 1135–1140.

Holst, M., Strömberg, A., Lindholm, M., Uden, G., & Willenheimer, R. (2003). Fluid restriction in heart failure patients: Is it useful? The design of a prospective, randomised study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(3), 237.

Jonson, S. B., Galvin, C. A., Thompson, B., & Rasmussen, M. J. (2007). Optimizing therapy for heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(2), 118–124.

Lee, G. (2007). A review of the literature on atrial fibrillation: Rate reversion or control? *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 77–83.

Mathiesen, C., Taviani, H. D., & Palladino, K. (2006). Best practices in stroke rapid response: A case study. *MEDSURG Nursing*, 15(6), 364–369.

McGillion, M., Watt-Watson, J., Kim, J., & Yamada, J. (2004). A systematic review of psychoeducational intervention trials for the management of chronic stable angina. *Journal of Nursing Management*, 12(3), 174–182.

Rosati, E., Chitano, G., Dipaola, L., De Felice, C., & Latini, G. (2005). Indications and limitations for a neonatal pulse oximetry screening of critical congenital heart disease. *Journal of Perinatal Medicine*, 33(5), 455–457.

Ruxto, C. (2004). Health benefits of omega-3 fatty acids. *Nursing Standard*, 18(48), 38–42.

### Glucosa inestable, riesgo de

American Diabetes Association. (2005). Standard of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 29, S1–S36. [http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/28/suppl\\_1/s4](http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/28/suppl_1/s4)

Abbott, S., Burns, T., Gleadell, A., & Gunnell, C. (2007). Community nurses and self monitoring of blood glucose [cover story]. *British Journal of Community Nursing*, 12(1), 6–11.

Bierschbach, J., Cooper, L., & Liedl, J. (2004). Insulin pumps: What every school nurse needs to know. *Journal of School Nursing*, 20, 117–123.

Bindler, R. M., & Bruya, M. A. (2006). Evidence for identifying children at risk for being overweight, cardiovascular disease, and type 2 diabetes in primary care. *Journal of Pediatric Healthcare*, 20(2), 82–87.

Biuso, T. J., Butterworth, S., & Linden, A. (2007). A conceptual framework for targeting prediabetes with lifestyle, clinical, and behavioral management interventions. *Disease Management*, 10(1), 6–15.

Brenner, Z. R. (2006). Management of hyperglycemic emergencies. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care*, 17(1), 56–65.

Brien, C. A., Van Rooyen, D., & Carlson, S. (2006). National guidelines for the management of diabetes mellitus: A nursing perspective. *Health SA Gesondheid*, 11(4), 32–45.

Campbell, J., & McDowell, J. R. S. (2007). Comparative study on the effect of enteral feeding on blood glucose. *British Journal of Nursing (BJN)*, 16(6), 344–349.

Crowther, C. A., Hiller, J. E., & Moss, J. R. (2005). Screening and active management reduced perinatal complications more than routine care in gestational diabetes. *Evidence-Based Medicine, 10*(6), 171–171.

Delmas, L. (2006). Best practice in the assessment and management of diabetic foot ulcers. *Rehabilitation Nursing, 31*(6), 228–234.

DePalma, J. A. (2006). Diabetes care: Evidence for community-based programs. *Home Health Care Management & Practice, 18*(4), 326–328.

Dilkhush, D., Lannigan, J., Pedroff, T., Riddle, A., & Tittle, M. (2005). Insulin infusion protocol for critical care units. *American Journal of Health-System Pharmacy, 62*(21), 2260.

Evans, J., & Chance, T. (2005). Improving patient outcomes using a diabetic foot assessment tool. *Nursing Standard, 19*(45), 65–77.

Gerard, S. O., Neary, V., Apuzzo, D., Giles, M. E., & Krinsley, J. (2006). Implementing an intensive glucose management initiative: Strategies for success. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 18*(4), 531–543.

Ingersoll, S., Valente, S. M., & Roper, J. (2005). Using the best evidence to change practice. Nurse care coordination for diabetes: A literature review and synthesis. *Journal of Nursing Care Quality, 20*(3), 208–214.

Kirk, J. K., D'Agostino, R., Jr., Bell, R. A., Passmore, L. V., Bonds, D. E., Karter, A. J., et al. (2006). Disparities in HbA1c levels between African-American and non-Hispanic white adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care, 29*(9), 2130–2136.

Lee, S. W., Im, R., & Magbual, R. (2004). Current perspectives on the use of continuous subcutaneous insulin infusion in the acute care setting and overview of therapy. *Critical Care Nursing Quarterly, 27*(2), 172–184.

Presutti, E., & Millo, J. (2006). Controlling blood glucose levels to reduce infection. *Critical Care Nursing Quarterly, 29*(2), 123–131.

Quinn, K., Hudson, P., & Dunning, T. (2006). Diabetes management in patients receiving palliative care. *Journal of Pain & Symptom Management, 32*(3), 275–286.

Scott, L. K. (2006). Insulin resistance syndrome in children. *Pediatric Nursing, 32*(2), 119–143.

U.S. Department of Health & Human Services. (2003). *Helping students with diabetes succeed: A guide for school personnel*. <http://ndep.nih.gov/resources/school.htm>.

Whitehorn, J. L. (2007). A review of the use of insulin protocols to maintain normoglycaemia in high dependency patients. *Journal of Clinical Nursing, 16*(1), 16–27.

Willoughby, D., Dye, C., Burriss, P., & Carr, R. (2005). Protecting the kidneys of patients with diabetes. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice, 19*(3), 150–156.

### Hipertermia

Biddle, C. (2006). AANA journal course 1: Update for nurse anesthetists: The neurobiology of the human febrile response. *AANA Journal, 74*(2), 145–160.

Carson, S. M. (2003). Alternating acetaminophen and ibuprofen in the febrile child: Examination of the evidence regarding efficacy and safety. *Pediatric Nursing, 29*(5), 379–382.

Christie, J. (2002). Managing febrile children: When and how to treat. *Kai Tiaki Nursing New Zealand, 8*(4), 15–17.

Considine, J. (2006). Paediatric fever education for emergency nurses. *Australian Nursing Journal*, 14(6), 39–39.

Considine, J., & Brennan, D. (2006). Emergency nurses' opinions regarding paediatric fever: The effect of an evidence-based education program. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9(3), 101–111.

Edwards, H., Walsh, A., Courtney, M., Monaghan, S., Wilson, J., & Young, J. (2007). Improving paediatric nurses' knowledge and attitudes in childhood fever management. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 257–269.

Gray, S. (2002). Nursing management of a febrile critically ill patient. *Nursing in Critical Care*, 7(1), 37–40.

Henker, R., & Carlson, K. K. (2007). Fever: Applying research to bedside practice. *AACN Advanced Critical Care*, 18(1), 76–87.

Holtzclaw, B. J. (2004). Shivering in acutely ill vulnerable populations. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care*, 15(2), 267–279.

Hunt, J. (2007). Fever management. *Paediatric Nursing*, 19(4), 10–10.

Johnston, N. J., King, A. T., Protheroe, R., & Childs, C. (2006). Body temperature management after severe traumatic brain injury: Methods and protocols used in the United Kingdom and Ireland. *Resuscitation*, 70(2), 254–262.

McIlvoy, L. H. (2005). The effect of hypothermia and hyperthermia on acute brain injury. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care*, 16(4), 488–500.

Pursell, E. (2002). Treating fever in children: Paracetamol or ibuprofen? *British Journal of Community Nursing*, 7(6), 316.

Sarrell, E. M., Horev, Z., Cohen, Z., & Cohen, H. A. (2005). Parents' and medical personnel's beliefs about infant teething. *Patient Education & Counseling*, 57(1), 122–125.

Taylor, C. (2006). Primary care nursing. Managing infants with pyrexia. *Nursing Times*, 102(39), 42–43.

Thompson, H. J. (2005). Fever: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 51(5), 484–492.

Walsh, A. M., Edwards, H. E., Courtney, M. D., Wilson, J. E., & Monaghan, S. J. (2005). Fever management: Paediatric nurses' knowledge, attitudes and influencing factors. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 453–464.

Walsh, A. M., Edwards, H. E., Courtney, M. D., Wilson, J. E., & Monaghan, S. J. (2006). Paediatric fever management: Continuing education for clinical nurses. *Nurse Education Today*, 26(1), 71–77.

Watts, R., Robertson, J., & Thomas, G. (2003). Nursing management of fever in children: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 9(1), S1–S8.

## Hipotermia

Allen, G. (2003). Evidence for practice: Use of water warming garments. *AORN Journal*, 78(1), 138.

Allen, G. (2006). Evidence for practice: Forced-air warming blankets and surgical fires. *AORN Journal*, 84(1), 116.

Allen, G. (2006). Evidence for practice: Preoperative warming to prevent redistribution hypothermia. *AORN Journal*, 84(2), 303–304.

Beal, J. (2005). Toward evidence-based practice. Getting to know you: Mothers' experiences of kangaroo care. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 30(5), 338–338.

Chwo, M., Anderson, G. C., Good, M., Dowling, D. A., Shiao, S. H., & Chu, D. (2002). A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: Effects on temperature, weight, behavior, and acuity. *Journal of Nursing Research, 10*(2), 129–142.

DiMenna, L. (2006). Considerations for implementation of a neonatal kangaroo care protocol. *Neonatal Network, 25*(6), 405–412.

Ellis, J. (2005). Neonatal hypothermia. *Journal of Neonatal Nursing, 11*(2), 76–82.

Farnell, S., Maxwell, L., Tan, S., Rhodes, A., & Philips, B. (2005). Temperature measurement: Comparison of non-invasive methods used in adult critical care. *Journal of Clinical Nursing, 14*(5), 632–639.

Galligan, M. (2006). Proposed guidelines for skin-to-skin treatment of neonatal hypothermia. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing, 31*(5), 298–306.

Holden, M., & Makic, M. (2006). Clinically induced hypothermia: Why chill your patient. *AACN Advanced Critical Care, 17*(2), 125–132.

Howell, R., Macrae, L., Sanjines, S., Burke, J., & DeStefano, P. (1992). Effects of two types of head coverings in the rewarming of patients after coronary artery bypass graft surgery. *Heart and Lung, 21*, 1–6.

Keresztes, P. A., & Brick, K. (2006). Therapeutic hypothermia after cardiac arrest [cover story]. *Dimensions of Critical Care Nursing, 25*(2), 71–76.

Knobel, R. B., Vohra, S., & Lehmann, C. U. (2005). Heat loss prevention in the delivery room for preterm infants: A national survey of newborn intensive care units. *Journal of Perinatology, 25*(8), 514–518.

Withers, J. (2005). The elective re-warming of postoperative cardiac patients. *Nursing Times, 101*(24), 30–33.

Wright, J. E. (2005). Therapeutic hypothermia in traumatic brain injury. *Critical Care Nursing Quarterly, 28*(2), 150–161.

Zeitzer, M. B. (2005). Inducing hypothermia to decrease neurological deficit: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 52*(2), 189–199.

### Identidad personal, trastorno de la

Bates, J., Boote, J., & Beverley, C. (2004). Psychosocial interventions for people with a milder dementing illness: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 45*(6), 644–658.

Kearney, M. H., & O'Sullivan, J. (2003). Identity shifts as turning points in health behavior change. *Western Journal of Nursing Research, 25*(2), 134.

McAndrew, S., & Warne, T. (2004). Ignoring the evidence dictating the practice: Sexual orientation, suicidality and the dichotomy of the mental health nurse. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 11*(4), 428–434.

Miers, M. (2002). Developing an understanding of gender sensitive care: Exploring concepts and knowledge. *Journal of Advanced Nursing, 40*(1), 69–77.

### Imagen corporal, trastorno de la

Bergamasco, E. C., Rossi, L., da Amancio C. G., & Carvalho, E. C. (2002). Body image of patients with burn sequelae. *Burns, 28*, 47–52.

Black, P. K., & Hyde, C. (2002). Parents with colorectal cancer: 'what do I tell the children?'. *British Journal of Nursing (BJN), 11*(10), 679.

Furness, P. J. (2005). Head and neck nursing. Exploring supportive care needs and experiences of facial surgery patients. *British Journal of Nursing (BJN), 14*(12), 641–645.

Price, B. (1990). A model for body-image care. *Journal of Advanced Nursing*, 5, 585-593.

Pym, K. (2006). Identifying and managing problem scars. *British Journal of Nursing (BJN)*, 15(2), 78-82.

Schartau, E., Tolson, D., & Fleming, V. (2003). Parkinson's disease: The effects on womanhood. *Nursing Standard*, 17(42), 33-39.

### Impotencia

Altman, M. R., & Lydon-Rochelle, M. T. (2006). Prolonged second stage of labor and risk of adverse maternal and perinatal outcomes: A systematic review. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 33(4), 315-322.

Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (1981). Role theory and the concept of powerlessness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 19(9), 11-14.

Miller, J. (1983). *Powerlessness: Coping with chronic illness*. Philadelphia: FA Davis.

Miller, J. F. (1985). Concept development of powerlessness: A nursing diagnosis. In J. F. Miller (Ed.). *Coping with chronic illness, overcoming powerlessness*. Philadelphia: FA Davis.

O'Heath, K. (1991). Powerlessness. In M. Maas, K. Buckwalter, & M. Hardy (Eds.). *Nursing diagnoses and interventions for the elderly*. Redwood City, CA: Addison-Wesley Nursing.

Richmond, T. S., Metcalf, J., Daly, M., & Kish, J. R. (1992). Powerlessness in acute spinal cord injury patients: A descriptive study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 24(3), 146-152.

Staples, P., Baruth, P., Jefferies, M., & Warder, L. (1994). Empowering the angry patient. *Canadian Nurse*, 90(4), 28-30.

Vanwesenbeeck, I. (2005). Burnout among female indoor sex workers. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 627-639.

### Impotencia, riesgo de

Fuller, S. (1978). Inhibiting helplessness in elderly people. *Journal of Gerontological Nursing*, 4, 18-21.

Kersten, L. (1990). Changes in self concept during pulmonary rehabilitation; Part 1 and 2. *Heart and Lung*, 19, 456-470.

Ledy, N. (1990). A structural model of stress, psychosocial resources and symptomatic experiences in chronic physical illness. *Nursing Research*, 39, 230-236.

Lee, R., Graydon, J., & Ross, E. (1991). Effects of psychological well being, physical status and social support on oxygen dependent COPD patient's level of functioning. *Research in Nursing and Health*, 14, 323-328.

Stephenson, C. A. (1979). Powerlessness and chronic illness: Implications for nursing. *Baylor Nursing Educator*, 1(1), 17-28.

Weaver, T., & Narsavage, G. (1992). Physiological and psychological variables related to functional status in chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Research*, 41, 286-291.

### Incontinencia fecal

Bywater, A., & While, A. (2006). Management of bowel dysfunction in people with multiple sclerosis. *British Journal of Community Nursing*, 11(8), 333.

Doherty, W. (2004). Managing faecal incontinence or leakage: The Peristeen Anal Plug. *British Journal of Nursing*, 13(21), 1293–1297.

Gray, M., Ratliff, C., & Donovan, A. (2002). Perineal skin care for the incontinent patient. *Advances in Skin & Wound Care*, 15(4), 170–175.

Norton, C. (2004). Nurses, bowel continence, stigma, and taboos. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 31(2), 85–94.

Slater, W. (2003). Continence care. Management of faecal incontinence of a patient with spinal cord injury. *British Journal of Nursing (BJN)*, 12(12), 727–734.

Taunton, R. L., Swagerty, D. L., Lasseter, J. A., & Lee, R. H. (2005). Continent or incontinent? That is the question. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(9), 36–44.

Weeks, S. K., Hubbart, E., & Michaels, T. K. (2000). Keys to bowel success. *Rehabilitation Nursing*, 25(2), 66–69.

### Incontinencia urinaria de esfuerzo

Flynn, D. (2005). Improving continence care: Searching the evidence. *Journal of Community Nursing*, 19(3), 18.

Haslam, J. (2003). Continuing professional development: Stress urinary incontinence. *Primary Health Care*, 13(4), 43–50.

Lewthwaite, B., & Girouard, L. (2006). Urinary drainage following continence surgery: Development of Canadian best practice guidelines. *Urologic Nursing*, 26(1), 33–39.

Sakala, C. (2004). Resources for evidence-based practice, September/October 2004. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(5), 622–625.

### Incontinencia urinaria de urgencia

Karon, S. (2005). A team approach to bladder retraining: A pilot study. *Urologic Nursing*, 25(4), 269–276.

Wooldridge, L. S. (2003). Behavioural training plus biofeedback or verbal feedback did not differ from self administered behavioural training in urge incontinence. *Evidence-Based Nursing*, 6(3), 87.

### Incontinencia urinaria de urgencia, riesgo de

Karon, S. (2005). A team approach to bladder retraining: A pilot study. *Urologic Nursing*, 25(4), 269–276.

Wooldridge, L. S. (2003). Behavioural training plus biofeedback or verbal feedback did not differ from self administered behavioural training in urge incontinence. *Evidence-Based Nursing*, 6(3), 87.

### Incontinencia urinaria funcional

Dougherty, M. (1998). Current status of research on pelvic muscles strengthening techniques. *Journal of Wound, Ostomy and Continence*, 25(3), 75–83.

Kelleher, R. (1997). Daytime and nighttime wetting in children: A review of management. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 2(2), 73–82.

Longstaffe, S., Mofatt, M., & Whalen, J. C. (2000). Behavioral and self-concept changes after six months of enuresis treatment: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 105 (Suppl.), 935–940.

Macauley, M., Pettersen, L., Fader, M., Brooks, R., & Cottenden. (2004). A multi-center evaluation of absorbent products for children with incontinence and disabilities. *Journal of WOCH*, 31(4), 235–244.

Morison, M. (1998). Family attitudes to bed-wetting and their influence on treatment. *Professional Nurse*, 13(5), 321–325.

Sampselle, C., & DeLancey, J. (1998). Anatomy of female continence. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 25(3), 63–74.

Scardillo, J., & Aronovitch, S. A. (1999). Successfully managing incontinence-related irritant dermatitis across the lifespan. *Ostomy Wound Management*, 45(4), 36–44.

Steeman, E., & Defever, M. (1998). Urinary incontinence among elderly persons who live at home. *Nursing Clinics of North America*, 33(3), 441–455.

### Incontinencia urinaria por rebosamiento

Agency for Health Care Policy and Research. (1992). *Clinical practice guideline: Urinary incontinence in adults* (Pub. No. 92–0038). Rockville, MD: Author.

National Kidney and Urologic Diseases Information Clearing House. (2004). *Urinary incontinence in women*. Bethesda, MD: Author.

Walsh, P. (Ed.). (2002). *Campbell's urology* (8.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Saunders.

### Incontinencia urinaria refleja

Callsen-Cencic, P., & Mense, S. (1999). Mechanisms underlying the pathogenesis of urinary bladder instability—new perspectives for the treatment of reflex incontinence. *Restorative Neurology & Neuroscience*, 14(2), 115.

Cruz, F. (2003). Mechanisms involved in new therapies for overactive bladder. *Urology*, 63, 65.

Saba, V. K. (2006). Reflex urinary incontinence. In *Essentials of nursing informatics (appendix)*. New York: McGraw-Hill.

Sanders, C., Driver, C. P., & Rickwood, A. M. K. (2002). The anocutaneous reflex and urinary continence in children with myelomeningocele. *BJU international*, 89(7), 720–721.

### Incontinencia urinaria total

Bayliss, V., & Salter, L. (2004). Pathways for evidence-based continence care. *Nursing Standard*, 19(9), 45.

Brooks, W. (2004). Stroke management. the use of practice guidelines for urinary incontinence following stroke. *British Journal of Nursing (BJN)*, 13(20), 1176–1179.

Burns, P. A. (2006). A nurse led continence service reduced symptoms of incontinence, frequency, urgency, and nocturia. *Evidence-Based Nursing*, 9(3), 85–85.

Dingwall, L., & McLafferty, E. (2006). Nurses' perceptions of indwelling urinary catheters in older people. *Nursing Standard*, 21(14), 35–42. Du Moulin, M., Hamers, J., Paulus, A., Berendsen, C., & Halfens, R. (2005). The role of the nurse in community continence care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(4), 479–492.

Ersser, S. J., Getliffe, K., Voegeli, D., & Regan, S. (2005). A critical review of the inter-relationship between skin vulnerability and urinary incontinence and related nursing intervention. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 823–835.

Eustice, S., Roe, B., & Paterson, J. (2006). Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Library* (4).

Fader, M., Clarke-O'Neill, S., Cook, D., Dean, G., Brooks, R., Cottenden, A., et al. (2003). Management of night-time urinary incontinence in residential settings for older people: An investigation into the effects of different pad changing regimes on skin health. *Journal of Clinical Nursing*, 12(3), 374–386.

- Flynn, D. (2005). Improving continence care: Searching the evidence. *Journal of Community Nursing*, 19(3), 18.
- Gray, M. (2003). The importance of screening, assessing, and managing urinary incontinence in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15(3), 102–107.
- Gray, M., & David, D. J. (2005). Does biofeedback improve the efficacy of pelvic floor muscle rehabilitation for urinary incontinence or overactive bladder dysfunction in women? *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 32(4), 222–225.
- Harper, G. M. (2005). Managing urinary incontinence in older patients. *Advanced Studies in Medicine*, 5(10), 537.
- Haslam, J. (2005). Continence. urinary incontinence: Why women do not ask for help. *Nursing Times*, 101(47), 47–48.
- Jumadilova, Z., Zyczynski, T., Paul, B., & Narayanan, S. (2005). Urinary incontinence in the nursing home: Resident characteristics and prevalence of drug treatment. *American Journal of Managed Care*, 11(4), S112–20.
- Karon, S. (2005). A team approach to bladder retraining: A pilot study. *Urologic Nursing*, 25(4), 269–276.
- Kelleher, R. (1997). Daytime and nighttime wetting in children: A review of management. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 2(2), 73–82.
- Klym, L. M., & Colling, J. (2003). Quality of life after radical prostatectomy. *Oncology Nursing Forum*, 30(2), E24–32.
- Lekan-Rutledge, D., & Colling, J. (2003). Urinary incontinence in the frail elderly: Even when it's too late to prevent a problem, you can still slow its progress. *American Journal of Nursing*, 36.
- Macauley, M., Pettersen, L., Fader, M., Brooks, R., & Cottenden. (2004). A multi-center evaluation of absorbent products for children with incontinence and disabilities. *Journal of WOCN*, 31(4), 235–244.
- Milne, J. L., & Moore, K. N. (2003). An exploratory study of continence care services worldwide. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 235–247.
- Moore, K. N., & Gray, M. (2004). Urinary incontinence in men: Current status and future directions. *Nursing Research*, 53(6), S36–41.
- Morrow, L. (2002). Continence for adults with urinary dysfunction. *Nursing Times*, 98(29), 38–40.
- Mueller, C., & Cain, H. (2002). Comprehensive management of urinary incontinence through quality improvement efforts. *Geriatric Nursing*, 23(2), 82–87.
- Mueller, C. A. (2004). Quality improvement and incontinence in long-term care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20(3), 539–551.
- Newman, D. K., Gaines, T., & Snare, E. (2005). Innovation in bladder assessment: Use of technology in extended care. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(12), 33–43.
- Ostaszkiwicz, J., Roe, B., & Johnston, L. (2005). Effects of timed voiding for the management of urinary incontinence in adults: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 420–431.
- Resnick, B., Keilman, L. J., Calabrese, B., Parmelee, P., Lawhorne, L., Paillet, J., et al. (2006). Continence care. nursing staff beliefs and expectations about continence care in nursing homes. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 33(6), 610–618.

Sampsel, C. M., Palmer, M. H., Boyington, A. R., Dell, K. K., & Wooldridge, L. (2004). Prevention of urinary incontinence in adults: Population-based strategies. *Nursing Research, 53*(6), S61–S67.

Schirm, V., Baumgardner, J., Dowd, T., Gregor, S., & Kolcaba, K. (2004). NGNA. Development of a healthy bladder education program for older adults. *Geriatric Nursing, 25*(5), 301–306.

Simpson, P. (2004). Continence nursing. management of urinary incontinence in a patient with multiple sclerosis. *British Journal of Nursing (BJN), 13*(13), 768.

State of the science on urinary incontinence. (2003). *American Journal of Nursing, 2*–56.

Tannenbaum, C., & DuBeau, C. E. (2004). Urinary incontinence in the nursing home: Practical approach to evaluation and management. *Clinics in Geriatric Medicine, 20*(3), 437–452.

Taunton, R. L., Swagerty, D. L., Lasseter, J. A., & Lee, R. H. (2005). Continent or incontinent? That is the question. *Journal of Gerontological Nursing, 31*(9), 36–44.

Thomas, L. H., Barrett, J., Cross, S., French, B., Leathley, M., Sutton, C., *et al.* (2006). Prevention and treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Library* (4).

### Incumplimiento del tratamiento

Beswick, A. D., Rees, K., West, R. R., Taylor, F. C., Burke, M., Griebisch, I., *et al.* (2005). Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 49*(5), 538–555.

Charonko, C. (1992). Cultural influences in “noncompliant” behavior and decision making. *Holistic Nursing Practice, 6*(3), 73–78.

Coleman, C., & Lohan, M. (2007). Sexually acquired infections: Do lay experiences of partner notification challenge practice? *Journal of Advanced Nursing, 58*(1), 35–43.

Denhaerynck, K., Dobbels, F., Cleemput, I., Desmyttere, A., Schäfer-Keller, P., Schaub, S., *et al.* (2005). Prevalence, consequences, and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: A literature review. *Transplant International, 18*(10), 1121–1133.

Dobbels, F., De Geest, S., van Cleemput, J., Droogne, W., & Vanhaecke, J. (2004). Effect of late medication non-compliance on outcome after heart transplantation: A 5-year follow-up. *Journal of Heart & Lung Transplantation, 23*(11), 1245–1251.

Dracup, K. A., & Meleis, A. I. (1982). Compliance: An interactionist approach. *Nursing Research, 31*, 32–35.

Drent, G., Haagsma, E. B., Geest, S. D., van den Berg, Aad P., Ten Vergert, E. M., *et al.* (2005). Prevalence of prednisolone (non)compliance in adult liver transplant recipients. *Transplant International, 18*(8), 960–966.

Escalada, P., & Griffiths, P. (2006). Do people with cancer comply with oral chemotherapy treatments? *British Journal of Community Nursing, 11*(12), 532–536.

Geissler, E. (1991). Transcultural nursing and nursing diagnoses. *Nursing and Health Care, 12*(4), 190–192, 203.

Holzemer, W. L., Bakken, S., Portillo, C. J., Grimes, R., Welch, J., Wantland, D., *et al.* (2006). Testing a nurse-tailored HIV medication adherence intervention. *Nursing Research, 55*(3), 189–197.

Hussey, L., & Gilliland, K. (1989). Compliance, low literacy and locus of control. *Nursing Clinics of North America*, 24, 605–611.

Ilott, R. (2005). Does compliance therapy improve use of antipsychotic medication? *British Journal of Community Nursing*, 10(11), 514–519.

Petrilla, A. A., Benner, J. S., Battleman, D. S., Tierce, J. C., & Hazard, E. H. (2005). Evidence-based interventions to improve patient compliance with antihypertensive and lipid-lowering medications. *International Journal of Clinical Practice*, 59(12), 1441–1451.

Redman, B. K. (2005). The ethics of self-management preparation for chronic illness. *Nursing Ethics*, 12(4), 360–369.

Welch, J. L., & Thomas-Hawkins, C. (2005). Psycho-educational strategies to promote fluid adherence in adult hemodialysis patients: A review of intervention studies. *International Journal of Nursing Studies*, 42(5), 597–608.

Young, M. S. (2004). Tackling noncompliance. *Dermatology Nursing*, 16(1), 64.

### Infección, riesgo de

Abbott, C. A., Dremsa, T., Stewart, D. W., Mark, D. D., & Swift, C. C. (2006). Adoption of a ventilator-associated pneumonia clinical practice guideline. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(4), 139–152.

Allen, G. (2005). Evidence for practice. Endogenous flora in development of surgical site infections. *AORN Journal*, 81(6), 1338.

Allen, G. (2006). Evidence for practice. Transfusion and postoperative infection risk. *AORN Journal*, 83(5), 1137–1138.

Altman, M. R., & Lydon-Rochelle, M. T. (2006). Prolonged second stage of labor and risk of adverse maternal and perinatal outcomes: A systematic review. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 33(4), 315–322.

Aragon, D., & Sole, M. L. (2006). Implementing best practice strategies to prevent infection in the ICU. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 18(4), 441–452.

Banning, M. (2005). Influenza: Incidence, symptoms and treatment. *British Journal of Nursing (BJN)*, 14(22), 1192–1197.

Banning, M. (2005). Transmission and epidemiology of MRSA: Current perspectives. *British Journal of Nursing (BJN)*, 14(10), 548–554.

Beam, J. W., & Buckley, B. (2006). Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: Prevalence and risk factors. *Journal of Athletic Training*, 41(3), 337–340.

Bissett, L. (2005). Controlling the risk of MRSA infection: Screening and isolating patients. *British Journal of Nursing (BJN)*, 14(7), 386–390.

Brodie, S. J., Biley, F. C., & Shewring, M. (2002). An exploration of the potential risks associated with using pet therapy in healthcare settings. *Journal of Clinical Nursing*, 11(4), 444–456.

Chan, E. D., & Chmura, K. (2004). Diagnosis and treatment of latent tuberculosis infection. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 11(3), 180–188.

Coia, J. E., Duckworth, G. J., Edwards, D. I., Farrington, M., Fry, C., Humphreys, H., et al. (2006). Guidelines for the control and prevention of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in healthcare facilities. *Journal of Hospital Infection*, 63, S1–44.

Cooper, A. C., Banasiak, N. C., & Allen, P. J. (2003). Management and prevention strategies for respiratory syncytial virus (RSV) bronchiolitis in infants and young children: A review of evidence-based practice interventions. *Pediatric Nursing*, 29(6), 452–456.

Craft, A. P., Finer, N. N., & Barrington, K. J. (2006). Vancomycin for prophylaxis against sepsis in preterm neonates. *Cochrane Library* (4).

Cutter, J., & Gammon, J. (2007). Infection control. Review of standard precautions and sharps management in the community. *British Journal of Community Nursing*, 12(2), 54.

Duffy, J. R. (2002). Nosocomial infections: Important acute care nursing-sensitive outcomes indicators. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care*, 13(3), 358–366.

Evans, B. (2005). Best-practice protocols: VAP prevention. *Nursing Management*, 36(12), 10–16.

Falsey, A. R., & Walsh, E. E. (2005). Respiratory syncytial virus infection in elderly adults. *Drugs & Aging*, 22(7), 577–587.

Gould, D., Gammon, J., Salem, R. B., Chudleigh, J., & Fontenla, M. (2004). Flowers in the clinical setting: Infection risk or workload issue? *NT Research*, 9(5), 366–377.

Grap, M. J., & Munro, C. L. (2004). Preventing ventilator-associated pneumonia: Evidence-based care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 16(3), 349–358.

Grap, M. J., Munro, C. L., Hummel, R., Elswick, R. K., McKinney, J. L., & Sessler, C. N. (2005). Effect of backrest elevation on the development of ventilator-associated pneumonia. *American Journal of Critical Care*, 14(4), 325–333.

Hampton, S. (2004). Clinical skills. Nursing management of urinary tract infections for catheterized patients. *British Journal of Nursing (BJN)*, 13(20), 1180.

Hampton, S. (2004). Nursing management of urinary tract infections for catheterized patients. *British Journal of Nursing (BJN)*, 13(20), 1180–1184.

Hanrahan, K. S., & Lofgren, M. (2004). Evidence-based practice: Examining the risk of toys in the microenvironment of infants in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 4(4), 184–205.

Hsiu-fang Hsieh, Hua-hsien Chiu, & Feng-ping Lee. (2006). Surgical hand scrubs in relation to microbial counts: Systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 68–78.

Hugonnet, S., Chevrolet, J., & Pittet, D. (2007). The effect of workload on infection risk in critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 35(1), 76–81.

Jenkinson, H., Wright, D., Jones, M., Dias, E., Pronyszyn, A., Hughes, K., et al. (2006). Prevention and control of infection in non-acute healthcare settings. *Nursing Standard*, 20(40), 56.

LaMar, K., & Dowling, D. A. (2006). Incidence of infection for preterm twins cared for in cobedding in the neonatal intensive-care unit. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(2), 193–198.

LaMar, K., & Taylor, C. (2004). Share and share alike: Incidence of infection for cobedded preterm twin infants. *Journal of Neonatal Nursing*, 10(6), 197–200.

Mallory, C., & Gabrielson, M. (2005). Preventing HIV infection among women who trade sex. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 9(1), 17–22.

Marklew, A. (2004). Literature review urinary catheter care in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 9(1), 21–27.

Morris, C. G. (2005). Is sputum evaluation useful for patients with community-acquired pneumonia? *Journal of Family Practice*, 54(3), 279–281.

Morrison-Beedy, D., Nelson, L. E., & Volpe, E. (2005). HIV risk behaviors and testing rates in adolescent girls: Evidence to guide clinical practice. *Pediatric Nursing*, 31(6), 508–512.

Morritt, M. L., Harrod, M. E., Crisp, J., Senner, A., Galway, R., Petty, S., et al. (2006). Handwashing practice and policy variability when caring for central venous catheters in paediatric intensive care. *Australian Critical Care*, 19(1), 15–21.

Nazarko, L. (2007). Avoiding the pitfalls and perils of catheter care. *British Journal of Nursing (BJN)*, 16(8), 468–472.

Oestreicher, P. (2007). Put evidence into practice to prevent infection in patients with cancer. *ONS Connect*, 22(2), 26–27.

Preston, R. M. (2005). Infection control nursing. Aseptic technique: Evidence-based approach for patient safety. *British Journal of Nursing (BJN)*, 14(10), 540.

Radtke, K. (2004). Get to the root of sentinel events involving infection control. *Nursing Management*, 35(6), 18–22.

Rickard, C. M., Courtney, M., & Webster, J. (2004). Central venous catheters: A survey of ICU practices. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 247–256.

Roe, V. A. (2004). Living with genital herpes. How effective is antiviral therapy? *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 18(3), 206–215.

Roodhouse, A., & Wellsted, A. (2006). Safety in urine sampling: Maintaining an infection-free environment. *British Journal of Nursing (BJN)*, 15(16), 870–872.

Simon, A., Schildgen, O., Eis-Hübinger, A. M., Hasan, C., Bode, U., Buderus, S., et al. (2006). Norovirus outbreak in a pediatric oncology unit. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 41(6), 693–699.

Sole, M. L. (2005). Overcoming the barriers: A concerted effort to prevent ventilator-associated pneumonia. *Australian Critical Care*, 18(3), 92–94.

Sparse evidence to prove cranberries help in UTIs. (2005). *Practice Nurse*, 29(5), 10.

Stringer, M., Miesnik, S. R., Brown, L., Martz, A. H., & Macones, G. (2004). Nursing care of the patient with preterm premature rupture of membranes. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 29(3), 144–150.

Webster, J., & Pritchard, M. A. (2006). Gowning by attendants and visitors in newborn nurseries for prevention of neonatal morbidity and mortality. *Cochrane Library* (4).

### Integridad cutánea, deterioro de la

Birchall, L., & Taylor, S. (2003). Surgical wound benchmark tool and best practice guidelines. *British Journal of Nursing (BJN)*, 12(17), 1013.

Bolton, L. (2007). Operational definition of moist wound healing. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 34(1), 23–29.

Briggs, M. (2006). The prevalence of pain in chronic wounds and nurses' awareness of the problem. *British Journal of Nursing (BJN)*, 15(21), 5–9.

Clifton-Koeppel, R. (2006). Wound care after peripheral intravenous extravasation: What is the evidence? *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 6(4), 202–212.

Delmas, L. (2006). Best practice in the assessment and management of diabetic foot ulcers. *Rehabilitation Nursing*, 31(6), 228–234.

Doughty, D. (2005). Dressings and more: Guidelines for topical wound management. *Nursing Clinics of North America*, 40(2), 217–231.

Earsing, K. A., Hobson, D. B., & White, K. M. (2005). Best-practice protocols: Preventing central line infection. *Nursing management*, 36(10), 18–24.

Evans, E., & Gray, M. (2005). Do topical analgesics reduce pain associated with wound dressing changes or debridement of chronic wounds? *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 32(5), 287–290.

Frykberg, R. G. (2005). A summary of guidelines for managing the diabetic foot. *Advances in Skin & Wound Care*, 18(4), 209.

Gannon, R. (2007). Chronic wound management. wound cleansing: Sterile water or saline? *Nursing Times*, 103(9), 44–46.

Gwynne, B., & Newton, M. (2006). An overview of the common methods of wound debridement. *British Journal of Nursing (BJN)*, 15(19), S4.

Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., & Lohr, K. N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 293(17), 2141–2148.

Helberg, D., Mertens, E., Halfens, R., & Dassen, T. (2006). Treatment of pressure ulcers: Results of a study comparing evidence and practice. *Ostomy Wound Management*, 52(8), 60.

Hermans, M. H. (2006). Silver-containing dressings and the need for evidence. *American Journal of Nursing*, 106(12), 60–68.

Mclsaac, C. (2005). Managing wound care outcomes. *Ostomy Wound Management*, 51(4), 54.

Moore, Z. (2007). Evidence-based wound management. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 428–428.

Nix, D., & Ermer-Seltun, J. (2004). A review of perineal skin care protocols and skin barrier product use. *Ostomy Wound Management*, 50(12), 59–67.

Nixon, J., Thorpe, H., Barrow, H., Phillips, A., Nelson, E. A., Mason, S. A., et al. (2005). Reliability of pressure ulcer classification and diagnosis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 613–623.

Ratliff, C. R. (2005). WOCN's evidence-based pressure ulcer guideline. *Advances in Skin & Wound Care*, 18(4), 204.

Ruth-Sahd, L., & Gonzales, M. (2006). Multiple dimensions of caring for a patient with acute necrotizing fasciitis. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(1), 15–21.

Vermeulin, H., Ubbink, D. T., Goossens, A., de Vos, R., & Legemate, D. A. (2005). Systematic review of dressings and topical agents for surgical wounds healing by secondary intention. *British Journal of Surgery*, 92(6), 665–672.

Willock, J., & Maylor, M. (2004). Pressure ulcers in infants and children. *Nursing Standard*, 18(24), 56–62.

### Integridad cutánea, riesgo de deterioro de la

Adderley, U. Factors that influence the frequency of rebandaging. *EWMA Journal*, 6(1), 9–11.

Allen, G. (2006). Evidence for practice. paint-only versus scrub-and-paint surgical skin prep. *AORN Journal*, 83(3), 752–753.

Arrowsmith, V. A., Maunder, J. A., Sargent, R. J., & Taylor, R. (2006). Removal of nail polish and finger rings to prevent surgical infection. *Cochrane Library* (4).

Ayello, E. A., Baranoski, S., & Salati, D. S. (2006). Best practices in wound care prevention and treatment. *Nursing Management*, 37(9), 42–48.

Earsing, K. A., Hobson, D. B., & White, K. M. (2005). Best-practice protocols: Preventing central line infection. *Nursing Management*, 36(10), 18–24.

Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274–282.

Evans, J., & Chance, T. (2005). Improving patient outcomes using a diabetic foot assessment tool. *Nursing Standard*, 19(45), 65.

Fader, M., Clarke-O'Neill, S., Cook, D., Dean, G., Brooks, R., Cottenden, A., et al. (2003). Management of night-time urinary incontinence in residential settings for older people: An investigation into the effects of different pad changing regimes on skin health. *Journal of Clinical Nursing*, 12(3), 374–386.

Frykberg, R. G. (2005). A summary of guidelines for managing the diabetic foot. *Advances in Skin & Wound Care*, 18(4), 209.

Griffin, F. A. (2005). Best-practice protocols: Preventing surgical site infection. *Nursing Management*, 36(11), 20–26.

Hughes, S. (2002). Do incontinence aids help to maintain skin integrity? *Journal of Wound Care*, 11(6), 235–239.

Nix, D., & Ermer-Seltun, J. (2004). A review of perineal skin care protocols and skin barrier product use. *Ostomy Wound Management*, 50(12), 59–67.

Nixon, J., Nelson, E. A., Cranny, G., Iglesias, C. P., Hawkins, K., Cullum, N. A., et al. (2006). Pressure relieving support surfaces: A randomised evaluation. *Health Technology Assessment*, 10(22), 1–180.

Odom-Forren, J. (2006). Preventing surgical site infections [cover story]. *Nursing*, 36(6), 58–64.

Voegeli, D. (2005). Skin hygiene practices, emollient therapy and skin vulnerability. *Nursing Times*, 101(4), 57–58.

Williams, H., & Griffiths, P. (2004). The effectiveness of pin site care for patients with external fixators. *British Journal of Community Nursing*, 9(5), 206–210.

Wipke-Tevis, D. D., Williams, D. A., Rantz, M. J., Popejoy, L. L., Madsen, R. W., Petroski, G. F., et al. (2004). Nursing home quality and pressure ulcer prevention and management practices. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4), 583–588.

Woods, A. J. (2006). The role of health professionals in childhood injury prevention: A systematic review of the literature. *Patient Education & Counseling*, 64(1), 35–42.

### Integridad tisular, deterioro de la

Aistars, J. (2006). The validity of skin care protocols followed by women with breast cancer receiving external radiation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(4), 487–492.

Ashton, J. (2004). Managing leg and foot ulcers: The role of kerraboot®. *British Journal of Community Nursing*, 9(9), S26–S30.

Ayello, E. A., Baranoski, S., & Salati, D. S. (2006). Best practices in wound care prevention and treatment. *Nursing Management*, 37(9), 42–48.

Burbridge, N., & Kiernan, S. (2005). Pressure ulcer benchmarking within a primary care setting. *British Journal of Nursing (BJN)*, 14(6), S22–S29.

Davies, C. E., Turton, G., Woolfrey, G., Elley, R., & Taylor, M. (2005). Leg ulcers. exploring debridement options for chronic venous leg ulcers. *British Journal of Nursing (BJN)*, *14*(7), 393–397.

Dowsett, C. (2004). The use of silver-based dressings in wound care. *Nursing Standard*, *19*(7), 56–60.

Ersser, S. J., Getliffe, K., Voegeli, D., & Regan, S. (2005). A critical review of the inter-relationship between skin vulnerability and urinary incontinence and related nursing intervention. *International Journal of Nursing Studies*, *42*(7), 823–835.

Johnson, A., & Porrett, T. (2005). Developing an evidence base for the management of stoma granulomas. *Gastrointestinal Nursing*, *3*(8), 26–28.

Lepistö, M., Eriksson, E., Hietanen, H., Lepistö, J., & Lauri, S. (2006). Developing a pressure ulcer risk assessment scale for patients in long-term care. *Ostomy Wound Management*, *52*(2), 34.

Nixon, J., Thorpe, H., Barrow, H., Phillips, A., Nelson, E. A., Mason, S. A., et al. (2005). Reliability of pressure ulcer classification and diagnosis. *Journal of Advanced Nursing*, *50*(6), 613–623.

Pym, K. (2006). Wound care. Identifying and managing problem scars. *British Journal of Nursing (BJN)*, *15*(2), 78.

Thompson, D. (2005). Tissue viability. an evaluation of the waterlow pressure ulcer risk-assessment tool. *British Journal of Nursing (BJN)*, *14*(8), 455–459.

Tyler, P., Hollinworth, H., & Osborne, R. (2005). Tissue viability. The wearing of compression hosiery for leg problems other than leg ulcers. *British Journal of Nursing (BJN)*, *14*(11), S21.

### Interacción social, deterioro de la

Adamsen, L., & Rasmussen, J. M. (2003). Exploring and encouraging through social interaction: A qualitative study of nurses' participation in self-help groups for cancer patients. *Cancer Nursing*, *26*(1), 28–36.

Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (2003). Clinical and social changes in severely mentally ill individuals admitted to an outpatient psychosis team: An 18-month follow-up study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *17*(1), 3–11.

Darbyshire, P., Muir-Cochrane, E., Fereday, J., Jureidini, J., & Drummond, A. (2006). Engagement with health and social care services: Perceptions of homeless young people with mental health problems. *Health & Social Care in the Community*, *14*(6), 553–562.

Davis, L., Mohay, H., & Edwards, H. (2003). Mothers' involvement in caring for their premature infants: An historical overview. *Journal of Advanced Nursing*, *42*(6), 578–586.

Forde, H., Lane, H., McCloskey, D., McManus, V., & Tierney, E. (2004). Link family support—an evaluation of an in-home support service. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, *11*(6), 698–704.

Granerud, A., & Severinsson, E. (2007). Knowledge about social networks and integration: A co-operative research project. *Journal of Advanced Nursing*, *58*(4), 348–357.

Richeson, N. E. (2003). Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia: An evidence-based therapeutic recreation intervention. *American Journal of Recreation Therapy*, *2*(4), 9–16.

Vanwesenbeeck, I. (2005). Burnout among female indoor sex workers. *Archives of Sexual Behavior, 34*(6), 627–639.

### Intercambio gaseoso, deterioro del

Caldwell, C. D. (2003). Incidence and effects of premedication for intubation in neonates in a level III NICU: An observational study. *Neonatal Intensive Care, 16*(3), 16–24.

Celik, S. A., & Kanan, N. (2006). A current conflict: Use of isotonic sodium chloride solution on endotracheal suctioning in critically ill patients. *Dimensions of Critical Care Nursing, 25*(1), 11–14.

Cook, N. (2003). Respiratory care in spinal cord injury with associated traumatic brain injury: Bridging the gap in critical care nursing interventions. *Intensive & Critical Care Nursing, 19*(3), 143–153.

Corbridge, S. J., & Corbridge, T. C. (2004). Severe exacerbations of asthma. *Critical Care Nursing Quarterly, 27*(3), 207–230.

Corff, K. E., & McCann, D. L. (2005). Room air resuscitation versus oxygen resuscitation in the delivery room. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 19*(4), 379–390.

Gallagher, R., & Roberts, D. (2004). Systematic review of oxygen and airflow effect on relief of dyspnea at rest in patients with advanced disease of any cause. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy, 18*(4), 3–15.

Gronkiewicz, C., & Borkgren-Okonek, M. (2004). Acute exacerbation of COPD: Nursing application of evidence-based guidelines. *Critical Care Nursing Quarterly, 27*(4), 336–352.

Jantarakupt, P., & Porock, D. (2005). Dyspnea management in lung cancer: Applying the evidence from chronic obstructive pulmonary disease. *Oncology Nursing Forum, 32*(4), 785–795.

Marklew, A. (2006). Body positioning and its effect on oxygenation—a literature review. *Nursing in Critical Care, 11*(1), 16–22.

Nicholson, C. (2004). A systematic review of the effectiveness of oxygen in reducing acute myocardial ischaemia. *Journal of Clinical Nursing, 13*(8), 996–1007.

Pease, P. (2006). Oxygen administration: Is practice based on evidence? [cover story]. *Paediatric Nursing, 18*(8), 14–18.

Rosati, E., Chitano, G., Dipaola, L., De Felice, C., & Latini, G. (2005). Indications and limitations for a neonatal pulse oximetry screening of critical congenital heart disease. *Journal of Perinatal Medicine, 33*(5), 455–457.

Vollman, K. M. (2004). Prone positioning in the patient who has acute respiratory distress syndrome: The art and science. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 16*(3), 319–336.

### Intoxicación, riesgo de

American Academy of Pediatrics policy statement. Poison treatment in the home. (2003). *Pediatrics, 112*(5), 1182–1185.

Brown, M. J., McLaine, P., Dixon, S., & Simon, P. (2006). A randomized, community-based trial of home visiting to reduce blood lead levels in children. *Pediatrics, 117*(1), 147–153.

Centers for Disease Control & Prevention. (2005). *Third national report on human exposure to environmental chemicals: Executive summary* (NCEH Pub # 05-0725). Atlanta, GA: Author.

Erickson, L., & Thompson, T. (2005). A review of a preventable poison: Pediatric lead poisoning. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 10(4), 171–182.

Hawkins, L. (2006). Managing poisoning by over-the-counter analgesics. *Practice Nurse*, 32(1), 20–21.

Osterhoudt, K. C., Alpern, E. R., Durbin, D., Nadel, F., & Henretig, F. M. (2004). Activated charcoal administration in a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 20(8), 493–498.

Valler-Jones, T., & Wedgbury, K. (2005). Clinical skills. Measuring blood pressure using the mercury sphygmomanometer. *British Journal of Nursing (BJN)*, 14(3), 145–150.

### Lactancia materna, interrupción de la

Hellings, P., & Howe, C. (2004). Breastfeeding knowledge and practice of pediatric nurse practitioners. *Journal of Pediatric Healthcare*, 18(1), 8–14.

Hurtekant, K. M., & Spatz, D. L. (2007). Special considerations for breastfeeding the infant with spina bifida. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(1), 69–75.

Leonard, L. G. (2002). Insights in practice. Breastfeeding higher order multiples: Enhancing support during the postpartum hospitalization period. *Journal of Human Lactation*, 18(4), 386–392.

Morland-Schultz, K., & Hill, P. D. (2005). Prevention of and therapies for nipple pain: A systematic review. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(4), 428–437.

Nystedt, A., Edvardsson, D., & Willman, A. (2004). Women And Children epidural analgesia for pain relief in labour and childbirth—a review with a systematic approach. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 455–466.

Stevens, B., Guerriere, D., McKeever, P., Croxford, R., Miller, K., Watson-MacDonell, J., et al. (2006). Economics of home vs. hospital breastfeeding support for newborns. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 233–243.

### Lactancia materna eficaz

Hellings, P., & Howe, C. (2004). Breastfeeding knowledge and practice of pediatric nurse practitioners. *Journal of Pediatric Healthcare*, 18(1), 8–14.

Hurtekant, K. M., & Spatz, D. L. (2007). Special considerations for breastfeeding the infant with spina bifida. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(1), 69–75.

Leonard, L. G. (2002). Insights in practice. Breastfeeding higher order multiples: Enhancing support during the postpartum hospitalization period. *Journal of Human Lactation*, 18(4), 386–392.

Morland-Schultz, K., & Hill, P. D. (2005). Prevention of and therapies for nipple pain: A systematic review. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(4), 428–437.

Ortiz, J., McGilligan, K., & Kelly, P. (2004). Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored location program. *Pediatric Nursing*, 30(2), 111–119.

Pérez-Escamilla, R. (2007). Evidence based breast-feeding promotion: The Baby-Friendly Hospital Initiative. *Journal of Nutrition*, 137(2), 484–487.

Stevens, B., Guerriere, D., McKeever, P., Croxford, R., Miller, K., Watson-MacDonell, J., *et al.* (2006). Economics of home vs. hospital breastfeeding support for newborns. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 233–243.

### Lactancia materna ineficaz

Chiu, S-H., Anderson, G. C., & Burkhammer, M. D. (2005). Newborn temperature during skin to skin breastfeeding in couples having breastfeeding difficulties. *Birth*, 32(2), 115–121.

Hurtekant, K. M., & Spatz, D. L. (2007). Special considerations for breastfeeding the infant with spina bifida. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(1), 69–75.

Pérez-Escamilla, R. (2007). Evidence based breast-feeding promotion: The Baby-Friendly Hospital Initiative. *Journal of Nutrition*, 137(2), 484–487.

Rasmussen, K. M., & Kjolhede, C. L. (2004). Prepregnant overweight and obesity diminish the prolactin response to suckling in the first week postpartum. *Pediatrics*, 113(5), e465–471.

Stevens, B., Guerriere, D., McKeever, P., Croxford, R., Miller, K., Watson-MacDonell, J., *et al.* (2006). Economics of home vs. hospital breastfeeding support for newborns. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 233–243.

### Látex, respuesta alérgica al

American Society of Anesthesiologists. (2005). *Natural rubber latex allergy: Considerations for anesthesiologists (a practice guideline)*. Park Ridge, IL: Author.

AORN. (2004). AORN latex guideline. In *AORN standards, recommended practices and guidelines* (pp. 103–118). Denver, CO: Author.

Sussman, G. L. (2000) Latex allergy: An overview. *Canadian Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 5, 317–321.

Tarlo, S. (1998). Latex allergy: A problem for both health care professionals and patients. *Ostomy/Wound Management* 14(8), 80–88.

### Látex, riesgo de respuesta alérgica al

Altman, G. B., & Keller, K. M. (2003). Practice powder-free and latex safe. *Nurse Practitioner*, 28(8), 55.

American Society of Anesthesiologists. (2005). *Natural rubber latex allergy: Considerations for anesthesiologists (a practice guideline)*. Park Ridge, IL: Author.

AORN. (2004). Latex guideline. In *AORN standards, recommended practices and guidelines* (pp. 103–118). Denver, CO: Author.

Boyd, S. (2005). Latex sensitivity—avoiding allergic reactions in clinical settings. *Infant*, 1(2), 63–65.

Dehlink, E., Prandstetter, C., Eiwegger, T., Putschögl, B., Urbanek, R., & Szépfalusi, Z. (2004). Increased prevalence of latex-sensitization among children with chronic renal failure. *Allergy*, 59(7), 734–738.

Dore Geraghty, C., & Keoghan, M. T. (2007). Exposure to latex in schools. *Archives of Disease in Childhood*, 92(1), 89–90.

Hampton, S. (2003). Nurses' inappropriate use of gloves in caring for patients. *British Journal of Nursing (BJN)*, 12(17), 1024.

Kimata, H. (2004). Latex allergy in infants younger than 1 year. *Clinical & Experimental Allergy*, 34(12), 1910–1915.

Lewis, V. J., Chowdhury, M. M. U., & Statham, B. N. (2004). Natural rubber latex allergy: The impact on lifestyle and quality of life. *Contact Dermatitis (01051873)*, 51(5), 317–318.

Martin, J. A., Hughes, T. M., & Stone, N. M. (2005). 'Black henna' tattoos: An occult source of natural rubber latex allergy? *Contact Dermatitis (01051873)*, 52(3), 145–146.

Pamies, R., Oliver, F., Raulf-Heimsoth, M., Rihs, H., Barber, D., Boquete, M., *et al.* (2006). Patterns of latex allergen recognition in children sensitized to natural rubber latex. *Pediatric Allergy & Immunology*, 17(1), 55–59.

Pereira, C., Tavares, B., Loureiro, G., Lundberg, M., & Chieira, C. (2007). Turnip and zucchini: New foods in the latex-fruit syndrome. *Allergy*, 62(4), 452–453.

Waseem, M., Ganti, S., & Hipp, A. (2006). Latex-induced anaphylactic reaction in a child with spina bifida. *Pediatric Emergency Care*, 22(6), 441–442.

### Lesión, riesgo de

Bodin, S. (2007). Evidence and nursing informatics to improve safely and outcomes. *Nephrology Nursing Journal*, 34(2), 135–136.

Currie, L. M. (2006). Fall and injury prevention. *Annual Review of Nursing Research*, 24, 39–74.

Cutter, J., & Gammon, J. (2007). Review of standard precautions and sharps management in the community. *British Journal of Community Nursing*, 12(2), 54–60.

Dennison, R. D. (2006). High-alert drugs: Strategies for safe I.V. infusions. *American Nurse Today*, 1(2), 28–34.

Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274–282.

Garzon, D. L. (2005). Contributing factors to preschool unintentional injury. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(6), 441–447.

Greenway, K., Merriman, C., & Statham, D. (2006). Using the ventrogluteal site for intramuscular injections. *Learning Disability Practice*, 9(8), 34–37.

Harris, G. M., & Verklan, M. T. (2005). Maximizing patient safety: Filter needle use with glass ampules. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 19(1), 74–81.

Hayes, N. (2004). Prevention of falls among older patients in the hospital environment. *British Journal of Nursing (BJN)*, 13(15), 896–901.

Hazell, L., & Shakir, S. A. W. (2006). Under-reporting of adverse drug reactions: A systematic review. *Drug Safety*, 29(5), 385.

Hignett, S., & Masud, T. (2006). A review of environmental hazards associated with in-patient falls. *Ergonomics*, 49(5), 605–616.

Hook, M. L., & Winchel, S. (2006). Fall-related injuries in acute care: Reducing the risk of harm. *MEDSURG Nursing*, 15(6), 370–381.

Howard, P. K. (2005). Parents' beliefs about children and gun safety. *Pediatric Nursing*, 31(5), 374–379.

Kendig, S., Adkins-Bley, K., Carson-Smith, W., & Nelson, K. J. (2006). Patient safety: Expert roundtable discussion. *AWHONN Lifelines*, 10(3), 218–224.

MacPhee, M., Ellis, J., & McCutcheon, A. S. (2006). Nurse staffing and patient safety. *Canadian Nurse*, 102(8), 18–23.

May, S. (2007). Testing nasogastric tube positioning in the critically ill: Exploring the evidence. *British Journal of Nursing (BJN)*, 16(7), 414–418.

McCartney, P. R. (2006). Using technology to promote perinatal patient safety. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(3), 424–431.

Nelson, A., & Baptiste, A. S. (2006). Evidence-based practices for safe patient handling and movement. *Orthopaedic Nursing*, 25(6), 366–379.

Oliver, D., Connelly, J. B., Victor, C. R., Shaw, F. E., Whitehead, A., Genc, Y., *et al.* (2007). Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: Systematic review and meta-analyses. *BMJ: British Medical Journal*, 334(7584), 82–85.

Page, A. E. K. (2004). Transforming nurses' work environments to improve patient safety: The institute of medicine recommendations. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 5(4), 250–258.

Park, M., & Tang, J. H. (2007). Evidence-based guideline changing the practice of physical restraint use in acute care. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(2), 9–16.

Polovich, M. (2004). Safe handling of hazardous drugs. *Online Journal of Issues in Nursing*, 9(3), 153–168.

Pynoos, J., Rose, D., Rubenstein, L., In Hee Choi, & Sabata, D. (2006). Evidence-based interventions in fall prevention. *Home Health Care Services Quarterly*, 25(1), 55–73.

Slimmer, L., & Andersen, B. (2004). Designing a data and safety monitoring plan. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 797–803.

Stein, H. G. (2006). Best practice. Glass ampules and filter needles: An example of implementing the sixth 'R' in medication administration. *MEDSURG Nursing*, 15(5), 290–294.

Thompson, M. R. (2003). The three Rs of fire safety, emergency action, and fire prevention planning: Promoting safety at the worksite. *AAOHN Journal*, 51(4), 169–179.

Wanzer, L. J., & Hicks, R. W. (2006). Medication safety within the perioperative environment. *Annual Review of Nursing Research*, 24, 127–155.

Waters, T., Collins, J., Galinsky, T., & Caruso, C. (2006). NIOSH research efforts to prevent musculoskeletal disorders in the healthcare industry. *Orthopaedic Nursing*, 25(6), 380–389.

Weir, V. L. (2005). Best practice protocols: Preventing adverse drug events. *Nursing Management*, 36(9), 24–30.

Wilburn, S. Q. (2004). Needlestick and sharps injury prevention. *Online Journal of Issues in Nursing*, 9(3), 141–153.

Woods, A. J. (2006). The role of health professionals in childhood injury prevention: A systematic review of the literature. *Patient Education & Counseling*, 64(1), 35–42.

### Lesión perioperatoria, riesgo de

Ali, A., Breslin, D., Hardman, H., & Martin, G. (2003). Unusual presentation and complication of the prone position for spinal surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, 15, 471–473.

Fritzlen, T., Kremer, M., & Biddle, C. (2003). The AANA Foundation Closed Malpractice Claims Study on nerve injuries during anesthesia care. *AANA Journal*, 71, 347–352.

Harker, R., McLauchlan, R., MacDonald, H., Waterman, C., & Waterman, H. (2002). Endless nights: Patients' experiences of posturing face down following vit-

reoretinal surgery. *Ophthalmic Nursing: International Journal of Ophthalmic Nursing*, 6(2), 11–15.

Litwiller, J., Wells, R. Jr, Halliwill, J., Carmichael, S., & Warner, M. (2004). Effect of lithotomy positions on strain of the obturator and lateral femoral cutaneous nerves. *Clinical Anatomy*, 17, 45–49.

Stremler, R., Hodnett, E., Petryshen, P., Stevens, B., Weston, J., & Willan, A. R. (2005). Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 32(4), 243–251.

### Manejar la silla de ruedas, dificultad para

Brouwer, K., Nysseknaab, J., & Culham E. (2004). Physical function and health status among seniors with and without fear of falling. *Gerontology*, 50, 15–141.

DiFazio, R. (2003). Evidence-based practice in action. Creating a halo traction wheelchair resource manual: Using the EBP approach. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(2), 148–152.

Lewis, C. L., Moutoux, M., Slaughter, M., & Bailey, S. P. (2004). Characteristics of individuals who fell while receiving home health services. *Physical Therapy*, 84(1), 23–32.

Tinetti, M. E., & Ginter, S. F. (1988). Identifying mobility dysfunction in elderly persons. *Journal of the American Medical Association*, 259, 1190–1193.

### Manejo del régimen terapéutico, disposición para mejorar el

Allender, J., & Spradley, B. (2005). *Community health nursing* (6.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychology*, 37(3), 122–147.

Edelman, C. L., & Mandel, C. L. (2001). *Health promotion throughout the lifespan* (5.<sup>a</sup> ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book.

Kriegler, N., & Harton, M. (1991). Community health assessment tool: A patterned approach to data collection and diagnosis. *Journal of Community Health Nursing*, 9, 229–234.

Redman, B., & Thomas, S. (1996). Patient teaching. In G. Bulechek & J. McCloskey (Eds.) *Nursing interventions* (3rd ed). Philadelphia: Saunders.

Zerwich, J. (1992). Laying the groundwork for family self-help: Locating families, building trust and building strength. *Public Health Nursing*, 9(1), 15–21.

Zimmerman, G., Olsen, C. & Bosworth, M. (2000). A “Stages of Change” approach to helping patients change behavior. *American Family Physicians*, 61(5), 1409–1416.

### Mantenimiento de la salud, alteración en el

Leon, L. (2002). Smoking cessation—Developing a workable program. *Nursing Spectrum*, 17(18), 12–13.

Manworren, R. C. B., & Woodring, B. (1998). Evaluating children’s literature as a source for patient education. *Pediatric Nursing*, 24(6), 548–553.

Torisky, C., Hertzler, A., Johnson, J., Keller, J. P., & Mifflin, B. (1990). Virginia EFNEP homemakers’ dietary improvement and relation to selected family factors. *Journal of Nutrition Education*, 21, 249–257.

Woodhead, G. (1996). The management of cholesterol in coronary heart disease. *Nurse Practitioner*, 21(9), 45, 48, 51, 53.

### Mantenimiento del hogar, dificultades para el

Green, K. (1998). *Home care survival guide*. Philadelphia: Lippincott.

Holzapfel, S. (1998). The elderly. In E. Varcarolis (Ed.). *Foundations of psychiatric mental health nursing* (3.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Saunders.

Schank, M. J., & Lough, M. A. (1990). Profile: Frail elderly women, maintaining independence. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 674–682.

Wong, D. L. (1991). Transition from hospital to home for children with complex medical care. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 8(1), 3–9.

### Membrana mucosa oral, alteración de la

Aragon, D., & Sole, M. L. (2006). Implementing best practice strategies to prevent infection in the ICU. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 18(4), 441–452.

Beck, S. L. (2001). Mucositis. In S. L. Greenwald, M. Goodman, M. H. Frogge, C. H. Yarbro, (Eds.). *Cancer symptom management* (4.<sup>a</sup> ed.). Boston: Jones & Bartlett.

Brady, M., Furlanetto, D., Hunter, R. V., Lewis, S., & Milne, V. (2006). Staff-led interventions for improving oral hygiene in patients following stroke. *Cochrane Library* (4).

Chalmers, J., & Johnson, V. (2004). Evidence-based protocol: Oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(11), 5–12.

Chalmers, J., & Pearson, A. (2005). Oral hygiene care for residents with dementia: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 410–419.

Cohn, J. L., & Fulton, J. S. (2006). Nursing staff perspectives on oral care for neuroscience patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38(1), 22–30.

Cutler, C. J., & Davis, N. (2005). Improving oral care in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*, 14(5), 389–394.

Garcia, R. (2005). A review of the possible role of oral and dental colonization on the occurrence of health care-associated pneumonia: Underappreciated risk and a call for interventions. *American Journal of Infection Control*, 33(9), 527–541.

Hanneman, S. K., & Gusick, G. M. (2005). Frequency of oral care and positioning of patients in critical care: A replication study. *American Journal of Critical Care*, 14(5), 378–387.

Jones, H., Newton, J. T., & Bower, E. J. (2004). A survey of the oral care practices of intensive care nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 20(2), 69–76.

Kunnen, A., Blaauw, J., van Doormaal, J. J., van Pampus, M. G., van der Schans, Cees P., Aarnoudse, J. G., et al. (2007). Women with a recent history of early-onset pre-eclampsia have a worse periodontal condition. *Journal of Clinical Periodontology*, 34(3), 202–207.

Munro, C. L., & Grap, M. J. (2004). Oral health and care in the intensive care unit: State of the science. *American Journal of Critical Care*, 13(1), 25–33.

Nikoletti, S., Hyde, S., Shaw, T., Myers, H., & Kristjanson, L. J. (2005). Comparison of plain ice and flavoured ice for preventing oral mucositis associated with the use of 5-fluorouracil. *Journal of Clinical Nursing*, 14(6), 750–753.

O'Reilly, M. (2003). Oral care of the critically ill: A review of the literature and guidelines for practice. *Australian Critical Care, 16*(3), 101–110.

Rutledge, D. (2005). Oncology nurses look to the latest evidence to treat mucositis. *ONS News, 20*(2), 1–6.

### Memoria, trastorno de

Bates, J., Boote, J., & Beverley, C. (2004). Psychosocial interventions for people with a milder dementing illness: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 45*(6), 644–658.

Franks, V. (2004). Evidence-based uncertainty in mental health nursing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 11*(1), 99–105.

Herrmann, N. (2005). Some psychosocial therapies may reduce depression, aggression, or apathy in people with dementia. *Evidence-Based Mental Health, 8*(4), 104.

Son, G., Therrien, B., & Whall, A. Implicit memory and familiarity among elders with dementia. *Journal of Nursing Scholarship, 34*(3), 263–267.

### Moral, sufrimiento

Ahern, N. R., & Malvey, D. (2006). Decisions regarding infant resuscitation: A case study applying an ethical decision-making model. *Journal of Health Administration Ethics, 1*(1), 16–25.

Corley, M., Elswick, R., Gorman, M., & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing, 33*, 250–256.

Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal & Womens Health Nursing, 4*, 542–551.

Kirk, T. W. (2007). Managing pain, managing ethics. *Pain Management Nursing, 8*(1), 25–34.

Kopala, B., & Burkhart, L. (2005). Ethical dilemma and moral distress: Proposed new NANDA diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 16*, 3–13.

O'Haire, S. E., & Blackford, J. C. (2005). Nurses' moral agency in negotiating parental participation in care. *International Journal of Nursing Practice, 11*(6), 250–256.

Purdy, I. B., & Wadhvani, R. T. (2006). Embracing bioethics in neonatal intensive care, part II: Case histories in neonatal ethics. *Neonatal Network, 25*(1), 43.

Wilkinson, J. M. (1987/88). Moral distress in nursing practice: Experience and effect. *Nursing Forum, 23*, 16–29.

### Moverse de la cama, dificultad para

Brouwer, K., Nysseknabm, J., & Culham E. (2004). Physical function and health status among seniors with and without fear of falling. *Gerontology, 50*, 15–141.

Lepistö, M., Eriksson, E., Hietanen, H., Lepistö, J., & Lauri, S. (2006). Developing a pressure ulcer risk assessment scale for patients in long-term care. *Ostomy Wound Management, 52*(2), 34.

Lewis, C. L., Moutoux, M., Slaughter, M., & Bailey, S. P. (2004). Characteristics of individuals who fell while receiving home health services. *Physical Therapy, 84*(1), 23–32.

Tinetti, M. E., & Ginter, S. F. (1988). Identifying mobility dysfunction in elderly persons. *Journal of the American Medical Association*, 259, 1190–1193.

### Movilidad física, trastorno de la

Ainsworth, R., & Lewis, J. S. (2007). Exercise therapy for the conservative management of full thickness tears of the rotator cuff: A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 41(4), 200–210.

Appleton, B. (2004). The role of exercise training in patients with chronic heart failure. *British Journal of Nursing (BJN)*, 13(8), 452–456.

Arias, M., & Smith, L. N. (2007). Early mobilization of acute stroke patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 282–288.

Benton, M. J., & White, A. Osteoporosis: Recommendations for resistance exercise and supplementation with calcium and vitamin D to promote bone health. *Journal of Community Health Nursing*, 23(4), 201–211.

Bo, M., Fontana, M., Mantelli, M., & Molaschi, M. (2006). Positive effects of aerobic physical activity in institutionalized older subjects complaining of dyspnea. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 43(1), 139–145.

Brown, T. R., & Kraft, G. H. (2005). Exercise and rehabilitation for individuals with multiple sclerosis. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America*, 16(2), 513–555.

Capezuti, E. (2004). Minimizing the use of restrictive devices in dementia patients at risk for falling. *Nursing Clinics of North America*, 39(3), 625–647.

Conn, V. S., Isaramalai, S., Banks-Wallace, J., Ulbrich, S., & Cochran, J. (2002). Evidence-based interventions to increase physical activity among older adults. *Activities, Adaptation & Aging*, 27(2), 39–52.

Christian, B. J. (1982). Immobilization: Psychosocial aspects. In C. Norris (Ed.), *Concept clarification in nursing*. Rockville, MD: Aspen.

Dugdill, L., Graham, R. C., & McNair, F. (2005). Exercise referral: The public health panacea for physical activity promotion? A critical perspective of exercise referral schemes; their development and evaluation. *Ergonomics*, 48(11), 1390–1410.

Edwards, N., Danseco, E., Heslin, K., Ploeg, J., Santos, J., Stansfield, M., et al. (2006). Development and testing of tools to assess physical restraint use. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(2), 73–85.

Evangelista, L. S., Doering, L. V., Lennie, T., Moser, D. K., Hamilton, M. A., Fonarow, G. C., et al. (2006). Usefulness of a home-based exercise program for overweight and obese patients with advanced heart failure. *American Journal of Cardiology*, 97(6), 886–890.

Faulkner, G., & Biddle, S. (2002). Mental health nursing and the promotion of physical activity. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(6), 659–665.

Feskanich, D., Willett, W., & Colditz, G. (2002). Walking and leisure-time activity and risk of hip fracture in postmenopausal women. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 288(18), 2300.

Fries, J. M. (2005). Critical rehabilitation of the patient with spinal cord injury. *Critical Care Nursing Quarterly*, 28(2), 179–187.

Gallagher, R., Nevin, R., Mc Ilroy, D., Mitchell, F., Campbell, L., Ludwick, R., et al. (2002). The use of physical restraints as a safety measure in the care of older peo-

ple in four rehabilitation wards: Findings from an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 39(2), 147–156.

Gilbey, H. J., Ackland, T. R., Tapper, J., & Wang, A. W. (2003). Perioperative exercise improves function following total hip arthroplasty: A randomized controlled trial. *Journal of Musculoskeletal Research*, 7(2), 111–123.

Hayes, N. (2004). Prevention of falls among older patients in the hospital environment. *British Journal of Nursing (BJN)*, 13(15), 896–901.

Heinen, M. M., van Achterberg, T., Reimer, W. S., van den Kerkhof, Peter C. M., & de Laat, E. (2004). Venous leg ulcer patients: A review of the literature on lifestyle and pain-related interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 355–366.

Jette, D. U., Warren, R. L., & Wirtalla, C. (2005). Functional independence domains in patients receiving rehabilitation in skilled nursing facilities: Evaluation of psychometric properties. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 86(6), 1089.

Kehl-Prueett, W. (2006). Deep vein thrombosis in hospitalized patients: A review of evidence-based guidelines for prevention. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(2), 53–61.

Killey, B., & Watt, E. (2006). The effect of extra walking on the mobility, independence and exercise self-efficacy of elderly hospital in-patients: A pilot study. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 22(1), 120–133.

Mondoa, C. T. (2004). Literature review the implications of physical activity in patients with chronic heart failure. *Nursing in Critical Care*, 9(1), 13–20.

Nabkasorn, C., Miyai, N., Sootmongkol, A., Junprasert, S., Yamamoto, H., Arita, M., et al. (2006). Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. *European Journal of Public Health*, 16(2), 179–184.

Oliver, D., Connelly, J. B., Victor, C. R., Shaw, F. E., Whitehead, A., Genc, Y., et al. (2007). Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: Systematic review and meta-analyses. *BMJ: British Medical Journal*, 334(7584), 82–85.

Taggart, H. M., Arslanian, C. L., Bae, S., & Singh, K. (2003). Effects of T'ai chi exercise on fibromyalgia symptoms and health-related quality of life. *Orthopaedic Nursing*, 22(5), 353.

Unsworth, J., & Mode, A. (2003). Preventing falls in older people: Risk factors and primary prevention through physical activity. *British Journal of Community Nursing*, 8(5), 214–220.

Williams, A., & Jester, R. (2005). Delayed surgical fixation of fractured hips in older people: Impact on mortality. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 63–69.

## Náuseas

Allen, G. (2005). Evidence for practice. Preventing postoperative nausea and vomiting. *AORN Journal*, 82(2), 287.

Cope, D. (2003). Oncology patient evidence-based notes: Antiemetics for chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7(4), 461–462.

Davis, M. (2004). Nausea and vomiting of pregnancy: An evidence-based review. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 18(4), 312–328.

- Dunleavy, M., Wood, J., Eilers, J., & Miller, N. (2006). Is nausea and vomiting still a problem for high-dose therapy patients? Using evidence to guide our care. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 484–484.
- Fellowes, D., Barnes, K., & Wilkinson, S. (2006). Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. *Cochrane Library* (4).
- Henry, S. M. (2004). Discerning differences: Gastroesophageal reflux and gastroesophageal reflux disease in infants. *Advances in Neonatal Care*, 4(4), 235–247.
- Hickman, A. G., Bell, D. M., & Preston, J. C. (2005). Update for nurse anesthetists: Acupressure and postoperative nausea and vomiting. *AANA Journal*, 73(5), 379–385.
- Hooper, V. D., & Murphy, M. (2006). An introduction to the ASPAN evidence-based clinical practice guideline for the prevention and/or management of PONV/PDNI. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 21(4), 228–229.
- Kaiser, R. (2005). Antiemetic guidelines: Are they being used? *Lancet Oncology*, 6(8), 622–625.
- Klein, J., & Griffiths, P. (2004). Acupressure for nausea and vomiting in cancer patients receiving chemotherapy. *British Journal of Community Nursing*, 9(9), 383–388.
- Madsen, D., Sebolt, T., Cullen, L., Folkedahl, B., Mueller, T., Richardson, C., et al. (2005). Listening to bowel sounds: An evidence-based practice project. *American Journal of Nursing*, 105(12), 40–49.
- Miller, M., & Kearney, N. (2004). Chemotherapy-related nausea and vomiting—past reflections, present practice and future management. *European Journal of Cancer Care*, 13(1), 71–81.
- Ng, W. Q., & Neill, J. (2006). Evidence for early oral feeding of patients after elective open colorectal surgery: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 15(6), 696–709.
- Osterhoudt, K. C., Alpern, E. R., Durbin, D., Nadel, F., & Henretig, F. M. (2004). Activated charcoal administration in a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 20(8), 493–498.
- Rheingans, J. I. (2007). A systematic review of nonpharmacologic adjunctive therapies for symptom management in children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24(2), 81–94.
- Simon, A., Schildgen, O., Eis-Hübinger, A. M., Hasan, C., Bode, U., Buderus, S., et al. (2006). Norovirus outbreak in a pediatric oncology unit. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 41(6), 693–699.
- Snively, A. (2005). Challenging practice norms: Implementing evidence to manage CINV. *ONS News*, 20(8), 45–46.
- Steele, A., & Carlson, K. K. (2007). Nausea: Applying research to bedside practice. *AACN Advanced Critical Care*, 18(1), 61–75.
- Tipton, J. M., McDaniel, R. W., Barbour, L., Johnston, M. P., Kayne, M., LeRoy, P., et al. (2007). Putting evidence into practice: Evidence-based interventions to prevent, manage, and treat chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(1), 69–78.
- Walker, G. M., Neilson, A., Young, D., & Raine, P. A. M. (2006). Colour of bile vomiting in intestinal obstruction in the newborn: Questionnaire study. *BMJ: British Medical Journal*, 332(7554), 1363–1365.
- Wujcik, D., Noonan, K., & Schwartz, R. (2004). Effective interventions for CINV: NCCN antiemesis clinical practice guidelines in oncology... chemotherapy-induced

nausea and vomiting . . . national comprehensive cancer network. *ONS News*, 19(9), 17–18.

### Negación ineficaz

Carney, R., Fitzsimons, D., & Dempster, M. (2002). Why people experiencing acute myocardial infarction delay seeking medical assistance. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1(4), 237.

Gammon, J. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation coping and psychological constructs. *International Journal of Nursing Practice*, 4(2), 84–96.

Lazarus, R. (1985). The costs and benefits of denial. In A. Monat & R. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (2.<sup>a</sup> ed.). New York: Columbia.

Sandstrom, M. J., & Cramer, P. (2003). Defense mechanisms and psychological adjustment in childhood. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 487–495.

### Nutrición, disposición para mejorar la

Abrams, S. E., & Wells, M. E. (2005). Feeding better food habits in mid-20th-century America. *Public Health Nursing*, 22(6), 529–534.

Banning, M. (2005). The carcinogenic and protective effects of food. *British Journal of Nursing (BJN)*, 14(20), 1070–1074.

Berry, D., Sheehan, R., Heschel, R., Knafel, K., Melkus, G., & Grey, M. (2004). Family-based interventions for childhood obesity: A review. *Journal of Family Nursing*, 10(4), 429–449.

Blonde, L., Dempster, J., Gallivan, J. M., & Warren-Boulton, E. (2006). Reducing cardiovascular disease risk in patients with diabetes: A message from the national diabetes education program. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(11), 524–533.

Booth, J., Leadbetter, A., Francis, M., & Tolson, D. (2005). Implementing a best practice statement in nutrition for frail older people: Part 2. *Nursing Older People*, 17(1), 22–24.

DeMille, D., Deming, P., Lupinacci, P., & Jacobs, L. A. (2006). The effect of the neutropenic diet in the outpatient setting: A pilot study. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 337–343.

Goldberg, G. (2005). Maternal nutrition in pregnancy and the first postnatal year—1. Pre-pregnancy and pregnancy. *Journal of Family Health Care*, 15(4), 113.

Hunt, P., Strong, M., & Poulter, J. (2004). Evaluating a new food selection guide. *Nutrition Bulletin*, 29(1), 19–25.

Janssen, J. (2006). Fat simple—a nursing tool for client education. *Nursing Praxis in New Zealand*, 22(2), 21–32.

Laws, R. (2004). A new evidence-based model for weight management in primary care: The counterweight programme. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 17(3), 191–208.

Thompson, J. (2005). Breastfeeding: Benefits and implications. Part two. *Community Practitioner*, 78(6), 218–219.

Thompson, R. L., Summerbell, C. D., Hooper, L., Higgins, J., Little, P. S., Talbot, D., et al. (2006). Dietary advice given by a dietitian versus other health professional or self-help resources to reduce blood cholesterol. *Cochrane Library* (4).

### Nutrición: por defecto, alteración de la

- Azam, P. (2007). Managing under-nutrition in a nursing home setting. *Nursing Older People*, 19(3), 33–36.
- Benton, M. J., & White, A. Osteoporosis: Recommendations for resistance exercise and supplementation with calcium and vitamin D to promote bone health. *Journal of Community Health Nursing*, 23(4), 201–211.
- Booth, J., Leadbetter, A., Francis, M., & Tolson, D. (2005). Implementing a best practice statement in nutrition for frail older people: Part 1. *Nursing Older People*, 16(10), 26–28.
- Booth, J., Leadbetter, A., Francis, M., & Tolson, D. (2005). Implementing a best practice statement in nutrition for frail older people: Part 2. *Nursing Older People*, 17(1), 22–24.
- Breiner, S. (2003). Evidence-based practice in action. an evidence-based eating disorder program. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(1), 75–80.
- Brown, J. K. (2002). A systematic review of the evidence on symptom management of cancer-related anorexia and cachexia. *Oncology Nursing Forum*, 29(3), 517–530.
- Campbell, K. L., Ash, S., Bauer, J., & Davies, P. S. W. (2007). Critical review of nutrition assessment tools to measure malnutrition in chronic kidney disease. *Nutrition & Dietetics*, 64(1), 23–30.
- Carlsson, E., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2004). Stroke and eating difficulties: Long-term experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(7), 825–834.
- DiBartolo, M. C. (2006). Careful hand feeding: A reasonable alternative to PEG tube placement in individuals with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(5), 25–35.
- Dichter, J. R., Cohen, J., & Connolly, P. M. (2002). Research. Bulimia nervosa: Knowledge, awareness, and skill levels among advanced practice nurses. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(6), 269–275.
- Elia, M., Zellopour, L., & Stratton, R. J. (2005). To screen or not to screen for adult malnutrition? *Clinical Nutrition*, 24(6), 867–884.
- Fox, V. J., Miller, J., & McClung, M. (2004). Nutritional support in the critically injured. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 16(4), 559–569.
- Gee, C. (2006). Does alcohol stimulate appetite and energy intake? *British Journal of Community Nursing*, 11(7), 298–302.
- Green, S. M., & Watson, R. (2005). Nutritional screening and assessment tools for use by nurses: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), 69–83.
- Premji, S. S. (2005). Enteral feeding for high-risk neonates. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 19(1), 59–71.
- Premji, S. S., Paes, B., Jacobson, K., & Chessell, L. (2002). Evidence-based feeding guidelines for very low-birth-weight infants. *Advances in Neonatal Care*, 2(1), 5–18.
- Sabol, V. K. (2004). Nutrition assessment of the critically ill adult. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care*, 15(4), 595–606.
- Schettler, A. E., & Gustafson, E. M. (2004). Osteoporosis prevention starts in adolescence. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16(7), 274–282.
- Schneider, P. J. (2006). Nutrition support teams: An evidence-based practice. *Nutrition in Clinical Practice*, 21(1), 62–67.
- Simpson, K. J. (2002). Anorexia nervosa and culture. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(1), 65–71.

Spatz, D. L. (2006). State of the science: Use of human milk and breast-feeding for vulnerable infants. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(1), 51–55.

Stuart, W. P., Broome, M. E., Smith, B. A., & Weaver, M. (2005). An integrative review of interventions for adolescent weight loss. *Journal of School Nursing*, 21(2), 77–85.

Teufel-Shone, N. I. (2006). Promising strategies for obesity prevention and treatment within American Indian communities. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(3), 224–229.

Todorovic, V. (2004). Nutritional screening in the community: Developing strategies. *British Journal of Community Nursing*, 9(11), 464–470.

Todorovic, V. (2005). Evidence-based strategies for the use of oral nutritional supplements. *British Journal of Community Nursing*, 10(4), 158–164.

Westergren, A. (2006). Detection of eating difficulties after stroke: A systematic review. *International Nursing Review*, 53(2), 143–149.

Williams, T. A., & Leslie, G. D. (2004). A review of the nursing care of enteral feeding tubes in critically ill adults: Part I. *Intensive & Critical Care Nursing*, 20(6), 330–343.

Williams, T. A., & Leslie, G. D. (2005). A review of the nursing care of enteral feeding tubes in critically ill adults: Part II. *Intensive & Critical Care Nursing*, 21(1), 5–15.

### Nutrición: por exceso, alteración de la

Berry, D., Sheehan, R., Heschel, R., Knafelz, K., Melkus, G., & Grey, M. (2004). Family-based interventions for childhood obesity: A review. *Journal of Family Nursing*, 10(4), 429–449.

Budd, G. M., & Hayman, L. L. (2006). Childhood obesity: Determinants, prevention, and treatment. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(6), 437–441.

Budd, G. M., & Volpe, S. L. (2006). School-based obesity prevention: Research, challenges, and recommendations. *Journal of School Health*, 76(10), 485–495.

Cassidy, A. (2005). Diet and menopausal health. *Nursing Standard*, 19(29), 44–52.

Evangelista, L. S., Doering, L. V., Lennie, T., Moser, D. K., Hamilton, M. A., Fonarow, G. C., et al. (2006). Usefulness of a home-based exercise program for overweight and obese patients with advanced heart failure. *American Journal of Cardiology*, 97(6), 886–890.

Grabowski, D. C., Campbell, C. M., Ellis, J. E., & Morley, J. E. (2005). Obesity and mortality in elderly nursing home residents. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, 60A(9), 1184–1189.

Green, S. M., & Watson, R. (2005). Nutritional screening and assessment tools for use by nurses: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), 69–83.

Ingram, C., Courneya, K. S., & Kingston, D. (2006). The effects of exercise on body weight and composition in breast cancer survivors: An integrative systematic review. *Oncology Nursing Forum*, 33(5), 937–950.

Lang, A., & Froelicher, E. S. (2006). Management of overweight and obesity in adults: Behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(2), 102–114.

Moyer, V. A., Klein, J. D., Ockene, J. K., Teutsch, S. M., Johnson, M. S., & Allan, J. D. (2005). Screening for overweight in children and adolescents: Where is the evidence? A commentary by the childhood obesity working group of the US preventive services task force. *Pediatrics*, 116(1), 235–238.

Prevention and early treatment of overweight and obesity in young children: A critical review and appraisal of the evidence. (2007). *Pediatric Nursing*, 33(2), 149–127.

Rasmussen, K. M., & Kjolhede, C. L. (2004). Prepregnant overweight and obesity diminish the prolactin response to suckling in the first week postpartum. *Pediatrics*, 113(5), e465–71.

Vorona, R. D., Winn, M. P., Babineau, T. W., Eng, B. P., Feldman, H. R., & Ware, J. C. (2005). Overweight and obese patients in a primary care population report less sleep than patients with a normal body mass index. *Archives of Internal Medicine*, 165(1), 25–30.

Weinstein, P. K. (2006). A review of weight loss programs delivered via the internet. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(4), 251–260.

### Nutrición: por exceso, riesgo de alteración de la

Bindler, R. M., & Bruya, M. A. (2006). Evidence for identifying children at risk for being overweight, cardiovascular disease, and type 2 diabetes in primary care. *Journal of Pediatric Healthcare*, 20(2), 82–87.

Booth, D. A., Blair, A. J., Lewis, V. J., & Baek, S. H. (2004). Patterns of eating and movement that best maintain reduction in overweight. *Appetite*, 43(3), 277–283.

Pullen, C. H., Walker, S. N., Hageman, P. A., Boeckner, L. S., & Oberdorfer, M. K. (2005). Differences in eating and activity markers among normal weight, overweight, and obese rural women. *Women's Health Issues*, 15(5), 209–215.

Teufel-Shone, N. I. (2006). Promising strategies for obesity prevention and treatment within American Indian communities. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(3), 224–229.

### Parental, alteración

Bakewell-Sachs, C. (2002). Toward evidence-based practice. Effectiveness of a home intervention for perceived child behavioral problems and parenting stress in children with in utero drug exposure. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 27(2), 124.

Bensley, L., Wynkoop Simmons, K., Ruggles, D., Putvin, T., Harris, C., Allen, M., et al. (2004). Community responses and perceived barriers to responding to child maltreatment. *Journal of Community Health*, 29(2), 141–153.

Chao, C., Chen, S., Wang, C., Wu, Y., & Yeh, C. (2003). Psychosocial adjustment among pediatric cancer patients and their parents. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 57(1), 75–81.

Drummond, J., Fleming, D., McDonald, L., & Kysela, G. M. (2005). Randomized controlled trial of a family problem-solving intervention. *Clinical Nursing Research*, 14(1), 57–80.

Goodman, J. H. (2004). *Influences of maternal postpartum depression on fathers and the father-infant relationship*. (Boston College.)

Hazen, A. L., Connelly, C. D., Kelleher, K. J., Barth, R. P., & Landsverk, J. A. (2006). Female caregivers' experiences with intimate partner violence and behavior problems in children investigated as victims of maltreatment. *Pediatrics*, 117(1), 99–109.

Hodgkinson, R., & Lester, H. (2002). Stresses and coping strategies of mothers living with a child with cystic fibrosis: Implications for nursing professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 39(4), 377–383.

Humenick, S. S., & Howell, O. S. (2003). Perinatal experiences: The association of stress, childbearing, breastfeeding, and early mothering. *Journal of Perinatal Education, 12*(3), 16–41.

Kearney, J. A. (2004). Early reactions to frustration: Developmental trends in anger, individual response styles, and caregiving risk implications in infancy. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing, 17*(3), 105–112.

Scott, L. (2003). Vulnerability, need and significant harm: An analysis tool. *Community Practitioner, 76*(12), 468–473.

Swartz, M. K. (2005). Parenting preterm infants: A meta-synthesis. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing, 30*(2), 115–120.

Tucker, S., Klotzbach, L., Olsen, G., Voss, J., Huus, B., Olsen, R., *et al.* (2006). Lessons learned in translating research evidence on early intervention programs into clinical care. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing, 31*(5), 325–331.

Wade, J. (2006). “Crying alone with my child”: Parenting a school age child diagnosed with bipolar disorder. *Issues in Mental Health Nursing, 27*(8), 885–903.

Wright, M. O., Fopma-Loy, J., & Fischer, S. (2005). Multidimensional assessment of resilience in mothers who are child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect, 29*(10), 1173–1193.

### Parental, riesgo de alteración

Bakewell-Sachs, S., & Gennaro, S. (2004). Parenting the post-NICU premature infant. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing, 29*(6), 398–403.

Beeber, L. S., & Miles, M. S. (2003). Maternal mental health and parenting in poverty. *Annual Review of Nursing Research, 21*, 303–331.

Lamb, E. H. (2002). The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *Journal of Perinatal Education, 11*(2), 33–40.

Leonard, L. G. (2002). Prenatal behavior of multiples: Implications for families and nurses. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 31*(3), 248–255.

Leonard, L. G., & Denton, J. (2006). Preparation for parenting multiple birth children. *Early Human Development, 82*(6), 371–378.

### Patrón de sueño, alteración del

Alessi, C. A., Martin, J. L., & Webber, A. P. (2005). A multidimensional non-drug intervention reduced daytime sleep in nursing home residents with sleep problems. *Evidence-Based Medicine, 10*(6), 178.

Berger, A. M., Parker, K. P., Young-McCaughan, S., Mallory, G. A., Barsevick, A. M., Beck, S. L., *et al.* (2005). Sleep/wake disturbances in people with cancer and their caregivers: State of the science. *Oncology Nursing Forum, 32*(6), E98–126.

Clark, J., Cunningham, M., McMillan, S., Vena, C., & Parker, K. (2004). Sleep-wake disturbances in people with cancer part II: Evaluating the evidence for clinical decision making. *Oncology Nursing Forum, 31*(4), 747–768.

Conn, D. K., & Madan, R. (2006). Use of sleep-promoting medications in nursing home residents: Risks versus benefits. *Drugs & Aging, 23*(4), 271.

Haessler, E. J. (2004). Effectiveness of strategies to manage sleep in residents of aged care facilities. *JBIR Reports, 2*(4), 115–183.

Hinds, P. S., Hockenberry, M., Rai, S. N., Lijun Zhang, Razzouk, B. I., McCarthy, K., *et al.* (2007). Nocturnal awakenings, sleep environment interruptions, and fatigue in hospitalized children with cancer. *Oncology Nursing Forum, 34*(2), 393–402.

Hui-Ling Lai, & Good, M. (2006). Music improves sleep quality in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1), 134–144.

Koch, S., Haesler, E., Tiziani, A., & Wilson, J. (2006). Effectiveness of sleep management strategies for residents of aged care facilities: Findings of a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1267–1275.

Page, M. S., Berger, A. M., & Johnson, L. B. (2006). Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for sleep-wake disturbances. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(6), 753–676.

Perlis, M. L., Smith, L. J., Lyness, J. M., Matteson, S. R., Pigeon, W. R., Jungquist, C. R., *et al.* (2006). Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly. *Behavioral Sleep Medicine*, 4(2), 104–113.

Phillips, K. D., Mock, K. S., Bopp, C. M., Dudgeon, W. A., & Hand, G. A. (2006). Spiritual well-being, sleep disturbance, and mental and physical health status in HIV-infected individuals. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(2), 125–139.

Shin, C., Kim, J., Yi, H., Lee, H., Lee, J., & Shin, K. (2005). Relationship between trait-anger and sleep disturbances in middle-aged men and women. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(2), 183–189.

Wang, M., Wang, S., & Tsai, P. (2005). Cognitive behavioural therapy for primary insomnia: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 553–564.

### Patrón respiratorio ineficaz

Allison, R. D., Ray Lewis, A., Liedtke, R., Buchmeyer, N. D., & Frank, H. (2005). Early identification of hypovolemia using total body resistance measurements in long-term care facility residents. *Gender Medicine*, 2(1), 19–34.

Bianchi, R., Gigliotti, F., Romagnoli, I., Lanini, B., Castellani, C., Grazzini, M., *et al.* (2004). Chest wall kinematics and breathlessness during pursed-lip breathing in patients with COPD. *Chest*, 125(2), 459–465.

Gallagher, R., & Roberts, D. (2004). Systematic review of oxygen and airflow effect on relief of dyspnea at rest in patients with advanced disease of any cause. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 18(4), 3–15.

Goodridge, D. M. (2006). COPD as a life-limiting illness: Implications for advanced practice nurses. *Topics in Advanced Practice Nursing*, 6(4), 11p.

Jantarakupt, P., & Porock, D. (2005). Dyspnea management in lung cancer: Applying the evidence from chronic obstructive pulmonary disease. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 785–795.

Lewith, G. T., Prescott, P., & Davis, C. L. (2004). Can a standardized acupuncture technique palliate disabling breathlessness? *Chest*, 125(5), 1783–1790.

MacDonald, S., Yates, J., Lance, R., Giganti, N., & Chepurko, D. (2005). Are you asking the right admission questions when assessing dyspnea? *Heart & Lung*, 34(4), 260–269.

Oh, E. (2003). The effects of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic lung disease. *International Journal of Nursing Studies*, 40(8), 873.

Spector, N., Connolly, M. A., & Carlson, K. K. (2007). Dyspnea: Applying research to bedside practice. *AACN Advanced Critical Care*, 18(1), 45–60.

Tinker, R., & While, A. (2006). Promoting quality of life for patients with moderate to severe COPD. *British Journal of Community Nursing*, 11(7), 278.

### Patrones de sexualidad, alteración de los

Alteneder, R. & Hartzek, D. (1999). Addressing couples' sexuality concerns during the childbearing period: Use of the PLISSIT model. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 26(6), 651–658.

Banning, M. (2007). Advanced breast cancer: Aetiology, treatment and psychosocial features. *British Journal of Nursing (BJN)*, 16(2), 86–90.

Barton, D., Wilwerding, M., Carpenter, L., & Loprinzi, C. (2004). Libido as part of sexuality in female cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 31(3), 599–607.

Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2006). Sexuality: The challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 345–351.

Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2006). Sexuality: The challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 345–351.

Lever, K. A. (2005). Emergency contraception: Nurses can empower women. *AWHONN Lifelines*, 9(3), 218–227.

Magnan, M. A., Reynolds, K. E., & Galvin, E. A. (2005). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *MEDSURG Nursing*, 14(5), 282–289.

McAndrew, S., & Warne, T. (2004). Ignoring the evidence dictating the practice: Sexual orientation, suicidality and the dichotomy of the mental health nurse. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11(4), 428–434.

Miers, M. (2002). Developing an understanding of gender sensitive care: Exploring concepts and knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 69–77.

### Perfusión tisular (periférica), alteración de la

Byrne, B. (2002). Deep vein thrombosis prophylaxis. *Journal of Vascular Nursing*, 20(2), 53–59.

Clifton-Koeppel, R. (2006). Wound care after peripheral intravenous extravasation: What is the evidence? *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 6(4), 202–212.

Davies, C. E., Turton, G., Woolfrey, G., Elley, R., & Taylor, M. (2005). Exploring debridement options for chronic venous leg ulcers. *British Journal of Nursing (BJN)*, 14(7), 393–397.

Delmas, L. (2006). Best practice in the assessment and management of diabetic foot ulcers. *Rehabilitation Nursing*, 31(6), 228–234.

Evans, J., & Chance, T. (2005). Improving patient outcomes using a diabetic foot assessment tool. *Nursing Standard*, 19(45), 65.

Gorski, L. A. (2007). Venous thromboembolism: A common and preventable condition: Implications for the home care nurse. *Home Healthcare Nurse*, 25(2), 94–100.

Harrison, M. B., Graham, I. D., Lorimer, K., Friedberg, E., Pierscianowski, T., & Brandys, T. (2005). Leg-ulcer care in the community, before and after implementation of an evidence-based service. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 172(11), 1447–1452.

Harvey, D. (2006). New, improved kerraboot: A tool for leg ulcer healing. *British Journal of Community Nursing*, 11(6), S26–S30.

Heinen, M. M., van Achterberg, T., Reimer, W. S. O., van den Kerkhof Peter C. M., & de Laat, E. (2004). Venous leg ulcer patients: A review of the literature on lifestyle and pain-related interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 355–366.

Ma, K. K., Chan, M. F., & Pang, S. M. C. (2006). The effectiveness of using a lipido-colloid dressing for patients with traumatic digital wounds. *Clinical Nursing Research, 15*(2), 119–134.

McQuestion, M. (2006). Evidence-based skin care management in radiation therapy. *Seminars in Oncology Nursing, 22*(3), 163–173.

Nehler, M. R., McDermott, M. M., Treat-Jacobson, D., Chetter, I., & Regensteiner, J. G. (2003). Functional outcomes and quality of life in peripheral arterial disease: Current status. *Vascular Medicine, 8*(2), 115.

Shrubb, D., & Mason, W. (2006). The management of deep vein thrombosis in lymphoedema: A review. *British Journal of Community Nursing, 11*(7), 292–297.

Tyler, P., Hollinworth, H., & Osborne, R. (2005). The wearing of compression hosiery for leg problems other than leg ulcers. *British Journal of Nursing (BJN), 14*(11), S21–S27.

Velmahos, G. (2006). Posttraumatic thromboprophylaxis revisited: An argument against the current methods of DVT and PE prophylaxis after injury. *World Journal of Surgery, 30*(4), 483–487.

### **Pefusión tisular (renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal), alteración de la**

Abay, M. C., Delos Reyes, J., Everts, K., & Wisser, J. (2007). Current literature questions the routine use of low-dose dopamine. *AANA Journal, 75*(1), 57–63.

Albert, N. M., Eastwood, C. A., & Edwards, M. L. (2004). Evidence-based practice for acute decompensated heart failure. *Critical Care Nurse, 24*(6), 14.

Alverzo, J. P. (2006). A review of the literature on orientation as an indicator of level of consciousness. *Journal of Nursing Scholarship, 38*(2), 159–164.

Aylott, M. (2006). Observing the sick child: Part 2a: Respiratory assessment. *Paediatric Nursing, 18*(9), 38–44.

Bader, M. K. (2004). Changing team practice: Applying evidence-based brain injury guidelines to clinical practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 1*(4), 227–227.

Bay, E., & McLean, S. A. (2007). Mild traumatic brain injury: An update for advanced practice nurses. *Journal of Neuroscience Nursing, 39*(1), 43–51.

Booker, R. (2005). Best practice in the use of spirometry. *Nursing Standard, 19*(48), 49–54.

Bush, T. (2007). Use of cognitive assessment with Alzheimer's disease. *Nursing Times, 103*(2), 31–32.

Cornick, P. (2006). The use of extra-corporeal membrane oxygenation to support critically ill neonates and infants. *Infant, 2*(1), 25–28.

Essat, Z. (2005). Prone positioning in patients with acute respiratory distress syndrome. *Nursing Standard, 20*(9), 52–55.

Fan, J. (2004). Effect of backrest position on intracranial pressure and cerebral perfusion pressure in individuals with brain injury: A systematic review. *Journal of Neuroscience Nursing, 36*(5), 278–288.

Gallagher, R., & Roberts, D. (2004). Systematic review of oxygen and airflow effect on relief of dyspnea at rest in patients with advanced disease of any cause. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy, 18*(4), 3–15.

Gentilcore, D., Jones, K. L., O'Donovan, D. G., & Horowitz, M. (2006). Postprandial hypotension - novel insights into pathophysiology and therapeutic implications. *Current Vascular Pharmacology, 4*(2), 161–171.

Goldhill, D. R., Imhoff, M., McLean, B., & Waldmann, C. (2007). Rotational bed therapy to prevent and treat respiratory complications: A review and meta-analysis. *American Journal of Critical Care, 16*(1), 50–62.

Harrison, E., Burton, T., Steele, L., Nesbitt, R., Dell, V., Ravestein, A., *et al.* (2006). Care of the diabetic nephrology patient—reaching best practices. *CANNT Journal, 16*(3), 23–23.

Hart, A. M., Pepper, G. A., & Gonzales, R. (2006). Balancing acts: Deciding for or against antibiotics in acute respiratory infections. *Journal of Family Practice, 55*(4), 320–325.

Hughes, J. L., McCall, E., Alderdice, F., & Jenkins, J. (2006). More and earlier surfactant for preterm infants. *Archives of Disease in Childhood—Fetal & Neonatal Edition, 91*(2), F125–F126.

Jarvis, H. (2006). Respiratory infection. exploring the evidence base of the use of non-invasive ventilation. *British Journal of Nursing (BJN), 15*(14), 756–759.

Jia-Ching Chen, & Shaw, F. (2006). Recent progress in physical therapy of the upper-limb rehabilitation after stroke. *Journal of Cardiovascular Nursing, 21*(6), 469–473.

March, K. (2005). Intracranial pressure monitoring: Why monitor? *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care, 16*(4), 456–475.

Marcoux, K. K. (2005). Management of increased intracranial pressure in the critically ill child with an acute neurological injury. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care, 16*(2), 212.

Marklew, A. (2006). Body positioning and its effect on oxygenation—a literature review. *Nursing in critical care, 11*(1), 16–22.

Mathiesen, C., Tavianini, H. D., & Palladino, K. (2006). Best practices in stroke rapid response: A case study. *MEDSURG Nursing, 15*(6), 364–369.

Murtagh, F. E., Hall, J. M., Donohoe, P., & Higginson, I. J. (2006). Symptom management in patients with established renal failure managed without dialysis. *EDTNA/ERCA Journal of Renal Care, 32*(2), 93–98.

Rebmann, T. (2005). Severe acute respiratory syndrome: Implications for perinatal and neonatal nurses. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 19*(4), 332–347.

Routhieaux, J., Sarcone, S., & Stegenga, K. (2005). Neurocognitive sequelae of sickle cell disease: Current issues and future directions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 22*(3), 160–167.

Schwoebel, A. (2006). Neonatal hyperbilirubinemia. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 20*(1), 103–107.

Sumnall, R. (2007). Fluid management and diuretic therapy in acute renal failure. *Nursing in Critical Care, 12*(1), 27–33.

Wojner, A. W., El-Mitwalli, A., & Alexandrov, A. V. (2002). Effect of head positioning on intracranial blood flow velocities in acute ischemic stroke: A pilot study. *Critical Care Nursing Quarterly, 24*(4), 57–66.

Zeitler, M. B. (2005). Inducing hypothermia to decrease neurological deficit: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 52*(2), 189–199.

### Procesos de pensamiento, alteración de los

Duncan, E. A. S., Nicol, M. M., Ager, A., & Dalglish, L. (2006). A systematic review of structured group interventions with mentally disordered offenders. *Criminal Behaviour & Mental Health, 16*(4), 217–241.

Fernandez, R. S., Evans, V., Griffiths, R. D., & Mostacchi, M. S. (2006). Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication: A review of the evidence. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(1), 70–80.

Freshwater, D., & Westwood, T. (2006). *Risk, detention and evidence: Humanizing mental health reform*. Boston: Blackwell.

Kendall, C. S. (2004). Treatment of mental illness and comorbid substance abuse: Concepts for evidence-based practice. *Journal of Addictions Nursing*, 15(4), 183–186.

Koller, J. R., & Bertel, J. M. (2006). Responding to today's mental health needs of children, families and schools: Revisiting the preservice training and preparation of school-based personnel. *Education & Treatment of Children*, 29(2), 197–217.

Manley, D. (2005). Dual diagnosis: Co-existence of drug, alcohol and mental health problems. *British Journal of Nursing (BJN)*, 14(2), 100–106.

Miller, E. A., & Rosenheck, R. A. (2006). Risk of nursing home admission in association with mental illness nationally in the department of veterans affairs. *Medical Care*, 44(4), 343–351.

Sharrock, J., & Happell, B. (2006). Competence in providing mental health care: A grounded theory analysis of nurses' experiences. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 9–15.

Simons, L., Lathlean, J., & Kendrick, T. (2006). Community mental health nurses' views of their role in the treatment of people with common mental disorders. *Primary Care Mental Health*, 4(2), 121–129.

Wai Tong Chien, Chan, S., Morrissey, J., & Thompson, D. (2005). Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 595–608.

### Procesos familiares, alteración de los

Clark, J., & Gwin, R. (2001). Psychological responses of the family. In S. Groenwald, M. Frogge, M. Goodman, & C. Yarbo (Eds.). *Cancer nursing: Principles and practice* (3.<sup>a</sup> ed.). Boston: Jones and Bartlett.

Davidson, K. M. (2003). Evidence-based protocol: Family bereavement support before and after death of a nursing home resident. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(1), 10–18.

Hudson, P. L., Kristjanson, L. J., Ashby, M., Kelly, B., Schofield, P., Hudson, R., et al. (2006). Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: A systematic review. *Palliative Medicine*, 20(7), 693–701.

Hughes, F., Bryan, K., & Robbins, I. (2005). Relatives' experiences of critical care. *Nursing in Critical Care*, 10(1), 23–30.

Reiss, J. G., Gibson, R. W., & Walker, L. R. (2005). Health care transition: Youth, family, and provider perspectives. *Pediatrics*, 115(1), 112–120.

Wilson, D., McBride-Henry, K., & Huntington, A. (2005). Family violence: Walking the tight rope between maternal alienation and child safety. In P. Darbyshire & D. Jackson (Eds.), *Advances in contemporary child and family health care* (pp. 85–96). Palo Alto, CA: eContent Management Phy Ltd.

### Procesos familiares, disposición para mejorar los

Duvall, E. M. (1977). *Marriage and family development* (5.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.

Lewis, M., & Noyes, J. (2007). Discharge management for children with complex needs. *Paediatric nursing*, *19*(4), 26–30.

Nugent, K., Hughes, R., Ball, B., & Davis, K., (1992). A practice model for pediatric support groups. *Pediatric Nursing*, *18*(1), 11–16.

Sin, J., Moone, N., & Newell, J. (2007). Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis—implementing evidence-based practice on psycho-educational family intervention. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, *14*(3), 282–290.

While, A., Forbes, A., Ullman, R., Lewis, S., Mathes, L., & Griffiths, P. (2004). Good practices that address continuity during transition from child to adult care: Synthesis of the evidence. *Child: Care, Health & Development*, *30*(5), 439–452.

### Procesos familiares: alcoholismo, alteración de los

Boyle, A. R., & Davis, H. (2006). Early screening and assessment of alcohol and substance abuse in the elderly: Clinical implications. *Journal of Addictions Nursing*, *17*(2), 95–103.

Corte, C., & Farchaus Stein, K. (2007). Self-cognitions in antisocial alcohol dependence and recovery. *Western Journal of Nursing Research*, *29*(1), 80–99.

Crumpler, J., & Ross, A. (2005). Development of an alcohol withdrawal protocol. *Journal of Nursing Care Quality*, *20*(4), 297–301.

Kellett, S. K. (2000). Do women carry more emotional baggage? Gender difference in contact length to a community alcohol treatment alcohol treatment service. *Journal of Substance Use*, *5*(3), 211–217.

Lock, C. A., Kaner, E., Heather, N., Doughty, J., Crawshaw, A., McNamee, P., *et al.* (2006). Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: A cluster randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, *54*(4), 426–439.

### Protección, alteración de la

Adams, D., & Elliott, T. S. J. (2007). Skin antiseptics used prior to intravascular catheter insertion. *British Journal of Nursing (BJN)*, *16*(5), 278–280.

Altaf, S., Oppenheimer, C., Shaw, R., Waugh, J., & Dixon-Woods, M. (2006). Practices and views on fetal heart monitoring: A structured observation and interview study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *113*(4), 409–418.

Altman, M. R., & Lydon-Rochelle, M. T. (2006). Prolonged second stage of labor and risk of adverse maternal and perinatal outcomes: A systematic review. *Birth: Issues in Perinatal Care*, *33*(4), 315–322.

Aragon, D., & Sole, M. L. (2006). Implementing best practice strategies to prevent infection in the ICU. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, *18*(4), 441–452.

Arrowsmith, V. A., Maunder, J. A., Sargent, R. J., & Taylor, R. (2006). Removal of nail polish and finger rings to prevent surgical infection. *Cochrane Library* (4).

Belkin, N. L. (2006). Opinion. Masks, barriers, laundering, and gloving: Where is the evidence? *AORN Journal*, *84*(4), 655.

Britto, M. T., Pandzik, G. M., Meeks, C. S., & Kotagal, U. R. (2006). Performance improvement. Combining evidence and diffusion of innovation theory to enhance influenza immunization. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, *32*(8), 426–432.

Coia, J. E., Duckworth, G. J., Edwards, D. I., Farrington, M., Fry, C., Humphreys, H., *et al.* (2006). Guidelines for the control and prevention of meticillin-resistant

staphylococcus aureus (MRSA) in healthcare facilities. *Journal of Hospital Infection*, 63, S1–44.

Cutter, J., & Gammon, J. (2007). Review of standard precautions and sharps management in the community. *British Journal of Community Nursing*, 12(2), 54–60.

Jones, C. A. (2006). Central venous catheter infection in adults in acute hospital settings. *British Journal of Nursing (BJN)*, 15(7), 362–368.

Keller, S., Daley, K., Hyde, J., Greif, R. S., & Church, D. R. (2005). Hepatitis C prevention with nurses. *Nursing & Health Sciences*, 7(2), 99–106.

Kennedy, R. D., & Cullamar, K. (2006). Immunizations for older adults. *Annals of Long Term Care*, 14(12), 19–20.

Nirenberg, A., Bush, A. P., Davis, A., Friese, C. R., Gillespie, T. W., & Rice, R. D. (2006). Neutropenia: State of the knowledge part I. *Oncology Nursing Forum*, 33(6), 1193–1201.

Nirenberg, A., Bush, A. P., Davis, A., Friese, C. R., Gillespie, T. W., & Rice, R. D. (2006). Neutropenia: State of the knowledge part II. *Oncology Nursing Forum*, 33(6), 1202–1208.

O’Keefe-McCarthy, S. (2006). Evidence-based nursing strategies to prevent ventilator-acquired pneumonia. *Dynamics*, 17(1), 8–11.

Parer, J. T., King, T., Flanders, S., Fox, M., & Kilpatrick, S. J. (2006). Fetal acidemia and electronic fetal heart rate patterns: Is there evidence of an association? *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 19(5), 289–294.

Priddy, K. D. (2004). Is there logic behind fetal monitoring? *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(5), 550–553.

Purssell, E. (2004). Exploring the evidence surrounding the debate on MMR and autism. *British Journal of Nursing (BJN)*, 13(14), 834–838.

Reading, R. (2006). Impact of adverse publicity on MMR vaccine uptake: A population based analysis of vaccine uptake records for one million children, born 1987–2004. *Child: Care, Health & Development*, 32(5), 608–609.

Thomas, R. E., Jefferson, T. O., Demicheli, V., & Rivetti, D. (2006). Influenza vaccination for health-care workers who work with elderly people in institutions: A systematic review. *Lancet Infectious Diseases*, 6(5), 273–279.

Webster, J., & Pritchard, M. A. (2006). Gowning by attendants and visitors in newborn nurseries for prevention of neonatal morbidity and mortality. *Cochrane Library* (4).

### Recuperación quirúrgica, retraso en la

Allen, G. (2006). Evidence for practice. transfusion and postoperative infection risk. *AORN Journal*, 83(5), 1137–1138.

Aragon, D., Ring, C. A., & Covelli, M. (2003). The influence of diabetes mellitus on postoperative infections. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 15(1), 125–135.

Bastable, A., & Rushforth, H. (2005). Parents’ management of their child’s postoperative pain. *Paediatric Nursing*, 17(10), 14–17.

Fanning, M. F. (2004). Reducing postoperative pulmonary complications in cardiac surgery patients with the use of the best evidence. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(2), 95–99.

Golembiewski, J. A., & O’Brien, D. (2002). A systematic approach to the management of postoperative nausea and vomiting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 17(6), 364–376.

Haycock, C., Laser, C., Keuth, J., Montefour, K., Wilson, M., Austin, K., *et al.* (2005). Implementing evidence-based practice findings to decrease postoperative sternal wound infections following open heart surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(5), 299–305.

Hickman, A. G., Bell, D. M., & Preston, J. C. (2005). Acupressure and postoperative nausea and vomiting. *AANA Journal*, 73(5), 379–385.

Mertin, S., Sawatzky, J. V., Jones, W. L., & Lee, T. (2007). Roadblock to recovery: The surgical stress response. *Dynamics*, 18(1), 14–22.

Moran, W. P., Chen, G. J., Watters, C., Poehling, G., & Millman, F. (2006). Using a collaborative approach to reduce postoperative complications for hip-fracture patients: A three-year follow-up. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 32(1), 16–23.

Parkman, S. E., & Woods, S. L. (2005). Infants who have undergone cardiac surgery: What can we learn about lengths of stay in the hospital and presence of complications? *Journal of Pediatric Nursing*, 20(6), 430–440.

Seers, K., Crichton, N., Carroll, D., Richards, S., & Saunders, T. (2004). Evidence-based postoperative pain management in nursing: Is a randomized-controlled trial the most appropriate design? *Journal of Nursing Management*, 12(3), 183–193.

Whitney, J. D. (2003). Supplemental perioperative oxygen and fluids to improve surgical wound outcomes: Translating evidence into practice. *Wound Repair & Regeneration*, 11(6), 462.

Zalon, M. (2004). Correlates of recovery among older adults after major abdominal surgery. *Nursing Research*, 53, 99–106.

### Régimen terapéutico de la comunidad, manejo ineficaz del

Adamsen, L. (2002). 'From victim to agent': The clinical and social significance of self-help group participation for people with life-threatening diseases. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), 224–231.

Adamsen, L., & Rasmussen, J. M. (2003). Exploring and encouraging through social interaction: A qualitative study of nurses' participation in self-help groups for cancer patients. *Cancer Nursing*, 26(1), 28–36.

Aveyard, P., Lawrence, T., Croghan, E., Evans, O., & Cheng, K. K. (2005). Is advice to stop smoking from a midwife stressful for pregnant women who smoke? Data from a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 40(5), 575–582.

Briggs, J. (2006). Nurse-led cardiac clinics for adults with coronary heart disease. [cover story]. *Nursing Standard*, 20(28), 46–50.

Cimprich, B., Janz, N. K., Northouse, L., Wren, P. A., Given, B., & Given, C. W. (2005). Taking CHARGE: A self-management program for women following breast cancer treatment. *Psycho-oncology*, 14(9), 704–717.

Kesteren, N. M. C. V., Kok, G., Hospers, H. J., Schippers, J., & Wildt, W. D. (2006). Systematic development of a self-help and motivational enhancement intervention to promote sexual health in HIV-positive men who have sex with men. *AIDS Patient Care & STDs*, 20(12), 858–875.

Lovell, K., Bee, P. E., Richards, D. A., & Kendal, S. (2006). Self-help for common mental health problems: Evaluating service provision in an urban primary care setting. *Primary Health Care Research & Development*, 7(3), 211–220.

Lovell, K., Cox, D., Garvey, R., Raines, D., Richards, D., Conroy, P., *et al.* (2003). Agoraphobia: Nurse therapist-facilitated self-help manual. *Journal of Advanced Nursing*, 43(6), 623–630.

Stevens, S., & Sin, J. (2005). Implementing a self-management model of relapse prevention for psychosis into routine clinical practice. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12(4), 495–501.

Van Kesteren, N., Kok, G., Hospers, H. J., Schippers, J., & De Wildt, W. (2006). Systematic development of a self-help and motivational enhancement intervention to promote sexual health in HIV-positive men who have sex with men. *AIDS Patient Care & STDs*, 20(12), 858–875.

Wai Tong Chien, Chan, S., Morrissey, J., & Thompson, D. (2005). Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 595–608.

Williams, A. M., & Young, J. (2004). Reasons for attending and not attending a support group for recipients of implantable cardioverter defibrillators and their carers. *International Journal of Nursing Practice*, 10(3), 127–133.

Wolfenden, L., Wiggers, J., Knight, J., Campbell, E., Spigelman, A., Kerridge, R., *et al.* (2005). Increasing smoking cessation care in a preoperative clinic: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 41(1), 284–290.

Wood, S. D., Kitchiner, N. J., & Bisson, J. I. (2005). Experience of implementing an adult educational approach to treating anxiety disorders. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12(1), 95–99.

### Régimen terapéutico familiar, manejo ineficaz del

McCann, E. (2001). Recent developments in psychosocial interventions for people with psychosis. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(1), 99–107.

Muhlbauer, S. A. (1999). *The experience of living with and caring for a family member with a mental illness: It always means something* (University of Nebraska - Lincoln).

Seymour, J. E. (2000). Negotiating natural death in intensive care. *Social Science & Medicine*, 51(8), 1241–1252.

Zimmerman, G., Olsen, C. & Bosworth, M. (2000). A “Stages of Change” approach to helping patients change behavior. *American Family Physicians*, 61(5), 1409–1416.

### Régimen terapéutico: personal, manejo eficaz del

Allender, J., & Spradley, B. (2005). *Community health nursing* (6.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Antai-Otong, D. (2003). Psychosocial rehabilitation. *Nursing Clinics of North America*, 38(1), 151–160.

Jerum, A., & Melnyk, B. M. (2001). Evidence-based practice. effectiveness of interventions to prevent obesity and obesity-related complications in children and adolescents. *Pediatric Nursing*, 27(6), 606–610.

Zimmerman, G., Olsen, C. & Bosworth, M. (2000). A “Stages of Change” approach to helping patients change behavior. *American Family Physicians*, 61(5), 1409–1416.

### Régimen terapéutico: personal, manejo ineficaz del

Edelman, C. L., & Mandle, C. L. (2001). *Health promotion throughout the lifespan* (5.<sup>a</sup> ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book.

- Grainger, R. (1990). Anxiety interrupters. *American Journal of Nursing*, *90*, 14–15.
- Kriegler, N., & Harton, M. (1991). Community health assessment tool: A patterned approach to data collection and diagnosis. *Journal of Community Health Nursing*, *9*, 229–234.
- Leske, J. (1993). Anxiety of elective surgical patients, family members. *AORN Journal*, *57*, 1091–1103.
- Zerwich, J. (1992). Laying the groundwork for family self-help: Locating families, building trust and building strength. *Public Health Nursing*, *9*(1), 15–21.

### Religiosidad, deterioro de la

- Burkhart, L., & Solari-Twadell, A. (2001). Spirituality and religiousness: Differentiating the diagnoses through a review of the nursing diagnosis. *Nursing Diagnosis* *12*(2), 44–54.
- Burkhart, M. A. (1994). Becoming and connecting: Elements of spirituality for women. *Holistic Nursing Practice*, *8*, 12–21.
- Corbett, K. (1998). Patterns of spirituality in persons with advanced HIV disease. *Research in Nursing and Health*, *21*(2), 143–153.
- Hinton, J. (1999). The progress of awareness and acceptance of dying assessed in cancer patients and their caring relatives. *Palliative Medicine*, *13*(1), 19–35.
- Quintero, C. (1993). Blood administration in pediatric Jehovah's Witness. *Pediatric Nursing*, *19*(1), 46–48.
- Wald, F. S., & Bailey, C. (1990). Nurturing the spiritual component in care for the terminally ill. *CARING Magazine*, *9*(11), 64–68.
- Wong, Y. J., Rew, L., & Slaikeu, K. D. (2006). A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, *27*(2), 161–183.

### Religiosidad, disposición para mejorar la

- Bearon, L., & Koenig, H. (1990). Religious cognitions and use of prayer in health and illness. *The Gerontologist*, *30*, 249–253.
- Burkhart, L., & Solari-Twadell, A. (2001). Spirituality and religiousness: Differentiating the diagnoses through a review of the nursing diagnosis. *Nursing Diagnosis*, *12*(2), 44–54.
- Burkhart, M. A. (1994). Becoming and connecting: Elements of spirituality for women. *Holistic Nursing Practice*, *8*, 12–21.
- Carson, V. B., & Green, H. (1992). Spiritual well-being: A predictor of hardiness in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Journal of Professional Nursing*, *8*, 209–220.
- Kendrick, K. D., & Robinson, S. (2000). Spirituality: Its relevance and purpose for clinical nursing in the new millennium. *Journal of Clinical Nursing*, *9*(5), 701–705.
- Stiles, M. K. (1990). The shining stranger: Nurse-family spiritual relationship. *Cancer Nursing*, *13*, 235–245.
- VanHeukelem, J. (1982). Assessing the spiritual needs of children and their families. In J. A. Shelley (Ed.). *The spiritual needs of children*. Downers Grove, IL: Intervarsity Press.
- Wald, F. S., & Bailey, C. (1990). Nurturing the spiritual component in care for the terminally ill. *CARING Magazine*, *9*(11), 64–68.

### Religiosidad, riesgo de deterioro de la

Corbett, K. (1998). Patterns of spirituality in persons with advanced HIV disease. *Research in Nursing and Health*, 21(2), 143–153.

Emblen, J. D., & Halstead, L. (1993). Spiritual needs and interventions: Comparing the views of patients, nurses and chaplains. *Clinical Nurse Specialist*, 7, 175–182.

Goggin, K., Murray, T. S., Malcarne, V. L., Brown, S. A., & Wallston, K. A. (2007). Do religious and control cognitions predict risky behavior? I. Development and validation of the alcohol-related God locus of control scale for adolescents (AGLOC-A). *Cognitive Therapy & Research*, 31(1), 111–122.

Hinton, J. (1999). The progress of awareness and acceptance of dying assessed in cancer patients and their caring relatives. *Palliative Medicine*, 13(1), 19–35.

Kendrick, K. D., & Robinson, S. (2000). Spirituality: Its relevance and purpose for clinical nursing in the new millennium. *Journal of Clinical Nursing*, 9(5), 701–705.

Taylor, E. J. (2000). Spiritual and ethical end-of-life concerns. In M. Goodman, C. H. Yarbo, & S. L. Groenwald (Eds.). *Cancer nursing: Principles and practice* (5.<sup>a</sup> ed.). Boston: Jones and Bartlett.

Wong, Y. J., Rew, L., & Slaikeu, K. D. (2006). A systematic review of recent research on adolescent Religiosity/spirituality and mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(2), 161–183.

### Respiración espontánea, dificultad para mantener la

Buckmaster, A. G., Arnolda, G. R., Wright, I. M., & Henderson-Smart, D. J. (2007). CPAP use in babies with respiratory distress in Australian special care nurseries. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 43(5), 376–382.

Burns, S. M. (2005). Mechanical ventilation of patients with acute respiratory distress syndrome and patients requiring weaning. *Critical Care Nurse*, 25(4), 14–24.

Carnevale, F. A., Troini, R., Rennick, J., Davis, M., & Alexander, E. (2005). To keep alive or let die: Parental experiences with ventilatory decisions for their critically ill children. *Pediatric Intensive Care Nursing*, 6(2), 12–15.

Cason, C. L., Tyner, T., Saunders, S., & Broome, L. (2007). Nurses' implementation of guidelines for ventilator-associated pneumonia from the centers for disease control and prevention. *American Journal of Critical Care*, 16(1), 28–38.

Chmielewski, C., & Snyder-Clickett, S. (2004). The use of laryngeal mask airway with mechanical positive pressure ventilation. *AANA Journal*, 72(5), 347–351.

Clifton-Koepfel, R. (2006). Endotracheal tube suctioning in the newborn: A review of the literature. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 6(2), 94–99.

Corff, K. E., & McCann, D. L. (2005). Room air resuscitation versus oxygen resuscitation in the delivery room. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 19(4), 379–390.

Crunden, E., Boyce, C., Woodman, H., & Bray, B. (2005). An evaluation of the impact of the ventilator care bundle. *Nursing in Critical Care*, 10(5), 242–246.

Feeley, K., & Gardner, A. (2006). Sedation and analgesia management for mechanically ventilated adults: Literature review, case study and recommendations for practice. *Australian Critical Care*, 19(2), 73–77.

Grap, M. J., & Munro, C. L. (2004). Preventing ventilator-associated pneumonia: Evidence-based care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 16(3), 349–358.

Greiner, J., & Greiner, J. A. (2004). Sedation management for the adult mechanically ventilated patient. *Evidence-Based Nursing*, 7(4), 101–102.

Gronkiewicz, C., & Borkgren-Okonek, M. (2004). Acute exacerbation of COPD: Nursing application of evidence-based guidelines. *Critical Care Nursing Quarterly*, 27(4), 336–352.

Hampton, D. C., Griffith, D., & Howard, A. (2005). Evidence-based clinical improvement for mechanically ventilated patients. *Rehabilitation Nursing*, 30(4), 160–165.

Johnson, P., St. John, W., & Moyle, W. (2006). Long-term mechanical ventilation in a critical care unit: Existing in an uneveryday world. *Journal of Advanced Nursing*, 53(5), 551–558.

Kumar, M., Kabra, N. S., & Paes, B. (2004). Role of carnitine supplementation in apnea of prematurity: A systematic review. *Journal of Perinatology*, 24(3), 158–163.

MacIntyre, N. R. (2004). Evidence-based ventilator weaning and discontinuation. *Respiratory Care*, 49(7), 830–836.

Munro, N. (2006). Weaning smokers from mechanical ventilation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 18(1), 21–28.

O’Keefe-McCarthy, S. (2006). Evidence-based nursing strategies to prevent ventilator-acquired pneumonia. *Dynamics*, 17(1), 8–11.

Pollock, T. R., & Franklin, C. (2004). Use of evidence-based practice in the neonatal intensive care unit. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 16(2), 243–248.

Powers, J. (2007). The five P’s spell positive outcomes for ARDS patients: Use these evidence-based interventions to avoid the dangers of ARDS, its complications, and its therapy. *American Nurse Today*, 2(3), 34–39.

Sarin-Gulian, A., Heliker, B., & Gawlinski, A. (2006). The effects of music twice daily on various outcomes in intensive care patients receiving mechanical ventilation: Improving umbilical venous catheter care by implementing an evidence-based practice guideline in the neonatal intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 15(3), 328–329.

### Retención urinaria

Donohue, D. R. (2004). Evidence-based literature review: Identification, assessment and management of the stroke patient with urinary retention. *Australian & New Zealand Continence Journal*, 10(3), 66–67.

Emr, K., & Ryan, R. (2004). Best practice for indwelling catheters in the home setting. *Home Healthcare Nurse*, 22(12), 820–830.

Griffiths, R., & Fernandez, R. (2006). Policies for the removal of short-term indwelling urethral catheters. *Cochrane Library* (4).

Newman, D. K., Gaines, T., & Snare, E. (2005). Innovation in bladder assessment: Use of technology in extended care. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(12), 33–43.

Ribby, K. J. (2006). Decreasing urinary tract infections through staff development, outcomes, and nursing process. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(3), 272–276.

Williamson, J. (2005). Continence. Management of postoperative urinary retention. *Nursing Times*, 101(29), 53–54.

### Rol, alteración en el desempeño del

Messias, D. K. H., Fore, E. M., McLoughlin, K., & Parra-Medina, D. (2005). Adult roles in community-based youth empowerment programs. *Family & Community Health, 28*(4), 320–337.

Frank, D. I., & Lang, A. R. (1990). Disturbances in sexual role performance of chronic alcoholics: An analysis using Roy's adaptation model. *Issues in Mental Health Nursing, 11*(3), 243–254.

### Rol parental, conflicto del

Clements, D., Copeland, L., & Loftus, M. (1990). Critical times for families with a chronically ill child. *Pediatric Nursing, 16*(2), 157–161.

Jay, S., & Youngblut, J. (1991). Parent stress associated with pediatric critical care nursing: Linking research and practice. *AACN Clinical Issues, 2*, 278–283.

Melnyk, B. (1991). Changes in parent-child relationships following divorce. *Pediatric Nursing, 17*, 337–340.

Melnyk, B., Feinstein, N., Moldenhouer, Z., & Small, L. (2001). Coping in parents of children who are chronically ill. *Pediatrics, 27*(6), 548–558.

Newton, M.S. (2000). Family-centered care: Current realities in parent participation. *Pediatric Nursing, 26*(2), 164–168.

Ogunsiji, O., & Wilkes, L. (2005). Managing family life while studying: Single mothers' lived experience of being students in a nursing program. In P. Darbyshire & D. Jackson (Eds.), *Advances in contemporary child and family health care* (pp. 108–123). Sydney, Australia: eContent Management Pty Ltd.

Smith, L. (1999). Family-centered decision-making: A model for parent participation. *Journal of Neonatal Nursing, 5*(6), 31–33.

### Rol parental, disposición para mejorar el

Alexander, D., Powell, G.M., Williams, P., White, M., & Conlon, M. (1988). Anxiety levels of rooming-in and non-rooming-in parents of young hospitalized children. *Maternal-Child Nursing Journal, 17*(2), 79–98.

Forde, H., Lane, H., McCloskey, D., McManus, V., & Tierney, E. (2004). Link family support—an evaluation of an in-home support service. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 11*(6), 698–704.

Franck, L. S., & Spencer, C. (2003). Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth: Issues in Perinatal Care, 30*(1), 31–35.

Horowitz, J. A., Logsdon, M. C., & Anderson, J. K. (2005). Measurement of maternal-infant interaction. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 11*(3), 164–172.

Klaus, M., & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. St. Louis, MO: Mosby.

Kendall, S., & Bloomfield, L. (2005). Developing and validating a tool to measure parenting self-efficacy. *Journal of Advanced Nursing, 51*(2), 174–181.

### Sedentarismo

Appleton, B. (2004). Cardiovascular nursing: The role of exercise training in patients with chronic heart failure. *British Journal of Nursing (BJN), 13*(8), 452–456.

Biuso, T. J., Butterworth, S., & Linden, A. (2007). A conceptual framework for targeting prediabetes with lifestyle, clinical, and behavioral management interventions. *Disease Management, 10*(1), 6–15.

Cobb, S. L., Brown, D. J., & Davis, L. L. (2006). Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(1), 31–39.

Jackson, C., Coe, A., Cheater, F. M., & Wroe, S. (2007). Specialist health visitor-led weight management intervention in primary care: Exploratory evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 58(1), 23–34.

Kehl-Pruett, W. (2006). Deep vein thrombosis in hospitalized patients: A review of evidence-based guidelines for prevention. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(2), 53–61.

Little, P., Dorward, M., Gralton, S., Hammerton, L., Pillinger, J., White, P., et al. (2004). A randomised controlled trial of three pragmatic approaches to initiate increased physical activity in sedentary patients with risk factors for cardiovascular disease. *British Journal of General Practice*, 54(500), 189–195.

Mooney, M., Fitzsimons, D., & Richardson, G. (2007). “No more couch-potato!” Patients’ experiences of a pre-operative programme of cardiac rehabilitation for those awaiting coronary artery bypass surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(1), 77–83.

Stull, V. B., Snyder, D. C., & Demark-Wahnefried, W. Lifestyle interventions in cancer survivors: Designing programs that meet the needs of this vulnerable and growing population. *Journal of Nutrition*, 137, 243S–248S.

Swenson, K. K., Henly, S. J., Shapiro, A. C., & Schroeder, L. M. (2005). Interventions to prevent loss of bone mineral density in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9(2), 177.

### Senso-perceptivas (especificar) (visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias), alteraciones

Aita, M., & Goulet, C. (2003). Assessment of neonatal nurses’ behaviors that prevent overstimulation in preterm infants. *Intensive & Critical Care Nursing*, 19(2), 109–118.

Ayello, E. A., Baranoski, S., & Salati, D. S. (2006). Best practices in wound care prevention and treatment. *Nursing Management*, 37(9), 42–48.

Burbridge, N., & Kiernan, S. (2005). Pressure ulcer benchmarking within a primary care setting. *British Journal of Nursing (BJN)*, 14(6), S22–S29.

Crowley, A. A., Bains, R. M., & Pellico, L. H. (2005). A model preschool vision and hearing screening program. *American Journal of Nursing*, 105(6), 52–55.

de Laat, E. H., Scholte op Reimer, Wilma J., & van Achterberg, T. (2005). Pressure ulcers: Diagnostics and interventions aimed at wound-related complaints: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 464–472.

Fries, J. M. (2005). Critical rehabilitation of the patient with spinal cord injury. *Critical Care Nursing Quarterly*, 28(2), 179–187.

Frykberg, R. G. (2005). A summary of guidelines for managing the diabetic foot. *Advances in Skin & Wound Care*, 18(4), 209.

Maklebust, J., Sieggreen, M. Y., Sidor, D., Gerlach, M. A., Bauer, C., & Anderson, C. (2005). Computer-based testing of the Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Ostomy Wound Management*, 51(4), 40.

Swanepoel, D., Hugo, R., & Louw, B. (2005). Implementing infant hearing screening at maternal and child health clinics: Context and interactional processes. *Health SA Gesondheid*, 10(4), 3–15.

Voytas, J. J., Kowalski, D., Wagner, S., Carlson, A. M., & Maddens, M. (2004). Eye care in the skilled nursing facility: A pilot study of prevalence and treatment patterns of glaucoma. *Journal of the American Medical Directors Association, 5*(3), 156–160.

Williams, D. (2005). Does irrigation of the ear to remove impacted wax improve hearing? *British Journal of Community Nursing, 10*(5), 228–232.

Zekert, S. (2007). The maze of care for low vision: Practitioner and patient. *Home Health Care Management & Practice, 19*(3), 184–195.

### Síndrome de desuso, riesgo de

Baumgarten, M., Margolis, D. J., Localio, A. R., Kagan, S. H., Lowe, R. A., Kinoshian, B., et al. (2006). Pressure ulcers among elderly patients early in the hospital stay. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences, 61A*(7), 749–754.

Carpenito-Moyet, L. J. (2006). *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Mackey, D. (2005). Support surfaces: Beds, mattresses, overlays—oh my! *Nursing Clinics of North America, 40*(2), 251–265.

McKinley, W. O., Jackson, A. B., Cardenas, D. D., & Devivo, M. J. (1999). Long-term medical complications after traumatic spinal cord injury. *Archives of Physical Medical Rehabilitation, 80*(11), 1402–1410.

Tyler, M. (1984). The respiratory effects of body positioning and immobilization. *Respiratory Care, 29*, 472–481.

Willock, J., & Maylor, M. (2004). Pressure ulcers in infants and children. *Nursing Standard, 18*(24), 56–62.

Zubek, J. P., & McNeil, M. (1967). Perceptual deprivation phenomena: Role of the recumbent position. *Journal of Abnormal Psychology, 72*, 147.

### Síndrome de estrés por traslado

Barnhouse, A. H., Brugler, C. J., & Harkulich, J. T. (1992). Relocation stress syndrome. *Nursing Diagnosis, 3*(4), 166–167.

Beard, H. (2005). Does intermediate care minimize relocation stress for patients leaving the ICU? *Nursing in Critical Care, 10*(6), 272–278.

Brugler, C., Titus, M., & Nypaver, J. (1993). Relocation stress syndrome: A patient and staff approach. *Journal of Nursing Administration, 23*(1), 45–50.

Cutler, L., & Garner, M. (1995). Reducing relocation stress after discharge from the intensive therapy unit. *Intensive and Critical Care Nursing, 11*(6), 333–335.

Grenenger, R. Relocation stress syndrome in rehabilitation transfers: A review of the literature. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association (JARNA), 6*(1), 8–13.

McDonald Gibbins, S. A., & Chapman, J. S. (1996). Holding on: Perceptions of premature infants' transfers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 25*(2), 147–153.

Smider, N. A., Essex, M. J., & Ryff, C. D. (1996). Adaptation to community relocation: The interactive influence of psychological resources and contextual factors. *Psychology of Aging, 11*(2), 362–372.

Vernberg, E. M. (1990). Experiences with peers following relocation during early adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry, 60*, 466–472.

Washburn, A. M. (2005). Relocation puts elderly nursing home residents at risk of stress, although the stress is short lived. *Evidence-Based Mental Health*, 8(2), 49.

### Síndrome de estrés por traslado, riesgo de

Armer, J. M. (1996). An exploration of factors influencing adjustment among relocating rural elders. *Image*, 28(1), 35–39.

Cutler, L., & Garner, M. (1995). Reducing relocation stress after discharge from the intensive therapy unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11(6), 333–335.

Gilmour, J. A. (2002). Dis/integrated care: Family caregivers and in-hospital respite care. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 546–553.

Kaisik, B. H. & Ceslowitz, S. B. (1996). Easing the fear of nursing home placements: The value of stress inoculation. *Geriatric Nursing*, 17(4), 182–186.

Miles, M. S. (1999). Parents who received transfer preparation had lower anxiety about their children's transfer from the pediatric intensive care unit to a general pediatric ward. *Applied Nursing Research*, 12(3), 114–120.

Paul, F., Hendry, C., & Cabrelli, L. (2004). Meeting patient and relatives' information needs upon transfer from an intensive care unit: The development and evaluation of an information booklet. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 396–405.

Puskar, K. R. (1986). The usefulness of Mahler's phases of the separation-individuation process in providing a theoretical framework for understanding relocation. *Maternal-Child Nursing Journal*, 15(1), 15–22.

Puskar, K. R., & Rohay, J. M. (1999). School relocation and stress in teens. *Journal of School Nursing*, 15(1), 16–22.

Raviv, A., Keinan, G., Abazoh, Y., & Raviv, A. (1990). Moving as a stressful life event for adolescents. *Journal of Community Psychology*, 18, 130–140.

Reed, J., Roskell Payton, V., & Bond, S. (1998). The importance of place for older people moving into care homes. *Social Science in Medicine*, 46(7), 859–867.

Smider, N. A., Essex, M. J., & Ryff, C. D. (1996). Adaptation to community relocation: The interactive influence of psychological resources and contextual factors. *Psychology of Aging*, 11(2), 362–372.

### Síndrome de muerte súbita del lactante, riesgo del

American Academy of Pediatrics. (2000). Task force on infant sleep position and Sudden Infant Death Syndrome: Changing concepts of Sudden Infant Death Syndrome; Implications for infants' sleeping environment and sleep position. *Pediatrics*, 105(3), 650–656.

Anderson, J.E. (2000). Co-sleeping: Can we ever put the issue to rest? *Contemporary Pediatrics*, 17(6), 98–102, 109–110, 113–114.

Aris, C., Stevens, T. P., LeMura, C., Lipke, B., McMullen, S., Côté-Arsenault, D., et al. (2006). NICU nurses' knowledge and discharge teaching related to infant sleep position and risk of SIDS. *Advances in Neonatal Care*, 6(5), 281–294.

Bredemeyer, S. L. (2004). Implementation of the SIDS guidelines in midwifery practice. *Australian Midwifery*, 17(4), 17–21.

Gurbutt, D., & Gurbutt, R. (2007). Risk reduction and sudden infant death syndrome. *Community Practitioner*, 80(1), 24–27.

Jeffery, H. E. (2004). SIDS guidelines and the importance of nurses as role models. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 7(1), 4–8.

Moos, M. (2006). The prevention chronicles. responding to the newest evidence about SIDS. *AWHONN Lifelines*, 10(2), 163–166.

Policy statement: Apnea, sudden infant death syndrome, and home monitoring. (2003). *Pediatrics*, 111(4), 914–917.

Young, J., & O'Rourke, P. (2003). Improving attitudes and practice relating to sudden infant death syndrome and reduce the risk messages: The effectiveness of an educational intervention in a group of nurses and midwives. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 6(2), 4–14.

### Síndrome postraumático

Bender, S. (1995). Crisis Intervention. In G. Stuart & S. Sundeen (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (5.<sup>a</sup> ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book.

Boscarino, J. A. (1995). Post-traumatic stress and associated disorders among Vietnam veterans: The significance of combat exposure and social support. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 317–335.

Green, B. (1990). Buffalo Creek survivors in the second decade: Stability of stress symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60(1), 43–54.

Green, B. L., & Lindy, J. D. (1994). Post-traumatic stress disorder in victims of disasters. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 301–309.

Lasiuk, G. C., & Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic stress disorder part I: Historical development of the concept. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 13–20.

Lasiuk, G. C., & Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic stress disorder part II: Development of the construct within the North American psychiatric taxonomy. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(2), 72–81.

Martsof, D. S., & Draucker, C. B. (2005). Psychotherapy approaches for adult survivors of childhood sexual abuse: An integrative review of outcomes research. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(8), 801–825.

Pfefferbaum, B., Gurwich, R. H., McDonald, N. B., et al. (2000). Post-traumatic stress among young children after the death of a friend or acquaintance in a terrorist bombing. *Psychiatric Services*, 51(3), 386–388.

Tanaka, K. (1991). Post-trauma response. In G. K. McFarland & M. D. Thomas (Eds.), *Psychiatric mental health nursing: Application of the nursing process*. Philadelphia: Lippincott.

### Síndrome postraumático, riesgo de

DiVasto, P. (1985). Measuring the aftermath of rape. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 23(2), 33–35.

Lasiuk, G. C., & Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic stress disorder part I: Historical development of the concept. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 13–20.

Lasiuk, G. C., & Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic stress disorder part II: Development of the construct within the North American psychiatric taxonomy. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(2), 72–81.

Martsof, D. S., & Draucker, C. B. (2005). Psychotherapy approaches for adult survivors of childhood sexual abuse: An integrative review of outcomes research. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(8), 801–825.

### Síndrome traumático de violación

Anderson, S., McClain, N., & Riviello, R. J. (2006). Genital findings of women after consensual and nonconsensual intercourse. *Journal of Forensic Nursing, 2*(2), 59–65.

Andrews, J. (1992). Sexual assault: After care instructions. *Journal of Emergency Nursing, 18*, 152.

Botello, S., King, D., & Ratner, E. (2003). The SANE approach to care of the adult sexual assault survivor. *Topics in Emergency Medicine, 25*(3), 199–228.

Brown, K., Streubert, G. E., & Burgess, A. W. (2004). Effectively detect and manage elder abuse. *Nurse Practitioner, 29*(8), 22.

Burgess, A. W., Brown, K., Bell, K., Ledray, L. E., & Poarch, J. C. (2005). Forensic nursing files. Sexual abuse of older adults: Assessing for signs of a serious crime—and reporting it. *American Journal of Nursing, 105*(10), 66–71.

Burgess, A. W., Dowdell, R. N., & Prentley, R. (2000). Sexual abuse of nursing home residents. *Journal of Psychosocial Nursing, 38*(6), 10–18.

Burgess, A. W., Hanrahan, N. P., & Baker, T. (2005). Forensic markers in elder female sexual abuse cases. *Clinics in Geriatric Medicine, 21*(2), 399–412.

Campbell, R., Patterson, D., & Lichty, L. F. (2005). The Effectiveness of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs: A review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma, Violence & Abuse, 6*(4), 313–329.

Du Mont, J., & Parnis, D. (2003). Forensic nursing in the context of sexual assault: Comparing the opinions and practices of nurse examiners and nurses. *Applied Nursing Research, 16*(3), 173–183.

Flowers, D. (2007). Clinical nurses forum. Providing forensic care “outside of the (evidence) box”: One nurse’s journey. *Journal of Emergency Nursing, 33*(1), 50–52.

Girardin, B. W. (2005). The sexual assault nurse examiner. *Topics in Emergency Medicine, 27*(2), 124–131.

Houmes, B. V., Fagan, M. M., & Quintana, N. M. (2003). Establishing a sexual assault nurse examiner (SANE) program in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine, 25*(1), 111.

Lasiuk, G. C., & Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic stress disorder part II: Development of the construct within the North American psychiatric taxonomy. *Perspectives in Psychiatric Care, 42*(2), 72–81.

Lopez-Bonasso, D., & Smith, T. (2006). Sexual assault kit tracking application (SAKiTA): Technology at work in West Virginia. *Journal of Forensic Nursing, 2*(2), 92–95.

Parnis, D., & Du Mont, J. (2002). Examining the standardized application of rape kits: An exploratory study of post-sexual assault professional practices. *Health Care for Women International, 23*(8), 846–853.

Schofield, S. (2006). Body of evidence. *Emergency Nurse, 13*(9), 9–11.

Sommers, M. S., Fisher, B. S., & Karjane, H. M. (2005). Using colposcopy in the rape exam: Health care, forensic, and criminal justice issues. *Journal of Forensic Nursing, 1*(1), 28.

Use these tips to collect evidence of sexual assault: Your evidence can make or break a conviction. (2003). *ED Nursing, 6*(3), 34–37.

### Síndrome traumático de violación: reacción compuesta

Burgess, A. W., Watt, M. E., Brown, K. M., & Petrozzi, D. (2006). Management of elder sexual abuse cases in critical care settings. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 18*(3), 313–319.

Campbell, R., Townsend, S. M., Long, S. M., Kinnison, K. E., Pulley, E. M., Adames, S. B., *et al.* (2006). Responding to sexual assault victims' medical and emotional needs: A national study of the services provided by SANE programs. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 384–398.

Charles, L. (2003). Acute care of the pediatric sexual assault patient. *Topics in Emergency Medicine*, 25(3), 229–232.

Foubert, J. D. (2000). The longitudinal effects of a rape prevention program on fraternity men's attitudes, behavioral intent and behavior. *Journal of American College Health*, 48(1), 158–163.

Vega, M. (2002). Physical and sexual abuse in the lives of HIV-positive women enrolled in a primary medicine health maintenance organization. *AIDS Patient Care & STDs*, 16(3), 121.

### Síndrome traumático de violación: reacción silente

Burgess, A. W., Dowdell, R. N., & Prentley, R. (2000). Sexual abuse of nursing home residents. *Journal of Psychosocial Nursing*, 38(6), 10–18.

Markowitz, J. R., Steer, S., & Garland, M. (2005). Hospital-based intervention for intimate partner violence victims: A forensic nursing model. *Journal of Emergency Nursing*, 31(2), 166.

Martin, S. L., Young, S. K., Billings, D. L., & Bross, C. C. (2007). Health care-based interventions for women who have experienced sexual violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(1), 3–18.

Smith-DiJulio, K. (1998). Evidence of maladaptive responses to crisis: Rape. In E. Varcarolis (Ed.). *Foundations of psychiatric-mental health nursing* (3.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Saunders.

Symes, L. (2000). Arriving at readiness to recover emotionally after sexual assault. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(1), 30–38.

### Soledad, riesgo de

Beebe, L. H. (2007). Beyond the prescription pad: Psychosocial treatments for individuals with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 45(3), 35.

Bergman-Evans, B. (2004). Beyond the basics: Effects of the eden alternative model on quality of life issues. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(6), 27–34.

Blomqvist, L., Pitkälä, K., & Routasalo, P. (2007). Images of loneliness: Using art as an educational method in professional training. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(2), 89–93.

Leiderman, P. H. (1969). Loneliness: A psychodynamic interpretation. In E. S. Scheidman & M. J. Ortega (Eds.), *Aspects of depression: International psychiatric clinics*. Boston: Little, Brown.

Lien-Gieschen, T. (1993). Validation of social isolation related to maturational age: Elderly. *Nursing Diagnosis*, 4(1), 37–44.

Mallinson, R. K. (1999). The lived experience of AIDS-related multiple losses by HIV-negative gay men. *Journal of Association of Nurses in AIDS Care*, 10(5), 22–31.

Maslow, A. H. (1968). *Towards a psychology of being* (2.<sup>a</sup> ed.). New York: Van Nostrand.

Ryan, M. C., & Patterson, J. (1987). Loneliness in the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 13(5), 6–12.

Warren, B. J. (1993). Explaining social isolation through concept analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7, 270–276.

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

### Sueño, privación del

Arne Fetveit, & Arvid Skjerve. (2003). Bright light treatment improves sleep in institutionalised elderly—an open trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6), 520.

Berger, A. M., Parker, K. P., Young-McCaughan, S., Mallory, G. A., Barsevick, A. M., Beck, S. L., et al. Sleep/Wake disturbances in people with cancer and their caregivers: State of the science. *Oncology Nursing Forum*, 32, 98–E126.

Berger, A. M., Sankaranarayanan, J., & Watanabe-Galloway, S. (2006). Current methodological approaches to the study of sleep disturbances and quality of life in adults with cancer: A systematic review. *PsychoOncology*, 16(5), 401–420.

Clark, J., Cunningham, M., McMillan, S., Vena, C., & Parker, K. (2004). Sleep-wake disturbances in people with cancer part II: Evaluating the evidence for clinical decision making. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 747–768.

Conn, D. K., & Madan, R. (2006). Use of sleep-promoting medications in nursing home residents: Risks versus benefits. *Drugs & Aging*, 23(4), 271.

Koch, S., Haesler, E., Tiziani, A., & Wilson, J. (2006). Effectiveness of sleep management strategies for residents of aged care facilities: Findings of a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1267–1275.

Page, M. S., Berger, A. M., & Johnson, L. B. (2006). Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for sleep-wake disturbances. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(6), 753–676.

Phillips, K. D., Mock, K. S., Bopp, C. M., Dudgeon, W. A., & Hand, G. A. (2006). Spiritual well-being, sleep disturbance, and mental and physical health status in HIV-infected individuals. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(2), 125–139.

Sateia, M. J., & Nowell, P. D. (2004). Insomnia. *Lancet*, 364(9449), 1959–1973.

Shin, C., Kim, J., Yi, H., Lee, H., Lee, J., & Shin, K. (2005). Relationship between trait-anger and sleep disturbances in middle-aged men and women. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(2), 183–189.

### Sueño, disposición para mejorar el

Alexander, I. M., & Moore, A. (2007). Treating vasomotor symptoms of menopause: The nurse practitioner's perspective. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(3), 152–163.

Conn, D. K., & Madan, R. (2006). Use of sleep-promoting medications in nursing home residents: Risks versus benefits. *Drugs & Aging*, 23(4), 271.

Hinds, P. S., Hockenberry, M., Rai, S. N., Lijun Zhang, Razzouk, B. I., McCarthy, K., et al. (2007). Nocturnal awakenings, sleep environment interruptions, and fatigue in hospitalized children with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), 393–402.

Landis, C. & Moe, K. (2004). Sleep and menopause. *Nursing Clinics of North America*, 39(1), 97–115.

Larkin, V., & Butler, M. (2000). The implications of rest and sleep following childbirth. *British Journal of Midwifery*, 8(7), 438–442.

Shochat, T., Martin, J., Marler, M., & Ancoli-Israel, S. (2000). Illumination levels in nursing home patients: Effects on sleep and activity rhythms. *Journal of Sleep Research, 9*(4), 373–379.

### Sufrimiento espiritual

Abraham, J. L., & Hansen-Flaschen, J. (2002). Hospice care for patients with advanced lung disease. *Chest, 121*(1), 220.

Aminoff, B. Z., & Adunsky, A. (2005). Dying dementia patients: Too much suffering, too little palliation. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 22*(5), 344–348.

Brayne, S., Farnham, C., & Fenwick, P. (2006). Deathbed phenomena and their effect on a palliative care team: A pilot study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 23*(1), 17–24.

Murdaugh, C., Moneyham, L., Jackson, K., Phillips, K., & Tavakoli, A. (2006). Predictors of quality of life in HIV-infected rural women: Psychometric test of the chronic illness quality of life ladder. *Quality of Life Research, 15*(5), 777–789.

O'Mahony, S., Goulet, J., Kornblith, A., Abbatiello, G., Clarke, B., Kless-Siegel, S., et al. (2005). Desire for hastened death, cancer pain and depression: Report of a longitudinal observational study. *Journal of Pain & Symptom Management, 29*(5), 446–457.

Phillips, K. D., Mock, K. S., Bopp, C. M., Dudgeon, W. A., & Hand, G. A. (2006). Spiritual well-being, sleep disturbance, and mental and physical health status in hiv-infected individuals. *Issues in Mental Health Nursing, 27*(2), 125–139.

### Sufrimiento espiritual, riesgo de

Adegbola, M. (2006). Spirituality and quality of life in chronic illness. *Journal of Theory Construction & Testing, 10*(2), 42–46.

Belcher, A., & Griffiths, M. (2005). The spiritual care perspectives and practices of hospice nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 7*(5), 271–279.

Finfgeld, D. L. (2002). Feminist spirituality and alcohol treatment. *Journal of Holistic Nursing, 20*(2), 113–132.

Gaskamp, C., Sutter, R., & Meraviglia, M. (2006). Evidence-based guideline: Promoting spirituality in the older adult. *Journal of Gerontological Nursing, 32*(11), 8–13.

Gibson, L. M., & Hendricks, C. S. (2006). Integrative review of spirituality in African American breast cancer survivors. *ABNF Journal, 17*(2), 67–72.

Kim, S. (2005). Mind and body in spiritual perspectives. *Nursing & Health Sciences, 7*(1), 77.

Lake, J. (2004). The integrative management of depressed mood. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal, 3*(3), 34–43.

Mahlungulu, S. N., & Uys, L. R. (2004). Spirituality in nursing: An analysis of the concept. *Curationis, 27*(2), 15–26.

McBrien, B. (2006). Spirituality. A concept analysis of spirituality. *British Journal of Nursing (BJN), 15*(1), 42–45.

Narayanasamy, A., Clissett, P., Parumal, L., Thompson, D., Annasamy, S., & Edge, R. (2004). Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of Advanced Nursing, 48*(1), 6–16.

Ramey, S. L. (2005). Assessment of health perception, spirituality and prevalence of cardiovascular disease risk factors within a private college cohort. *Pediatric Nursing, 31*(3), 222–231.

Taylor, E. J., & Mamier, I. (2005). Spiritual care nursing: What cancer patients and family caregivers want. *Journal of Advanced Nursing, 49*(3), 260–267.

Wong, Y. J., Rew, L., & Slaikeu, K. D. (2006). A systematic review of recent research on adolescent Religiosity/spirituality and mental health. *Issues in Mental Health Nursing, 27*(2), 161–183.

### Suicidio, riesgo de

Anderson, M., & Jenkins, R. (2006). The national suicide prevention strategy for England: The reality of a national strategy for the nursing profession. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 13*(6), 641–650.

Bennett, S., Daly, J., Kirkwood, J., McKain, C., & Swope, J. (2006). Establishing evidence-based standards of practice for suicidal patients in emergency medicine. *Topics in Emergency Medicine, 28*(2), 138–143.

Cleaver, K. (2007). Adolescent nursing. characteristics and trends of self-harming behaviour in young people. *British Journal of Nursing (BJN), 16*(3), 148–152.

Cutcliffe, J. R. (2003). Mental health nursing. Research endeavours into suicide: A need to shift the emphasis. *British Journal of Nursing (BJN), 12*(2), 92–99.

Cutcliffe, J. R., & Barker, P. (2004). The nurses' global assessment of suicide risk (NGASR): Developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 11*(4), 393–400.

Gary, F. A. (2005). Perspectives on suicide prevention among American Indian and Alaska native children and adolescents: A call for help. *Online Journal of Issues in Nursing, 10*(2), 170–211.

Gask, L., Dixon, C., Morriss, R., Appleby, L., & Green, G. (2006). Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing, 54*(6), 739–750.

Goth subculture linked to self-harm and suicide.(2006). *Nursing Standard, 20*(36), 20.

Holkup, P. A. (2003). Evidence-based protocol: Elderly suicide—secondary prevention. *Journal of Gerontological Nursing, 29*(6), 6–17.

Hudson, P. L., Schofield, P., Kelly, B., Hudson, R., Street, A., O'Connor, M., *et al.* (2006). Responding to desire to die statements from patients with advanced disease: Recommendations for health professionals. *Palliative Medicine, 20*(7), 703–710.

MacMillan, R. B. (2006). *The moral maze of assisted suicide*. Mark Allen.

McAndrew, S., & Warne, T. (2004). Ignoring the evidence dictating the practice: Sexual orientation, suicidality and the dichotomy of the mental health nurse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*(4), 428–434.

Park, H. S., Koo, H. Y., Schepp, K. G., & Jang, E. H. (2006). Predictors of suicidal ideation among high school students by gender in South Korea. *Journal of School Health, 76*(5), 181–188.

Pinikahana, J., Happell, B., & Keks, N. A. (2003). Suicide and schizophrenia: A review of literature for the decade (1990–1999) and implications for mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing, 24*(1), 27.

Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Childhood suicide: A major issue in pediatric health care. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28(1), 63–68.

Screening for suicide risk: Recommendation and rationale.(2005). *American Journal for Nurse Practitioners*, 9(3), 46.

Sullivan, A., Barron, C., Bezmen, J., Rivera, J., & Zapata-Vega, M. (2005). The safe treatment of the suicidal patient in an adult inpatient setting: A proactive preventive approach. *Psychiatric Quarterly*, 76(1), 67–83.

### Temor

Broome, M. E., Bates, T. A., Lillis, P. P., & McGahee, T. W. (1990). Children's medical fears, coping behaviors, and pain perceptions during a lumbar puncture. *Oncology Nursing Forum*, 17, 361–367.

Cesarone, D. (1991). Fear. In M. Maas, K. Buckwalter, & M. Hardy (Eds.). *Nursing diagnoses and interventions for the elderly*. Redwood City, CA: Addison-Wesley Nursing.

Nicastro, E., & Whetsell, M. V. (1999). Children's fears. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(6), 392–402.

Wade, J. (2006). "Crying alone with my child": parenting a school age child diagnosed with bipolar disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(8), 885–903.

### Temperatura corporal, riesgo de alteración de la

Bernthal, E. (1999). Inadvertent hypothermia prevention: The anaesthetic nurse's role. *British Journal of Nursing*, 8(1), 17–18, 20–25.

DeFabio, D. C. (2000). Fluid and nutrient maintenance before, during and after exercise. *Journal of Sports Chiropractic and Rehabilitation*, 14(2), 21–24, 42–43.

Fallis, W. (2002). Monitoring urinary bladder temperature in the intensive care unit: State of the science. *American Journal of Critical Care*, 11(1), 38–47.

Fisk, J., & Arcona, S. (2001). Comparing tympanic membrane and pulmonary artery catheter temperatures. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 20(2): 44–49.

Fulbrook, P. (1997). Core body temperature measurement: A comparison of axilla, tympanic membrane and pulmonary artery blood temperature. *Intensive & Critical Care Nursing*, 13(5): 266–272.

Giuliano, K. K., Giuliano, A. J., Scott, S. S., et al. (2000). Temperature measurement in critically ill adults: A comparison of tympanic and oral methods. *American Journal of Critical Care*, 9(4), 254–261.

Howell, R., Macrae, L., Sanjines, S., Burke, J., & DeStefano, P. (1992). Effects of two types of head coverings in the rewarming of patients after coronary artery bypass graft surgery. *Heart and Lung*, 21, 1–6.

Mahoney, C. B., & Odom, J. (1999). Maintaining intra-operative normothermia: A meta-analysis of outcomes with costs. *AANA Journal*, 67(2), 155–164.

Smith, L. (2004). Temperature measurement in critical care adults: A comparison of thermometry and measurement routes. *Biological Research for Nursing*, 6(2): 117–125.

### Termorregulación ineficaz

Ellis, J. (2005). Neonatal hypothermia. *Journal of Neonatal Nursing*, 11(2), 76–82.

Galligan, M. (2006). Proposed guidelines for skin-to-skin treatment of neonatal hypothermia. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 31(5), 298–306.

Henker, R., & Carlson, K. K. (2007). Fever: Applying research to bedside practice. *AACN Advanced Critical Care*, 18(1), 76–87.

Johnston, N. J., King, A. T., Protheroe, R., & Childs, C. (2006). Body temperature management after severe traumatic brain injury: Methods and protocols used in the United Kingdom and Ireland. *Resuscitation*, 70(2), 254–262.

McIlvoy, L. H. (2005). The effect of hypothermia and hyperthermia on acute brain injury. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care*, 16(4), 488–500.

Richmond, C. A. (2003). The role of arginine vasopressin in thermoregulation during fever. *Journal of Neuroscience Nursing*, 35(5), 281–286.

Thompson, H. J. (2005). Fever: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 51(5), 484–492.

Varda, K. E., & Behnke, R. S. (2000). The effect of timing of initial bath on newborn temperature. *JOGNN*, 29(1), 27–32.

Zeitzer, M. B. (2005). Inducing hypothermia to decrease neurological deficit: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 189–199.

### Toma de decisiones, conflicto en la

Arries, E. (2005). Virtue ethics: An approach to moral dilemmas in nursing. *Curationis*, 28(3), 64–72.

Cicirelli, V., & MacLean, A. P. (2000). Hastening death: A comparison of two end-of-life decisions. *Death Studies*, 24(3), 401–419.

Connor, A. M., Jacobsen, M. J., & Stacey, D. (2002). An evidence-based approach to managing women's decisional conflict. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(5), 570–581.

Hewitt, J. (2002). A critical review of the arguments debating the role of the nurse advocate. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 439–445.

Hiltunen, E. (1987). Decisional conflict: A phenomenological description from the points of view of the nurse and the client. In A.M. McLane (Ed.). *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the seventh conference*. St. Louis, MO: Mosby.

Kopala, B., & Burkhart, L. (2005). Ethical dilemma and moral distress: Proposed new NANDA diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 16, 3–13.

Lawn, S., & Condon, J. (2006). Psychiatric nurses' ethical stance on cigarette smoking by patients: Determinants and dilemmas in their role in supporting cessation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(2), 111–118.

O'Connor, A.M. (1995). Validation of a decisional conflict scale. *Medical Decision Making*, 15(1), 25–30.

### Toma de decisiones, disposición para mejorar la

Kettunen, T., Liimatainen, L., Villberg, J., & Perko, U. (2006). Developing empowering health counseling measurement: Preliminary results. *Patient Education & Counseling*, 64(1), 159–166.

O'Connor, A. M., Stacey, D., Entwistle, V., Llewellyn-Thomas, H., Rovner, D., Homes-Rovner, M., et al. (2005). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Library*, Vol 3, CD-ROM Computer file. London: BMJ Publishing Group.

Paterson, B. L., Russell, C., & Thorne, S. (2001). Critical analysis of everyday self-care decision making in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 335–341.

Raines, D. A. (1993). Values: A guiding force. *A WHONNS Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4, 531–533.

Saba, G. W., Wong, S. T., Schillinger, D., Fernandez, A., Somkin, C. P., Wilson, C. C., et al. (2006). Shared decision making and the experience of partnership in primary care. *Annals of Family Medicine*, 4(1), 54–62.

Sebern, M. (2005). Shared care, elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 170–179.

Tunis, S. R. (2005). Perspective: A clinical research strategy to support shared decision-making. *Health Affairs*, 24, 180–184.

Wiest, D. A. (2006). Application of a decision-making model in clinical practice. *Topics in Emergency Medicine*, 28(2), 149–151.

### Trasladarse desde la silla de ruedas, dificultad en la habilidad para

Brouwer, K., Nysseknabm, J., & Culham E. (2004). Physical function and health status among seniors with and without fear of falling. *Gerontology*, 50, 15–141.

Guthrie, P. F., Westphal, L., Dahlman, B., Berg, M., Behnam, K., & Ferrell, D. (2004). A patient lifting intervention for preventing the work-related injuries of nurses. *Work*, 22(2), 79–88.

Hignett, S. (2003). Intervention strategies to reduce musculoskeletal injuries associated with handling patients: A systematic review. *Occupational & Environmental Medicine*, 60(9), 8p.

Hignett, S., & Crumpton, E. (2005). Development of a patient handling assessment tool. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 12(4), 178–181.

Hignett, S., Crumpton, E., Ruzsala, S., Alexander, P., Fray, M., & Fletcher, B. (2003). Evidence-based patient handling: Systematic review. *Nursing Standard*, 17(33), 33–36.

Jolley, S. (2006). Manual handling. *Paediatric Nursing*, 18(7), 18–18.

Lewis, C.L., Moutoux, M., Slaughter, M., & Bailey, S.P. (2004). Characteristics of individuals who fell while receiving home health services. *Physical Therapy*, 84(1), 23–32.

Nathenson, P. (2004). Adapting OSHA ergonomic guidelines to the rehabilitation setting. *Rehabilitation Nursing*, 29(4), 127–130.

Nelson, A., & Baptiste, A. S. (2004). Evidence-based practices for safe patient handling and movement. *Online Journal of Issues in Nursing*, 9(3), 24p.

Nelson, A., & Baptiste, A. S. (2006). Evidence-based practices for safe patient handling and movement . . . reprinted with permission from the online journal of issues in nursing, September 2004, 9(3). *Orthopaedic Nursing*, 25(6), 366–379.

Nelson, A., & Baptiste, A. S. (2006). Update on evidence-based practices for safe patient handling and movement. *Orthopaedic Nursing*, 25(6), 367–368.

Nelson, A., Matz, M., Chen, F., Siddharthan, K., Lloyd, J., & Fragala, G. (2006). Development and evaluation of a multifaceted ergonomics program to prevent injuries associated with patient handling tasks. *International Journal of Nursing Studies*, 43(6), 717–733.

Pellatt, G. C. (2005). Safe handling. the safety and dignity of patients and nurses during patient handling. *British Journal of Nursing (BJN)*, 14(21), 1150–1156.

### Traumatismo, riesgo de

Albers, L. L., Sedler, K. D., Bedrick, E. J., Teaf, D., & Peralta, P. (2005). Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(5), 365–372.

Albers, L. L., Sedler, K. D., Bedrick, E. J., Teaf, D., & Peralta, P. (2006). Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 33(2), 94–100.

Baroni, S., & Richmond, T. S. (2006). Firearm violence in America: A growing health problem. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 18(3), 297–303.

Bond, A. E., Draeger, C., Mandelco, B., & Donnelly, M. (2003). Trauma. needs of family members of patients with severe traumatic brain injury: Implications for evidence-based practice. *Critical Care Nurse*, 23(4), 63–72.

Bower, F. L., McCullough, C. S., & Timmons, M. E. (2003). A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings: 2003 update. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 10, 29p.

Clifton-Koepfel, R. (2006). Endotracheal tube suctioning in the newborn: A review of the literature. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 6(2), 94–99.

Gustafsson, M., & Ahlström, G. (2004). Problems experienced during the first year of an acute traumatic hand injury—a prospective study. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), 986–995.

Jolley, J. (2007). Separation and psychological trauma: A paradox examined. *Paediatric Nursing*, 19(3), 22–25.

Kneafsey, R., & Gawthorpe, D. (2004). Head injury: Long-term consequences for patients and families and implications for nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 13(5), 601–608.

Metnitz, P. G. H., Reiter, A., Jordan, B., & Lang, T. (2004). More interventions do not necessarily improve outcome in critically ill patients. *Intensive Care Medicine*, 30(8), 1586–1593.

Parker, M. J., Gillespie, W. J., & Gillespie, L. D. (2006). Effectiveness of hip protectors for preventing hip fractures in elderly people: Systematic review. *BMJ: British Medical Journal*, 332(7541), 571–573.

Perks, D. H. (2005). Issues in pediatrics. transient spinal cord injuries in the young athlete. *Journal of Trauma Nursing*, 12(4), 127–133.

Thompson, H. J., & Bourbonniere, M. (2006). Traumatic injury in the older adult from head to toe. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 18(3), 419–431.

### Vagabundeo

Algase, D. L. (1999). Wandering in dementia. *Annual Review in Nursing Research*, 17(2), 185–217.

Algase, D. L., Beattie, E., Song, J., Milke, D., Duffield, C., & Cowan, B. (2004). Validation of the algase wandering scale (version 2) in a cross cultural sample. *Aging & Mental Health*, 8(2), 133–142.

Altus, D. E., Mathews, R. M., Xaverius, P. K., Engelman, K. K., & Nolan, B. D. (2000). Evaluation of an electronic monitoring system for people who wander. *American Journal of Alzheimer's Disease, 15*(2), 121–125.

Futrell, M., & Melillo, K. D. (2002). Evidence-based protocol: Wandering. *Journal of Gerontological Nursing, 28*(11), 14–22.

Meiner, S. E. (2000). Wandering problems need ongoing nursing planning: a case study. *Geriatric Nursing, 21*(2), 101–106.

Pack, R. (2000). The “ins and outs” of wandering. *Nursing Homes, 49*(8), 55–59.

Turner, S. (2005). Behavioural symptoms of dementia in residential settings: A selective review of non-pharmacological interventions. *Aging & Mental Health, 9*(2), 93–104.

### Vías aéreas, limpieza ineficaz de las

Alves Napoleão, A., & Campos de Carvalho, E. (2006). Ineffective airway clearance: Applicability of NIC priority interventions in a Brazilian pediatric intensive care unit. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications, 17*(1), 76.

Collard, H., Saint, S., Matthay, M. (2003). Prevention of ventilator-associated pneumonia: an evidence-based systemic review. *Annals of Internal Medicine, 138*(6): 494.

Drakulovic, M., Torres, A., Bauer, T., et al. (1999). Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: A randomized trial. *Lancet, 354*(9193): 1851.

Elkins, M. R., Jones, A., & van der Schans, C. (2006). Positive expiratory pressure physiotherapy for airway clearance in people with cystic fibrosis. *Cochrane Library, 4*.

Fifoot, S., Wilson, C., MacDonald, J., & Watter, P. (2005). Respiratory exacerbations in children with cystic fibrosis: Physiotherapy treatment outcomes. *Physiotherapy Theory & Practice, 21*(2), 103–111.

Marques, A., Bruton, A., & Barney, A. (2006). Clinically useful outcome measures for physiotherapy airway clearance techniques: A review. *Physical Therapy Reviews, 11*(4), 299–307.

McCool, F. D. (2006). Global physiology and pathophysiology of cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest, 129*, 48S–53S.

McCool, F. D., & Rosen, M. J. (2006). Nonpharmacologic airway clearance therapies: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest, 129*, 250S–259S.

Prasad, S. A., & Main, E. (2006). Routine airway clearance in asymptomatic infants and babies with cystic fibrosis in the UK: Obligatory or obsolete? *Physical Therapy Reviews, 11*(1), 11–20.

Pryor, J. A. (2006). Airway clearance in the spontaneously breathing adult—the evidence. *Physical Therapy Reviews, 11*(1), 5–10.

Smith-Sims, K. (2001). Hospital-acquired pneumonia. *American Journal of Nursing, 101*(1): 24AA.

### Violencia autodirigida, riesgo de

Barr, W., Leitner, M., & Thomas, J. (2005). Psychosocial assessment of patients who attend an accident and emergency department with self-harm. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 12*(2), 130–138.

Cutcliffe, J. R. (2003). Mental health nursing. research endeavours into suicide: A need to shift the emphasis. *British Journal of Nursing (BJN), 12*(2), 92–99.

Gask, L., Dixon, C., Morriss, R., Appleby, L., & Green, G. (2006). Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 739–750.

Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Childhood suicide: A major issue in pediatric health care. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28(1), 63–68.

Sullivan, A., Barron, C., Bezmen, J., Rivera, J., & Zapata-Vega, M. (2005). The safe treatment of the suicidal patient in an adult inpatient setting: A proactive preventive approach. *Psychiatric Quarterly*, 76(1), 67–83.

### Violencia dirigida a otros, riesgo de

Alexander, R. (1990). Incidence of impact trauma with cranial injuries ascribed to shaking. *American Journal of Diseases of Children*, 144, 724–726.

Anglin, D., & Sachs, C. (2003). Preventive care in the emergency department: Screening for domestic violence in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 10(10), 1118–1127.

Archer-Gift, C. (2003). Violence towards the caregiver: A growing crisis for professional nursing. *Michigan Nurse*, 76(1), 11–12.

Baroni, S., & Richmond, T. S. (2006). Firearm violence in America: A growing health problem. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 18(3), 297–303.

Bauer, B., & Hill, S. (1994). People who defend against anxiety through aggression towards others. In E. M. Varcarolis (Ed.), *Foundations of psychiatric-mental health nursing* (2.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Saunders.

Cowin, L., Davies, R., Estall, G., Berlin, T., Fitzgerald, M., & Hoot, S. (2003). De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(1), 64–73.

Johnson, M. E. (2004). Violence on inpatient psychiatric units: State of the science. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10(3), 113–121.

McGill, A. (2006). Evidence-based strategies to decrease psychiatric patient assaults. *Nursing Management*, 37(11), 41–44.

McKenna, B. (2002). Risk assessment of violence to others: Time for action. *Nursing Praxis in New Zealand*, 18(1), 36–43.

Nelson, H. W., & Cox, D. M. (2004). The causes and consequences of conflict and violence in nursing homes: Working toward a collaborative work culture. *Health Care Manager*, 23(1), 85–96.

Wilk, N. C. (2005). *The lived experience of adolescent dating violence: Walking between two worlds*. (State University of New York at Buffalo.)

Wilson, D., McBride-Henry, K., & Huntington, A. (2005). Family violence: Walking the tight rope between maternal alienation and child safety. In P. Darbyshire & D. Jackson (Eds.), *Advances in contemporary child and family health care* (pp. 85–96). Sydney, Australia: eContent Management Pty Ltd.

### Volumen de líquidos, déficit de

Allison, R. D., Ray Lewis, A., Liedtke, R., Buchmeyer, N. D., & Frank, H. (2005). Early identification of hypovolemia using total body resistance measurements in long-term care facility residents. *Gender Medicine*, 2(1), 19–34.

Gershon, J. (1990). Fluid volume deficit: Validating indicators. *Heart and Lung*, 19, 152–156.

Hodgkinson, B., Evans, D., & Wood, J. (2003). Maintaining oral hydration in older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 9(3), S19–S28.

Maughan, R., Leiper, J., & Shirreffs, S. (1997). Factors influencing the restoration of fluid and electrolyte balance after exercise in the heat. *British Journal of Sports Medicine*, 31(3), 175–182.

Maxwell, L. (2005). Purposful dehydration in a terminally ill cancer patient. *British Journal of Nursing (BJN)*, 14(21), 1117–1119.

Sansevero, A. (1997). Dehydration in the elderly: Strategies for prevention and management. *Nurse Practitioner: American Journal of Primary Health Care*, 22(4), 41–42, 51–52, 54–57.

### Volumen de líquidos, disposición para mejorar el equilibrio del

House, N. (1992). The hydration question: Hydration or dehydration for terminally ill patients. *Professional Nurse*, 8(1), 10–23.

Maughan, R., Leiper, J., & Shirreffs, S. (1997). Factors influencing the restoration of fluid and electrolyte balance after exercise in the heat. *British Journal of Sports Medicine*, 31(3), 175–182.

Parkash, R., & Burge, Fl. (1997). The family's perspective on issues of hydration in terminal care. *Journal of Palliative Care*, 13(4), 23–27.

Sansevero, A. (1997). Dehydration in the elderly: Strategies for prevention and management. *Nurse Practitioner: American Journal of Primary Health Care*, 22(4), 41–42, 51–52, 54–57.

Steiner, N., & Bruera, E. (1998). Methods of hydration in palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 14(2), 6–18.

### Volumen de líquidos, exceso de

Albert, N. M., Eastwood, C. A., & Edwards, M. L. (2004). Evidence-based practice for acute decompensated heart failure. *Critical Care Nurse*, 24(6), 14.

DiPasquale, L. R., & Lynett, K. (2003). The use of water immersion for treatment of massive labial edema during pregnancy. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 28(4), 242–245.

House, N. (1992). The hydration question: Hydration or dehydration for terminally ill patients. *Professional Nurse*, 8(1), 10–23.

Terry, M., O'Brien, S., & Derstein, M. (1998). Lower-extremity edema: Evaluation and diagnoses. *Wounds: A Compendium of Clinical Research and Practice*, 10(4), 118–124.

### Volumen de líquidos, riesgo de déficit de

Cook, N. F., Deeny, P., & Thompson, K. (2004). Management of fluid and hydration in patients with acute subarachnoid haemorrhage—an action research project. *Journal of Clinical Nursing*, 13(7), 835–849.

Hodgkinson, B., Evans, D., & Wood, J. (2003). Maintaining oral hydration in older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 9(3), S19–S28.

Maughan, R., Leiper, J., & Shirreffs, S. (1997). Factors influencing the restoration of fluid and electrolyte balance after exercise in the heat. *British Journal of Sports Medicine*, 31(3), 175–182.

Sansevero, A. (1997). Dehydration in the elderly: Strategies for prevention and management. *Nurse Practitioner: American Journal of Primary Health Care*, 22(4), 41–42, 51–52, 54–57.

Sumnall, R. (2007). Fluid management and diuretic therapy in acute renal failure. *Nursing in Critical Care*, 12(1), 27–33.

### Volumen de líquidos, riesgo de desequilibrio del

DeFabio, D. C. (2000). Fluid and nutrient maintenance before, during and after exercise. *Journal of Sports Chiropractic and Rehabilitation*, 14(2), 21–24, 42–43.

Gershan, J. (1990). Fluid volume deficit: Validating indicators. *Heart and Lung*, 19, 152–156.

House, N. (1992). The hydration question: Hydration or dehydration for terminally ill patients. *Professional Nurse*, 8(1), 10–23.

Maughan, R., Leiper, J., & Shirreffs, S. (1997). Factors influencing the restoration of fluid and electrolyte balance after exercise in the heat. *British Journal of Sports Medicine*, 31(3), 175–182.

Sansevero, A. (1997). Dehydration in the elderly: Strategies for prevention and management. *Nurse Practitioner: American Journal of Primary Health Care*, 22(4), 41–42, 51–52, 54–57.

Steiner, N., & Bruera, E. (1998). Methods of hydration in palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 14(2), 6–18.

---

## APÉNDICE A

### Diagnósticos de enfermería aprobados por NANDA internacional (2007-2008)

Agrupados por los patrones de salud funcional de Gordon

#### *Nutricionales/metabólicos*

Alimentación ineficaz del lactante, patrón de  
Crecimiento, riesgo de alteración del  
Deglución, deterioro de la  
Dentición, alteración de la  
Desarrollo, deterioro de la capacidad del adulto para mantener su  
Disreflexia autónoma  
Disreflexia autónoma, riesgo de  
Glucosa inestable, riesgo de  
Hipertermia  
Hipotermia  
Integridad cutánea, deterioro de la  
Integridad cutánea, riesgo de deterioro de la  
Integridad tisular, deterioro de la  
Lactancia materna, eficaz  
Lactancia materna, ineficaz  
Membrana mucosa oral, alteración de la  
Nutrición, disposición para mejorar la  
Nutrición: por defecto, alteración de la  
Nutrición: por exceso, alteración de la  
Síndrome de muerte súbita del lactante, riesgo de  
Termorregulación ineficaz  
Volumen de líquidos, déficit de  
Volumen de líquidos, disposición para mejorar el equilibrio del  
Volumen de líquidos, exceso de  
Volumen de líquidos, riesgo de déficit de  
Volumen de líquidos, riesgo de desequilibrio del

#### *Percepción/gestión de la salud*

Asfixia, riesgo de  
Aspiración, riesgo de  
Caídas, riesgo de  
Conductas de riesgo para la salud, tendencia a adoptar  
Conductas generadoras de salud (especificar)  
Contaminación  
Contaminación, riesgo de  
Estado de inmunización, disposición para mejorar el  
Incumplimiento del tratamiento (especificar)  
Infección, riesgo de

Intoxicación, riesgo de  
Látex, respuesta alérgica al  
Látex, riesgo de respuesta alérgica al  
Lesión, riesgo de  
Manejo del régimen terapéutico, disposición para mejorar el  
Manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad  
Mantenimiento de la salud, alteración del  
Negación ineficaz  
Protección, alteración de la  
Recuperación quirúrgica, retraso en la  
Régimen terapéutico, manejo eficaz del  
Régimen terapéutico, manejo ineficaz del  
Régimen terapéutico familiar, manejo ineficaz del  
Síndrome de muerte súbita del lactante, riesgo de  
Traumatismo, riesgo de

### **Sueño/descanso**

Patrón del sueño, alteración del  
Sueño, privación del  
Sueño, disposición para mejorar el

### **Actividad/ejercicio**

Actividad, intolerancia a la  
Actividad, riesgo de intolerancia a la  
Actividades recreativas, déficit de  
Autocuidado, disposición para mejorar el  
Autocuidado: baño e higiene, vestido y acicalamiento, alimentación, uso del  
    orinal/váter, total, déficit del  
Campo energético, alteración del  
Capacidad adaptativa intracraneal, disminución de la  
Conducta del lactante, potencial de mejora de la organización de la  
Conducta desorganizada del lactante  
Conducta desorganizada del lactante, riesgo de  
Desarrollo, riesgo de alteración del  
Destete del respirador, respuesta disfuncional al  
Disfunción neurovascular periférica, riesgo de  
Fatiga  
Gasto cardíaco, disminución del  
Intercambio gaseoso, deterioro del  
Lesión perioperatoria, riesgo de  
Manejar la silla de ruedas, dificultad para  
Mantenimiento del hogar, dificultades para el  
Moverse de la cama, dificultad para  
Movilidad física, trastorno de la  
Patrón respiratorio ineficaz

Perfusión tisular (especificar): cardiopulmonar, cerebral, gastrointestinal, periférica, renal, alteración de la  
 Respiración espontánea, dificultad para mantener la  
 Síndrome de desuso, riesgo de  
 Trasladarse desde la silla de ruedas, dificultad en la habilidad para  
 Vías aéreas, limpieza ineficaz de las

### ***Eliminación***

Diarrea  
 Eliminación urinaria, alteración de la  
 Eliminación urinaria, disposición para mejorar la  
 Estreñimiento  
 Estreñimiento subjetivo  
 Estreñimiento, riesgo de  
 Función hepática, riesgo de deterioro de la  
 Incontinencia fecal  
 Incontinencia urinaria de esfuerzo  
 Incontinencia urinaria de urgencia  
 Incontinencia urinaria de urgencia, riesgo de  
 Incontinencia urinaria funcional  
 Incontinencia urinaria por rebosamiento  
 Incontinencia urinaria refleja  
 Incontinencia urinaria total  
 Retención urinaria

### ***Valores/creencias***

Aflicción crónica  
 Bienestar espiritual, potencial de mejora del  
 Dignidad humana, riesgo de compromiso de la  
 Duelo complicado, riesgo de  
 Duelo disfuncional  
 Moral, sufrimiento  
 Sufrimiento espiritual  
 Sufrimiento espiritual, riesgo de  
 Toma de decisiones (especificar), conflicto en la  
 Toma de decisiones, disposición para mejorar la

### ***Sexualidad/reproducción***

Disfunción sexual  
 Patrones de sexualidad, alteración de los

### ***Percepción/autoconcepto***

Ansiedad  
 Ansiedad ante la muerte  
 Autoconcepto, disposición para mejorar el  
 Autoestima crónica, baja

Autoestima situacional, baja  
Autoestima situacional, riesgo de baja  
Capacidad, disposición para mejorar la  
Desesperanza  
Entorno, síndrome de interpretación alterada del  
Esperanza, disposición para mejorar la  
Identidad personal, trastorno de la  
Imagen corporal, trastorno de la  
Impotencia  
Impotencia, riesgo de  
Temor

### *Cognitivo/perceptual*

Bienestar, disposición para mejorar el  
Comunicación verbal, trastorno de la  
Comunicación, disposición para mejorar la  
Confusión aguda  
Confusión aguda, riesgo de  
Confusión crónica  
Conocimientos (especificar), déficit de  
Conocimientos (especificar), disposición para mejorar los  
Desatención unilateral  
Dolor agudo  
Dolor crónico  
Memoria, trastorno de la  
Náuseas  
Procesos del pensamiento, alteración de los  
Senso-perceptivas (especificar) (visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias), alteraciones  
Vagabundeo

### *Afrontamiento/tolerancia al estrés*

Afrontamiento comunitario ineficaz  
Afrontamiento defensivo  
Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido  
Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante  
Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo  
Afrontamiento individual: ineficaz  
Afrontamiento, disposición para mejorar el  
Automutilación  
Automutilación, riesgo de  
Estrés por sobrecarga  
Negación ineficaz  
Síndrome de estrés por traslado  
Síndrome de estrés por traslado, riesgo de  
Síndrome postraumático

Síndrome postraumático, riesgo de  
Síndrome traumático de violación  
Síndrome traumático de violación: reacción compuesta  
Síndrome traumático de violación: reacción silente  
Suicidio, riesgo de  
Violencia autodirigida, riesgo de

### **Rol/relación**

Aislamiento social  
Apego parental lactante/niño, riesgo de alteración del  
Cuidador, riesgo de sobreesfuerzo en el rol del  
Cuidador, sobreesfuerzo en el rol del  
Interacción social, deterioro de la  
Mantenimiento del hogar, dificultades para el  
Parental, alteración  
Parental, riesgo de alteración  
Procesos familiares, alteración de los  
Procesos familiares, disposición para mejorar los  
Procesos familiares: alcoholismo, alteración de los  
Rol, alteración en el desempeño del  
Rol parental, conflicto del  
Rol parental, disposición para mejorar el  
Soledad, riesgo de  
Violencia dirigida a otros, riesgo de

*Nota: Los diagnósticos riesgo de alteración del desarrollo, alteración del crecimiento y desarrollo, y riesgo de alteración del crecimiento, pueden tener lugar en cualquiera de los patrones funcionales de salud.*

Reproducido con el permiso de NANDA internacional

Adaptado de Functional Health Patterns, Gordon, M. (1994). *Nursing diagnoses: process and applications*, 3.<sup>ª</sup> ed. St. Louis: Mosby.

## APÉNDICE B

### Diagnósticos de enfermería aprobados por NANDA internacional (2007-2008), Taxonomía II: campos, clases y diagnósticos

Esta lista, organizada en función de la taxonomía, representa los diagnósticos NANDA internacional aprobados para su uso y evaluación clínica.

#### Campo 1. Promoción de la salud

La conciencia sobre el bienestar o la normalidad de las funciones y estrategias que se utilizan para mantener un control y mejorar ese bienestar o normalidad de las funciones.

**Clase 1. Conciencia sobre la salud.** Reconocimiento de las funciones normales y bienestar

**Clase 2. Gestión de la salud.** Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar

##### Diagnósticos aprobados

00099	Alteración en el mantenimiento de la salud
00084	Conductas generadoras de salud (especificar)
00082	Manejo eficaz del régimen terapéutico: personal
00081	Manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad
00080	Manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar
00078	Manejo ineficaz del régimen terapéutico: personal
00098	Dificultades para el mantenimiento del hogar
00186	Disposición para mejorar el estado de inmunización
00162	Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico
00163	Disposición para mejorar la nutrición

#### Campo 2. Nutrición

Las actividades de deglución, asimilación y uso de nutrientes para los fines del mantenimiento tisular, reparación tisular y producción de energía.

**Clase 1. Ingestión.** Consumo de alimentos o nutrientes

##### Diagnósticos aprobados

00002	Alteración de la nutrición: por defecto
00001	Alteración de la nutrición: por exceso
00103	Deterioro de la deglución
00107	Patrón de alimentación ineficaz del lactante
00003	Riesgo de alteración de la nutrición: por exceso

**Clase 2. Digestión.** Actividades físicas y químicas que convierten el bolo alimenticio en sustancias adecuadas para la absorción y asimilación

**Clase 3. Absorción.** Absorción de nutrientes por los tejidos del organismo

**Clase 4. Metabolismo.** Procesos químicos y físicos que tienen lugar en los organismos y células vivas para el desarrollo y uso del protoplasma y la producción de desechos y energía, con la producción de energía para todos los procesos vitales

##### Diagnósticos aprobados

00179	Riesgo de glucosa inestable
00178	Riesgo de deterioro de la función hepática

**Clase 5. Hidratación.** Asimilación y absorción de fluidos y electrolitos

**Diagnósticos aprobados**

00027	Déficit del volumen de líquidos
00160	Disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos
00026	Exceso de volumen de líquidos
00028	Riesgo de déficit del volumen de líquidos
00025	Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos

### Campo 3. Eliminación e intercambio

Secreción y excreción de los deshechos del organismo

**Clase 1. Función urinaria.** Proceso de secreción, reabsorción y excreción de la orina

**Diagnósticos aprobados**

00016	Alteración de la eliminación urinaria
00166	Disposición para mejorar la eliminación urinaria
00176	Incontinencia urinaria por rebosamiento
00017	Incontinencia urinaria de esfuerzo
00019	Incontinencia urinaria de urgencia
00020	Incontinencia urinaria funcional
00018	Incontinencia urinaria refleja
00021	Incontinencia urinaria total
00023	Retención urinaria
00022	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia

**Clase 2. Función gastrointestinal.** Proceso de absorción y excreción de los productos finales de la digestión

**Diagnósticos aprobados**

00013	Diarrea
00011	Estreñimiento
00012	Estreñimiento subjetivo
00014	Incontinencia fecal
00015	Riesgo de estreñimiento

**Clase 3. Función integumentaria.** Proceso de secreción y excreción a través de la piel

**Clase 4. Función respiratoria.** Proceso de intercambio de gases y eliminación de los productos finales del metabolismo

**Diagnóstico aprobado**

00030	Deterioro del intercambio gaseoso
-------	-----------------------------------

### Campo 4. Actividad/descanso

Producción, protección, gasto o equilibrio de las fuentes de energía

**Clase 1. Sueño/descanso.** Sueño, reposo, comodidad, relajación o inactividad

**Diagnósticos aprobados**

00095	Alteración del patrón del sueño
00096	Deprivación del sueño
00165	Disposición para mejorar el sueño

**Clase 2. Actividad/ejercicio.** Movimiento de las partes del cuerpo (movilidad), ejercicio o realización de acciones contra una resistencia a menudo (pero no siempre)

**Diagnósticos aprobados**

00097	Déficit de las actividades recreativas
00090	Dificultad en la habilidad para trasladarse desde la silla de ruedas
00089	Dificultad para manejar la silla de ruedas
00091	Dificultad para moverse de la cama
00100	Retraso en la recuperación quirúrgica
00040	Riesgo de síndrome de desuso
00168	Sedentarismo
00085	Trastorno de la movilidad física

**Clase 3. Equilibrio energético.** Estado dinámico del equilibrio entre la ingesta y el gasto energético

**Diagnósticos aprobados**

00050	Alteración del campo energético
00093	Fatiga

**Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar.** Mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad o el descanso

**Diagnósticos aprobados**

00024	Alteración de la perfusión tisular (especificar tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)
00033	Dificultad para mantener la respiración espontánea
00029	Disminución del gasto cardiaco
00092	Intolerancia a la actividad
00032	Patrón respiratorio ineficaz
00034	Respuesta disfuncional al destete del respirador
00094	Riesgo de intolerancia a la actividad

**Clase 5. Autocuidado.** Habilidad para llevar a cabo las actividades de cuidado del cuerpo y sus funciones

**Diagnósticos aprobados**

00102	Déficit del autocuidado: alimentación
00108	Déficit del autocuidado: baño/higiene
00110	Déficit del autocuidado: uso del orinal/váter
00109	Déficit del autocuidado: vestido/acicalamiento
00182	Disposición para mejorar el autocuidado

## Campo 5. Percepción/cognición

Sistema de procesamiento humano de la información incluyendo atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación

**Clase 1. Atención.** Disposición mental para observar y reconocer

**Diagnóstico aprobado**

00123	Desatención unilateral
-------	------------------------

**Clase 2. Orientación.** Consciencia del tiempo, espacio y persona

**Diagnósticos aprobados**

00127	Síndrome de interpretación alterada del entorno
00154	Vagabundeo

**Clase 3. Sensación/percepción.** Recepción de información a través de los sentidos del tacto, gusto, olfato, vista, oído y cinestesia, y la comprensión de los datos sensoriales resultantes por nombres, asociaciones o patrón de reconocimiento

**Diagnóstico aprobado**

00122 Alteraciones senso-perceptivas (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias)

**Clase 4. Cognición.** Uso de la memoria, aprendizaje, pensamiento, capacidad resolutive, abstracción, juicio, perspicacia, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje

**Diagnósticos aprobados**

00130 Alteración de los procesos de pensamiento  
 00128 Confusión aguda  
 00129 Confusión crónica  
 00126 Déficit de conocimientos (especificar)  
 00184 Disposición para mejorar la toma de decisiones  
 00161 Disposición para mejorar los conocimientos (especificar)  
 00173 Riesgo de confusión aguda  
 00131 Trastorno de la memoria

**Clase 5. Comunicación.** Intercambio de información verbal y no verbal

**Diagnósticos aprobados**

00157 Disposición para mejorar la comunicación  
 00051 Trastorno de la comunicación verbal

**Campo 6. Auto percepción**

Conciencia sobre uno mismo

**Clase 1. Autoconcepto.** Las percepciones sobre el conjunto de uno mismo

**Diagnósticos aprobados**

00124 Desesperanza  
 00167 Disposición para mejorar el autoconcepto  
 00187 Disposición para mejorar la capacidad  
 00185 Disposición para mejorar la esperanza  
 00125 Impotencia  
 00174 Riesgo de compromiso de la dignidad humana  
 00152 Riesgo de impotencia  
 00054 Riesgo de soledad  
 00121 Trastorno de la identidad personal

**Clase 2. Autoestima.** Evaluación del valor, capacidad, significancia y éxito de uno mismo

**Diagnósticos aprobados**

00119 Baja autoestima crónica  
 00120 Baja autoestima situacional  
 00153 Riesgo de baja autoestima situacional

**Clase 3. Imagen corporal.** Imagen mental del cuerpo de uno mismo

**Diagnóstico aprobado**

00118 Trastorno de la imagen corporal

## Campo 7. Modelo de relaciones

Conexiones o asociaciones, positivas y negativas, entre personas o grupos de personas y los medios por los que esas conexiones se manifiestan

**Clase 1. El rol del cuidador.** Patrones de comportamiento socialmente aceptados que manifiestan las personas que asumen el papel de cuidador profesional

### Diagnósticos aprobados

00056	Alteración parental
00164	Disposición para mejorar el rol parental
00057	Riesgo de alteración parental
00062	Riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador
00061	Sobreesfuerzo en el rol de cuidador

**Clase 2. Relaciones familiares.** Conexiones de personas que están biológicamente emparentados o relaciones por elección

### Diagnósticos aprobados

00060	Alteración de los procesos familiares
00063	Alteración de los procesos familiares: alcoholismo
00159	Disposición para mejorar los procesos familiares
00058	Riesgo de alteración parental lactante/niño

**Clase 3. Modelo de actuación.** Propiedad de seguir la expectativa de un patrón de comportamiento socialmente aceptado

### Diagnósticos aprobados

00055	Alteración en el desempeño del rol
00064	Conflicto del rol parental
00052	Deterioro de la interacción social
00105	Interrupción de la lactancia materna
00106	Lactancia materna eficaz
00104	Lactancia materna ineficaz

## Campo 8. Sexualidad

Identidad, función y reproducción sexual

**Clase 1. Identidad sexual.** El hecho de ser una determinada persona respecto a la sexualidad y el género

**Clase 2. Función sexual.** Capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales

### Diagnósticos aprobados

00065	Alteración de los patrones de sexualidad
00059	Disfunción sexual

**Clase 3. Reproducción.** Cualquier proceso por el cual se engendran nuevos individuos (personas)

## Campo 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés

Afrontamiento de los procesos y sucesos de la vida

**Clase 1. Respuestas postraumáticas.** Reacciones que tienen lugar tras un trauma físico o psicológico

**Diagnósticos aprobados**

00149	Riesgo de síndrome de estrés del traslado
00145	Riesgo de síndrome postraumático
00114	Síndrome de estrés por traslado
00141	Síndrome postraumático
00142	Síndrome traumático de violación
00143	Síndrome traumático de violación: reacción compuesta
00144	Síndrome traumático de violación: reacción silente

**Clase 2. Respuestas al afrontamiento.** Procesos de la gestión del estrés ambiental**Diagnósticos aprobados**

00137	Aflicción crónica
00077	Afrontamiento comunitario ineficaz
00071	Afrontamiento defensivo
00074	Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido
00073	Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante
00075	Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo
00069	Afrontamiento individual: ineficaz
00146	Ansiedad
00147	Ansiedad ante la muerte
00158	Disposición para mejorar el afrontamiento
00136	Duelo anticipado
00135	Duelo disfuncional
00177	Estrés por sobrecarga
00072	Negación ineficaz
00076	Potencial de mejora del afrontamiento comunitario
00172	Riesgo de duelo complicado
00148	Temor
00188	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud

**Clase 3. Estrés nervioso del comportamiento.** Respuestas de comportamiento que reflejan las funciones nerviosas del cerebro**Diagnósticos aprobados**

00116	Conducta desorganizada del lactante
00049	Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal
00009	Disreflexia autónoma
00117	Potencial de mejora de la organización de la conducta del lactante
00010	Riesgo de disreflexia autónoma
00115	Riesgo de conducta desorganizada del lactante

**Campo 10. Principios de la vida**

Principios que subrayan la conducta, pensamiento y comportamiento sobre los actos, costumbres o instituciones consideradas válidas o que posean un valor intrínseco

**Clase 1. Valores.** Identificación y escala de los modos privilegiados de conducta o de estados finales**Diagnóstico aprobado**

00185	Disposición para mejorar la esperanza
-------	---------------------------------------

**Clase 2. Creencias.** Opiniones, expectativas o juicios sobre actos, costumbres o instituciones consideradas válidas o que posean un valor intrínseco

**Diagnósticos aprobados**

00185	Disposición para mejorar la esperanza
00068	Potencial de mejora del bienestar espiritual

**Clase 3. Congruencia valor/creencia/acción.** Correspondencia o equilibrio conseguido entre valores, creencias y acciones

**Diagnósticos aprobados**

00083	Conflicto en la toma de decisiones (especificar)
00169	Deterioro de la religiosidad
00171	Disposición para mejorar la religiosidad
00184	Disposición para mejorar la toma de decisiones
00079	Incumplimiento del tratamiento (especificar)
00170	Riesgo de deterioro de la religiosidad
00067	Riesgo de sufrimiento espiritual
00066	Sufrimiento espiritual
00175	Sufrimiento moral

## Campo 11. Seguridad/protección

Ausencia de peligro, lesión física o daño del sistema inmunitario, preservación de pérdidas y protección de la seguridad

**Clase 1. Infección.** Albergar respuestas que siguen a la invasión patógena

**Diagnósticos aprobados**

00186	Disposición para mejorar el estado de inmunización
00004	Riesgo de infección

**Clase 2. Lesión física.** Daño o dolor físico

**Diagnósticos aprobados**

00048	Alteración de la dentición
00045	Alteración de la membrana mucosa oral
00043	Alteración de la protección
00046	Deterioro de la integridad cutánea
00044	Deterioro de la integridad tisular
00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas
00036	Riesgo de asfixia
00039	Riesgo de aspiración
00155	Riesgo de caídas
00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
00086	Riesgo de disfunción neurovascular periférica
00035	Riesgo de lesión
00087	Riesgo de lesión perioperatoria
00156	Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante
00038	Riesgo de traumatismo

**Clase 3. Violencia.** Realización de un esfuerzo o poder excesivo de forma que pueda desencadenar una lesión o un abuso

**Diagnósticos aprobados**

00151	Automutilación
00139	Riesgo de automutilación
00150	Riesgo de suicidio
00140	Riesgo de violencia autodirigida
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros

**Clase 4. Peligros del entorno.** Formas de peligro en el entorno

**Diagnósticos aprobados**

00181	Contaminación
00180	Riesgo de contaminación
00037	Riesgo de intoxicación

**Clase 5. Procesos de defensa.** Procesos por los que el individuo se protege de sí mismo y de factores externos

**Diagnósticos aprobados**

00186	Disposición para mejorar el estado de inmunización
00041	Respuesta alérgica al látex
00042	Riesgo de respuesta alérgica al látex

**Clase 6. Termorregulación.** Procesos psicológicos de regulación del calor y de la energía dentro de las demandas del organismo para que esté protegido

**Diagnósticos aprobados**

00007	Hipertermia
00006	Hipotermia
00005	Riesgo de alteración de la temperatura corporal
00008	Termorregulación ineficaz

**Campo 12. Confort**

Sentido y facilidad del bienestar mental, físico o social

**Clase 1. Comodidad física.** Sentido del bienestar o la facilidad y/o ausencia del dolor

**Diagnósticos aprobados**

00183	Disposición para mejorar el bienestar
00132	Dolor agudo
00133	Dolor crónico
00134	Náuseas

**Clase 2. Comodidad ambiental.** Sentido del bienestar o facilidad en o con el entorno propio

**Clase 3. Comodidad social.** Sentido del bienestar o facilidad con las situaciones sociales del individuo

**Diagnóstico aprobado**

00053	Aislamiento social
-------	--------------------

**Campo 13. Crecimiento/desarrollo**

Aumento de las dimensiones físicas, sistemas del organismo y/o progresión en los hitos de desarrollo propios de una edad

**970** Manual de diagnósticos de enfermería

**Clase 1. Crecimiento.** Aumento de las dimensiones físicas o madurez de los órganos

**Diagnósticos aprobados**

- 00111 Alteración del crecimiento y desarrollo
- 00101 Deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo
- 00113 Riesgo de alteración del crecimiento

**Clase 2. Desarrollo.** Consecución, falta de consecución o pérdida de los hitos reconocidos en la vida

**Diagnósticos aprobados**

- 00111 Alteración del crecimiento y desarrollo
- 00112 Riesgo de alteración del desarrollo

## APÉNDICE C

### Descriptorios de los ejes seleccionados por NANDA internacional

**Eje 1. El concepto de diagnóstico:** Describe la “respuesta humana” y es la razón del diagnóstico. Algunos ejemplos son la tolerancia a la actividad, limpieza de las vías aéreas, ansiedad y dolor.

**Eje 2. El sujeto del diagnóstico:** Viene definido por la(s) persona(s) para la que se determina un diagnóstico de enfermería. Los valores del eje 2 son:

Individual	Un único ser humano distinto de otros, una persona
Familiar	Dos o más personas que tienen una relación continua o constante, que comprenden obligaciones recíprocas, una intención de sentido común, y comparten ciertas obligaciones hacia otros; relacionados por sangre o elección
Grupo	Un número de personas que comparten características
Comunidad	Un grupo de personas que viven en el mismo lugar bajo la misma forma de gobierno. Algunos ejemplos son vecindades y ciudades

**Eje 3. Juicio:** Descriptor o modificador que limita o especifica las formas del concepto de diagnóstico. Los valores en el eje 3 son:

Descriptor	Definición
Anticipatorio	Darse cuenta con antelación, prever
Bajo	Por debajo de lo normal
Comprometido	Dañado, hecho vulnerable
Defensivo	Usado o pretendido para defenderse o protegerse
Deficiente	Insuficiente, inadecuado
Desequilibrado	Fuera de la proporción o el equilibrio
Deteriorado	Dañado, debilitado
Desorganizado	Sin control u orden adecuado
Desproporcionado	Demasiado grande o pequeño en comparación con lo normal
Disfuncional	Que no funciona con normalidad
Disminuido	Reducción (en tamaño, cantidad o grado)
Disposición para	En condiciones apropiadas para una actividad o situación
Efectivo	Que produce el efecto perseguido o deseado
Excesivo	Mayor de lo necesario o deseable
Incapacitante	Limitado, discapacitado
Inefectivo	Que no produce el efecto perseguido o deseado
Interrumpido	Que se ha roto su continuidad
Mejorado	Mejorado en calidad, valor o extensión
Organizado	Con control u orden adecuado
Percibido	Observado a través de los sentidos
Retardado	Tarde, lento o pospuesto
Situacional	Relacionado con una circunstancia particular
Trastornado	Perturbado; interrumpido, interferido con

**Eje 4. Ubicación.** Partes o regiones del cuerpo y/o sus funciones relacionadas. Los valores en el eje 4 son:

Auditivo	Neurovascular periférico
Cardiopulmonar	Oral
Cerebral	Olfativo
Cinestésico	Renal
Cutáneo	Táctil
Gastrointestinal	Vascular periférico
Gustativo	Vesical
Intracraneal	Visual
Membranas mucosas	

**Eje 5. Edad:** Se refiere a la edad de la persona que sea el sujeto del diagnóstico. Los valores para el eje 5 son:

Feto	Escolar
Neonato	Adolescente
Lactante	Adulto
Niño pequeño	Persona mayor
Preescolar	

**Eje 6. Tiempo:** Duración del concepto del diagnóstico (eje 1). Los valores para el eje 6 son:

Agudo	Duración menor de 6 meses
Crónico	Duración mayor de 6 meses
Intermitente	Comienzos y paradas a intervalos periódicos o cíclicos
Continuo	Ininterrumpido, que continúa sin pausa

**Eje 7. Estado del diagnóstico:** Se refiere a la realidad o el potencial del problema o a su categorización como diagnóstico de promoción de la salud/bienestar. Los valores para el eje 7 son:

Bienestar	La calidad o estado de estar sano
Promoción de la salud	Comportamiento motivado por el deseo de incrementar el bienestar y actualizar el potencial de salud humana (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006, citado en <i>NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions &amp; Classification 2007-2008</i> )
Real	Que existe de hecho o realidad, existente en el momento presente
Riesgo	Vulnerabilidad, especialmente como resultado de la exposición a factores que aumentan la probabilidad de lesión o pérdida

*Nota:* tomado de *NANDA-International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2007-2008* de NANDA internacional, 2007. Filadelfia: autor.

## APÉNDICE D

### Problemas multidisciplinarios (secundarios) asociados a las enfermedades y otros trastornos fisiológicos

#### Cáncer

**\*Complicaciones del cáncer:** anemia, obstrucción intestinal, caquexia, trastornos de la coagulación, desequilibrio electrolítico, fracturas patológicas, hemorragia, uropatía obstructiva, metástasis en órganos vitales (p. ej., cerebro, pulmones), derrame pericárdico, taponamiento cardiaco, sepsis →shock séptico, compresión de la médula espinal, síndrome de la vena cava superior, anoxia tisular→necrosis

**Complicaciones de los fármacos antineoplásicos:** especificar para cada fármaco (p. ej., anemia, depresión de la médula ósea, toxicidad cardiaca, toxicidad del sistema nervioso central, insuficiencia cardiaca congestiva, desequilibrio electrolítico, enteritis, leucopenia, necrosis en el lugar de punción i.v., neumonitis, insuficiencia renal, trombocitopenia)

**Complicaciones de los fármacos narcóticos:** depresión respiratoria, del nivel de consciencia y de la presión arterial; insuficiencia cardiovascular grave, espasmo biliar

**Complicaciones de la radioterapia:** aumento de la presión intracraneal, mielosupresión, inflamación, desequilibrio hídrico y electrolítico

#### Enfermedades de transmisión sexual

##### Complicaciones de las infecciones por clamidia:

*Mujeres:* aborto, infertilidad, abscesos pélvicos, enfermedad inflamatoria pélvica, endometritis postparto, aborto espontáneo, muerte fetal

*Varones:* epididimitis, prostatitis, uretritis

*Neonatos:* oftalmía del neonato, neumonía

##### Complicaciones del herpes genital:

*Todos:* queratitis herpética

*Mujeres:* cáncer de cérvix

*Varones:* mielitis ascendente, supuración linfática, meningitis, neuralgia, estenosis uretral

*Neonatos:* infecciones potencialmente mortales; infecciones de los ojos, piel, membranas mucosas y SNC

##### Complicaciones de los papilomas genitales:

*Todos:* obstrucción y sangrado urinario

*Mujeres:* aumento del riesgo de cáncer de cérvix, vagina, vulva y ano; obstrucción del canal del parto; transmisión al neonato

*Neonatos:* papilomatosis respiratoria

\*Véanse también los efectos del cáncer en los trastornos específicos, como Trastornos gastrointestinales.

**Complicaciones de la gonorrea:**

*Todos:* infección secundaria de las lesiones; fístulas; úlceras crónicas; esterilidad

*Mujeres:* adherencias abdominales, embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica

*Varones:* epididimitis, nefritis, prostatitis, uretritis

*Neonatos:* oftalmía del neonato

**Complicaciones de la sífilis:** ceguera, parálisis, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, enfermedad mental

### Paciente inmovilizado

**Complicaciones de la inmovilización:** contracturas, disminución del gasto cardíaco, úlceras por decúbito, émbolos, neumonía hipostática, anquilosis articulares, hipotensión ortostática, osteoporosis, cálculos renales, tromboflebitis

### Shock

**Complicaciones del shock:** hipoxia cerebral→coma, fracaso multiorgánico, íleo paralítico, embolismo pulmonar, insuficiencia renal

### Trastornos cardíacos

**Complicaciones de la angina/coronariopatía:** infarto de miocardio

**Complicaciones de la insuficiencia cardíaca congestiva:** ascitis, descompensación cardíaca grave, *shock* cardiogénico, trombosis venosa profunda, congestión gastrointestinal→malabsorción, insuficiencia hepática, edema pulmonar agudo, insuficiencia renal

**Complicaciones de la administración de digital:** toxicidad

**Complicaciones de las arritmias:** disminución del gasto cardíaco→menor perfusión miocárdica→insuficiencia cardíaca, bloqueos auriculoventriculares graves, formación de émbolos→ictus, fibrilación ventricular

**Complicaciones del infarto de miocardio:** *shock* cardiogénico, arritmias, extensión o expansión del infarto, rotura de miocardio, edema pulmonar, embolismo pulmonar, pericarditis, tromboembolismo, aneurisma ventricular

**Complicaciones de la pericarditis/endocarditis:** taponamiento cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva, émbolos (pulmonares, cerebrales, renales, esplénicos, cardíacos), estenosis valvular

**Complicaciones de la fiebre reumática/cardiopatía reumática:** insuficiencia cardíaca congestiva, hipofunción ventricular, endocarditis, derrame pericárdico, cambios valvulares

### Trastornos de la eliminación urinaria

**Complicaciones de la cistitis:** ulceración vesical, necrosis de la pared vesical, infección renal

**Complicaciones de la enfermedad por riñones poliquisticos:** cálculos renales, infección urinaria, insuficiencia renal

**Complicaciones de la pielonefritis:** bacteriemia, pielonefritis crónica, insuficiencia renal

**Complicaciones de la insuficiencia renal aguda:** desequilibrio electrolítico, sobrecarga de líquidos, acidosis metabólica, pericarditis, disfunción plaquetaria, infecciones secundarias

**Complicaciones de la insuficiencia renal crónica:** anemia, taponamiento cardiaco, pericarditis, insuficiencia cardiaca congestiva, desequilibrio hídrico y electrolítico, sangrado gastrointestinal, hiperparatiroidismo, infecciones, toxicidad por fármacos, acidosis metabólica, derrame pleural, edema pulmonar, uremia

**Complicaciones de la litiasis renal:** hidronefrosis, hidrouréter, infección, pielonefritis, insuficiencia renal

### Trastornos de la integridad cutánea

**Complicaciones de las quemaduras:** obstrucción de la vía aérea (lesión por inhalación), úlcera de Curling, hipotermia, *shock* hipovolémico, hipervolemia, infección secundaria a supresión del sistema inmunitario, balance nitrogenado negativo, íleo paralítico, insuficiencia renal, sepsis, úlceras de estrés

**Complicaciones de las lesiones cutáneas/dermatitis/acné:** formación de quistes, malignización, infección

**Complicaciones del herpes zóster:** diseminación→lesiones viscerales, encefalitis, pérdida de visión

**Complicaciones de las úlceras por presión:** lesión necrótica de músculos, huesos, tendones, cápsulas articulares; infección, sepsis

### Trastornos endocrinológicos

#### Complicaciones de los trastornos de las glándulas suprarrenales:

**Complicaciones de la enfermedad de Addison:** crisis addisoniana (*shock*, coma), diabetes mellitus, enfermedades tiroideas

**Complicaciones de la enfermedad de Cushing:** insuficiencia cardiaca congestiva, hiperglucemia, hipertensión, tumores pancreáticos, desequilibrio de sodio y potasio, psicosis

**Complicaciones de la diabetes mellitus:** coma, coronariopatía, hipoglucemia, infecciones, cetoacidosis, nefropatía, vasculopatía periférica, retinopatía

#### Complicaciones de los trastornos de las glándulas paratiroides:

**Complicaciones del hiperparatiroidismo:** hipercalcemia→arritmias cardiacas, hipertensión, acidosis metabólica, fracturas patológicas, úlceras pépticas, cálculos renales, insuficiencia renal

**Complicaciones del hipoparatiroidismo:** hipocalcemia→arritmias cardiacas, convulsiones, malabsorción, psicosis, tetania

#### Complicaciones de los trastornos hipofisarios:

**Complicaciones de los trastornos de la hipófisis anterior:** acromegalia, insuficiencia cardiaca congestiva, convulsiones

**Complicaciones de los trastornos de la hipófisis posterior:** pérdida de conciencia, hipernatremia, convulsiones

#### Complicaciones de los trastornos de la glándula tiroides:

**Complicaciones del hipertiroidismo:** exoftalmos, cardiopatía, balance nitrogenado negativo, crisis tiroidea

**Complicaciones del hipotiroidismo:** insuficiencia suprarrenal, trastornos cardiovasculares, coma mixedematoso, psicosis

### Trastornos gastrointestinales (GI)

#### Complicaciones de los trastornos esofágicos:

**Complicaciones de los divertículos esofágicos:** obstrucción, aspiración pulmonar de la comida regurgitada

**Complicaciones de la cirugía esofágica:** esofagitis de reflujo, formación de estenosis

**Complicaciones de la hernia de hiato:** incarceration, necrosis→hemorragia

#### Complicaciones de los trastornos hepáticos, biliares y pancreáticos

**Complicaciones de la cirrosis:** ascitis, anemia, diabetes mellitus, coagulación intravascular diseminada, varices esofágicas, sangrado o hemorragia GI, encefalopatía hepática, hiperbilirrubinemia, hipopotasemia, esplenomegalia, peritonitis, insuficiencia renal

**Complicaciones de la colelitiasis y colecistitis:** fístulas, perforación de la vesícula biliar, íleo u obstrucción intestinal, obstrucción del conducto biliar común→daño hepático, pancreatitis, peritonitis

**Complicaciones de los abscesos hepáticos:** desequilibrio hídrico y electrolítico, hiperbilirrubinemia

**Complicaciones de la administración de metronidazol o yodoquinol:** mielosupresión

**Complicaciones de la hepatitis:** cirrosis, encefalopatía hepática, necrosis hepática

**Complicaciones de la pancreatitis:** ascitis, insuficiencia cardiaca, coma, *delirium tremens*, diabetes mellitus, hemorragia, *shock* hipovolémico, hipocalcemia, hiperglucemia o hipoglucemia, abscesos pancreáticos, pseudocistas pancreáticos, derrame pleural e insuficiencia respiratoria, psicosis, insuficiencia renal, tetania

#### Complicaciones de las infecciones GI

**Complicaciones de la apendicitis:** absceso, apendicitis gangrenosa, perforación del apéndice, peritonitis, pyleflebitis

**Complicaciones de infecciones bacterianas o víricas (p. ej., intoxicación alimentaria):** perforación intestinal, deshidratación, síndrome urémico-hemolítico, hipopotasemia, *shock* hipovolémico, acidosis metabólica, alca-

losis metabólica, peritonitis, parálisis de los músculos respiratorios, púrpura trombótica trombocitopénica

**Complicaciones de las infecciones por helmintos:** anemia; obstrucción intestinal, biliar o del conducto pancreático; migración al hígado o los pulmones

**Complicaciones de la peritonitis:** *shock* hipovolémico, septicemia, *shock* séptico

### Complicaciones de las enfermedades inflamatorias GI (p. ej., diverticulitis, gastritis, úlcera péptica, colitis ulcerosa):

Abscesos, fisura anal, anemia, carcinoma colorrectal, fistulas, desequilibrio hídrico y electrolítico, sangrado o hemorragia GI, obstrucción intestinal, perforación intestinal, peritonitis, obstrucción pilórica, megacolon tóxico

**Complicaciones de la gastrectomía, piloroplastia:** síndrome de *dumping*

### Complicaciones de las enfermedades GI estructurales y obstructivas

**Complicaciones de las hemorroides y lesiones anorrectales:** anemia, infección, trombosis hemorroidal, sepsis

**Complicaciones de las hernias:** infarto intestinal, perforación intestinal, incarceration y estrangulación herniaria, peritonitis

**Complicaciones de la obstrucción intestinal:** necrosis de la pared intestinal, gangrena, desequilibrio hídrico y electrolítico, *shock* hipovolémico o séptico, perforación intestinal, peritonitis

### Complicaciones de los síndromes de malabsorción:

Anemia, hemorragias, retraso del desarrollo, ausencia de crecimiento, atrofia muscular, raquitismo (y otras deficiencias de nutrientes), tetania

## Trastornos hematológicos

**Complicaciones de la anemia aplásica:** insuficiencia cardíaca congestiva, hemorragia, infecciones

**Complicaciones de los trastornos de la coagulación:** hemorragias (sus efectos concretos están determinados por el lugar del sangrado, por ejemplo, aumento de la presión intracraneal en el cerebro, síndrome de distrés respiratorio del adulto en el sistema cardiovascular), deformidades o discapacidades articulares

**Complicaciones de las leucemias:** anemia, sangrado fácil o hemorragia interna, infartos óseos, coma, hepatomegalia, infecciones, insuficiencia renal, convulsiones, esplenomegalia, taquicardia

**Complicaciones de las anemias nutricionales:** alteraciones neurológicas (p. ej., alteración propioceptiva), alteración cardíaca

**Complicaciones de la ferroterapia:** hipersensibilidad, toxicidad (insuficiencia cardiovascular grave, necrosis hepática, acidosis metabólica)

**Complicaciones del tratamiento con cianocobalamina:** hipersensibilidad, hipopotasemia, trombosis vascular periférica, edema pulmonar

**Complicaciones de la policitemia:** fibrosis de la médula ósea, hemorragias y úlceras GI, esplenomegalia, trombosis (distintos órganos)

**Complicaciones de la anemia de células falciformes:** insuficiencia de varios sistemas (p. ej., insuficiencia cardíaca congestiva, hiperuricemia, hepatomegalia, abscesos y fibrosis hepática, hiperbilirrubinemia, litiasis biliar, aplasia de la médula ósea, osteomielitis, necrosis ósea aséptica, úlceras cutáneas, hemorragia vítrea, desprendimiento de retina), crisis de células falciformes

**Complicaciones de las crisis de células falciformes:** crisis aplásicas, ictus, hemosiderosis (por las transfusiones repetidas), infecciones (p. ej., neumonía), convulsiones, secuestro esplénico→insuficiencia circulatoria

### Trastornos inmunológicos

**Complicaciones de las alteraciones inmunitarias:** reacciones alérgicas→anafilaxia, trastornos autoinmunitarios (p. ej., lupus eritematoso sistémico), retraso de la cicatrización de heridas, infecciones (p. ej., nosocomiales, oportunistas), sepsis→septicemia, inflamación tisular aguda o crónica (p. ej., granulomas), rechazo del trasplante o injerto

**Complicaciones del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida):** síndrome de caquexia-anorexia asociado al sida; neoplasias malignas (cáncer de cérvix, sarcoma de Kaposi, linfomas); trastornos neurológicos (complejo demencia-sida, meningitis); infecciones oportunistas (p. ej., candidiasis, infección por citomegalovirus, herpes, *Mycobacterium avium*, neumonía por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmosis, tuberculosis)

### Trastornos musculoesqueléticos y traumatológicos

**Complicaciones de la amputación:** contracturas, retraso de la cicatrización, edema del muñón, infecciones

**Complicaciones de las fracturas:** síndrome compartimental, trombosis venosa profunda, retraso de la consolidación, embolismo grasoso, infección, necrosis, distrofia simpático-refleja, *shock*

**Complicaciones de la gota:** nefropatía, cálculos de ácido úrico→insuficiencia renal

**Complicaciones de la osteoartritis:** contracturas, hernias discales

**Complicaciones de la osteomielitis:** formación de fístulas cutáneas, necrosis, abscesos de tejidos blandos

**Complicaciones de la osteoporosis y osteomalacia:** fracturas, neuropatías, artritis postraumática

**Complicaciones de la enfermedad de Paget:** tumores óseos, complicaciones cardiovasculares (p. ej., arterioesclerosis, hipertensión, insuficiencia cardíaca congestiva), osteoartritis degenerativa, demencia, fracturas, cálculos renales

**Complicaciones de la artritis reumatoide:** anemia, anquilosis ósea o fibrosa, síndrome del túnel del carpo, contracturas, epiescleritis o escleritis del ojo, síndrome de Felty, atrofia muscular, neuropatía, pericarditis, alteraciones pleurales, vasculitis

**Complicaciones de la inyección intraarticular de corticoesteroides:** infección intraarticular, degeneración articular

**Complicaciones de la administración sistémica de corticoesteroides:** aterosclerosis, formación de cataratas, insuficiencia cardiaca congestiva, síndrome de Cushing, retraso de la cicatrización de heridas, inmunodepresión, edema, retraso del crecimiento (niños), hiperglucemia, hipertensión, hipopotasemia, atrofia muscular, osteoporosis, úlceras pépticas, reacciones psicóticas, insuficiencia renal, tromboflebitis

**Complicaciones de los antiinflamatorios no esteroideos:** úlceras y hemorragias gástricas, nefropatía

## Trastornos neurológicos

**Complicaciones de las enfermedades cerebrales orgánicas (p. ej., la enfermedad de Alzheimer):** neumonía por aspiración, deshidratación, delirios, depresión, caídas, desnutrición, reacciones paranoides, neumonía

**Complicaciones de las lesiones cerebrales y las hemorragias intracraneales:** isquemia cerebral, herniación, aumento de la presión intracraneal

**Complicaciones de los tumores cerebrales:** hipertermia, aumento de la presión intracraneal, parálisis, alteraciones sensitivomotoras

**Complicaciones de los accidentes cerebrovasculares (ACV):** cambios conductuales, fracaso del troncoencéfalo, arritmias cardíacas, coma, trastornos del control de esfínteres, aumento de la presión intracraneal, trastornos del lenguaje, déficit motores, infección respiratoria, convulsiones, déficit sensitivos-perceptivos (**IMPORTANTE:** las manifestaciones y complicaciones de un ACV dependen del área cerebral afectada. Asimismo, es difícil determinar qué efectos son manifestaciones y síntomas y cuáles son realmente complicaciones. Además, muchas de las complicaciones de los ACV se deben a la inmovilidad resultante y no a la fisiopatología del ACV. Consultar la sección “Paciente inmovilizado” en la página 980).

**Complicaciones del aumento de la presión intracraneal (p. ej., edema cerebral, hidrocefalia):** respuesta isquémica del SNC (aumento de la presión arterial media, aumento de la presión del pulso y bradicardia), coma, fracaso de la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral, hipertermia secundaria a alteración hipotalámica, alteración motora (postura de decorticación o descerebración)

**Complicaciones de los aneurismas intracraneales:** hidrocefalia, disfunción hipotalámica, resangrado, convulsiones, vasoespasmo

**Complicaciones de la meningitis y encefalitis:** artritis, infarto cerebral, coma, lesión de los pares craneales, hidrocefalia, aumento de la presión intracraneal, convulsiones

**Complicaciones de la esclerosis múltiple:** neumonía; demencia; progresión repentina de los síntomas neurológicos (convulsiones, coma), infección urinaria

**Complicaciones de la miastenia gravis:** aspiración, crisis colinérgica, deshidratación, crisis miasténica, neumonía

**Complicaciones de la enfermedad de Parkinson:** depresión y aislamiento social, caídas, infecciones asociadas a la inmovilidad (p. ej., neumonía), desnutrición asociada a la disfagia y la inmovilidad, crisis oculogiras, paranoia y alucinaciones, úlceras de presión

**Complicaciones de la epilepsia:** lesiones accidentales (p. ej., quemaduras, caídas), aspiración, traumatismo craneoencefálico, estatus epiléptico→ acidosis, hipertermia, hipoglucemia, hipoxia

**Complicaciones de las lesiones de la médula espinal:** disreflexia autónoma, arritmias cardíacas, complicaciones secundarias a la inmovilidad (véase Paciente inmovilizado), hipercalcemia, necrosis del tejido de la médula espinal, íleo paralítico, infección respiratoria secundaria a la alteración del reflejo de la tos, *shock* medular

## Trastornos respiratorios

**Complicaciones del asma:** atelectasias, *cor pulmonale*, deshidratación, neumotórax, infección respiratoria, estatus asmático

**Complicaciones del tratamiento con corticoesteroides:** hipertensión, hipopotasemia, hiperglucemia, inmunodepresión, osteoporosis, úlceras

**Complicaciones del tratamiento con metilxantina:** toxicidad (convulsiones, insuficiencia respiratoria, parada respiratoria)

**Complicaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC):** hipoxemia, acidosis respiratoria, insuficiencia respiratoria, infección respiratoria, insuficiencia cardíaca derecha, neumotórax espontáneo

**Complicaciones de la neumonía:** bacteriemia→endocarditis, meningitis, peritonitis; abscesos y empiemas pulmonares, necrosis del tejido pulmonar; pleuritis

**Complicaciones del edema de pulmón:** hipoxia cerebral, fracaso multiorgánico, insuficiencia cardíaca derecha

**Complicaciones del embolismo pulmonar:** infarto pulmonar con necrosis, insuficiencia cardíaca derecha, muerte súbita

**Complicaciones de la tuberculosis:** bacteriemia→tuberculosis extrapulmonar (p. ej., tuberculosis genitourinaria, meningitis, peritonitis, pericarditis), fístula broncopleurales, empiema

**Complicaciones de los fármacos antituberculosos:** hepatotoxicidad, hipersensibilidad, nefrotoxicidad, neuropatía periférica (isoniacida), neuritis óptica (etambutol)

## Trastornos vasculares periféricos y linfáticos

**Complicaciones de los aneurismas aórticos:** disección, hemiplejía y parálisis de las extremidades inferiores (con la disección), ruptura→*shock* hipovolémico

**Complicaciones de los aneurismas femorales y poplíteos:** embolismo, gangrena, ruptura, necrosis

**Complicaciones de la hipertensión:** disección aórtica, ACV, insuficiencia cardíaca congestiva, crisis hipertensiva, hipertensión maligna, isquemia miocárdica, papiledema, insuficiencia renal, retinopatía

**Complicaciones del linfedema:** celulitis, linfangitis

**Complicaciones de las arteriopatías periféricas:** trombosis arterial, celulitis, ACV, hipertensión, úlceras isquémicas, necrosis tisular→gangrena

**Complicaciones de la tromboflebitis:** edema crónico en la pierna, embolismo pulmonar, úlceras por estasis

**Complicaciones de las venas varicosas:** celulitis, hemorragia, ruptura vascular, úlceras por estasis venosa

## APÉNDICE E

### Problemas multidisciplinares (secundarios) asociados a las pruebas y los tratamientos

<i>Prueba o tratamiento</i>	<i>Complicaciones (Problemas secundarios)</i>
<i>Arteriografía</i>	Reacción alérgica, embolismo, hemorragia; hematoma, parestesias, insuficiencia renal, trombosis en el lugar de la punción
<i>Aspiración nasogástrica</i>	Desequilibrio electrolítico, úlceras gástricas→hemorragia
<i>Aspiración traqueal</i>	Sangrado, hipoxia
<i>Broncoscopia</i>	Obstrucción de la vía aérea o broncoconstricción, hemorragia
<i>Cateterización cardiaca</i>	Arritmias cardiacas, infarto, perforación, embolismo, formación de trombos, hipervolemia, hipovolemia, parestesias, hemorragia o hematoma en el lugar de la punción
<i>Escayolas y tracciones</i>	Sangrado, edema, alteración de la circulación, alineación ósea incorrecta, compromiso neurológico
<i>Hemodiálisis</i>	Embolismo gaseoso, sangrado, demencia dialítica, desequilibrio electrolítico, embolismo, cambios de líquidos, hepatitis B, infección o septicemia, coagulación de la fístula, fistulas, reacciones de transfusión
<i>Medicamentos</i>	Reacciones alérgicas, efectos secundarios (especificar), efectos adversos o sobredosis (especificar)
<i>Punción de médula ósea</i>	Sangrado, infección
<i>Radioterapia</i>	Fístulas, necrosis tisular, hemorragia, quemaduras por radiación, neumonía por radiación
<i>Sonda urinaria</i>	Distensión vesical (sonda obstruida), infección urinaria
<i>Tratamiento intravenoso</i>	Sobrecarga de líquidos, infiltración, flebitis
<i>Tubos de tórax</i>	Sangrado→hemotórax, obstrucción o desplazamiento→neumotórax, septicemia
<i>Ventilación asistida</i>	Desequilibrio ácido-básico, obstrucción de la vía aérea (tubo taponado o desplazado), intercambio ineficaz de O <sub>2</sub> -CO <sub>2</sub> , neumotórax, dependencia del respirador, necrosis traqueal

Adaptado de *Nursing Process & Critical Thinking* (4.<sup>a</sup> ed., pág 165), de J. Wilkinson, 2001, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

## APÉNDICE F

### Problemas multidisciplinarios (secundarios) asociados a los tratamientos quirúrgicos

Formato de los problemas:

“Complicaciones de [columna 1]; [columna 2].”

Por ejemplo, Complicaciones de la cirugía general: *atelectasias, broncoespasmo y otras*.

#### Columna 1

##### Tipo de cirugía

##### “Complicaciones de”

*Cirugía en general  
(complicaciones que pueden surgir independientemente del tipo de cirugía)*

#### Columna 2

##### Complicaciones

##### (problemas multidisciplinarios)

Atelectasias, broncoespasmo o laringoespasmo en la extubación (con anestesia general), desequilibrio electrolítico), sangrado excesivo→*shock*, desequilibrio hídrico, cefalea por pérdida de líquido cefalorraquídeo (con anestesia local), íleo, infección, neumonía por estasis, retención urinaria→distensión vesical, trombosis venosa→embolismo pulmonar, dehiscencia de la herida→evisceración

*Instrucciones:* elegir las complicaciones de la cirugía en general anteriormente reseñadas; después elegir las que se aplican al tipo concreto de cirugía del paciente. A continuación se listan las complicaciones de distintos tipos de cirugía; estas complicaciones se añaden a las de la cirugía en general

<i>Cirugía abdominal</i>	Dehiscencia, formación de fístulas, íleo paralítico, peritonitis, insuficiencia renal, traumatismo quirúrgico (p. ej., del uréter, vejiga o recto)
<i>Cirugía de la columna</i>	Desplazamiento del injerto óseo (en laminectomía o fusión vertebral), disfunción vesical o intestinal, fístula cefalorraquídea, hematoma, lesión de las raíces nerviosas, íleo paralítico, alteraciones neurosensitivas, edema o lesión de la médula espinal
<i>Cirugía del cuello</i>	Obstrucción de la vía aérea, aspiración, infarto cerebral, lesiones de pares craneales, formación de fístulas (p. ej., entre la hipofaringe y la piel), rechazo del colgajo (en la disección radical del cuello), hipertensión o hipotensión, hipoparatiroidismo (en tiroidectomía o paratiroidectomía), lesión de los nervios locales (p. ej., del nervio laríngeo), distrés respiratorio, tetania (en tiroidectomía), tormenta tiroidea, estenosis traqueal, parálisis de las cuerdas vocales
<i>Cirugía mamaria</i>	Celulitis, hematoma, linfedema, seroma
<i>Cirugía musculoesquelética</i>	Necrosis ósea, embolismo graso, contracturas de flexión, hematoma, luxación articular o desplazamiento de la prótesis, lesiones nerviosas, sepsis, herniación sinovial

<i>Cirugía ocular</i>	Endoftalmos, hipema, aumento de la presión intraocular, luxación del implante cristalino, edema macular, desprendimiento de retina, glaucoma secundario
<i>Cirugía rectal</i>	Formación de fístulas, formación de estenosis
<i>Cirugía torácica: injerto coronario</i>	Insuficiencia cardiovascular, insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria
<i>Cirugía torácica: toracotomía</i>	Síndrome de distrés respiratorio del adulto, fístula bronco-pleural, arritmias cardíacas, empiema de la cavidad torácica, infección en los lugares de inserción de los tubos de tórax, desplazamiento del mediastino, infarto de miocardio, neumotórax, edema pulmonar, enfisema subcutáneo
<i>Cirugía urológica</i>	Estenosis del cuello vesical, perforación vesical (intraoperatoria), epididimitis, flegmón parálitico, eyaculación retrógrada (en resección prostática o prostatectomía), necrosis del estroma, estenosis, obstrucción (en urostomía o nefrostomía), estenosis uretral, infección urinaria
<i>Cirugía vascular: otras</i>	Arritmias cardíacas, síndrome compartimental, fallo de la anastomosis, oclusión del injerto
<i>Cirugía vascular: resección de aneurisma aórtico</i>	Insuficiencia cardíaca congestiva, infarto de miocardio, insuficiencia renal, desgarro de la sutura → hemorragia, isquemia de la médula espinal
<i>Craneotomía</i>	Arritmias cardíacas, disfunción cerebral o cerebelosa, pérdidas de líquido cefalorraquídeo, lesiones de pares craneales, sangrado gastrointestinal, hematomas, hidrocefalia, higromas, hiper o hipotermia, hipoxemia, aumento de la presión intracraneal, meningitis o encefalitis, alteraciones neurológicas residuales, convulsiones
<i>Injertos de piel</i>	Edema, necrosis del colgajo, rechazo del injerto, hematoma

---

## CRÉDITOS

Con autorización de NANDA International (2006). *NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2005-2006*. Filadelfia: NANDA. [© de NANDA International]

Etiquetas, definiciones y actividades de *100 NIC labels*, reimpreso de *Nursing Intervention Classification*, 4.<sup>a</sup> ed., Dochterman et al. (2004) con la autorización de Elsevier Science.

Etiquetas, definiciones y actividades de *60 NOC labels*, reimpreso de *Nursing Outcomes Classification*, 3.<sup>a</sup> ed., Moorhead et al. (2004) con la autorización de Elsevier Science.



## ÍNDICE ANALÍTICO

- A**
- Aborto, espontáneo o inducido, 814
  - Abstinencia de drogas, 822
  - Abuso de sustancias, 804
  - Accidente cerebrovascular (ictus), 788
  - Aceptación: estado de salud
    - aflicción crónica, 32
    - afrentamiento individual: ineficaz, 64
    - ansiedad ante la muerte, 84
    - disposición para mejorar el
      - afrentamiento, 35
    - negación ineficaz, 504
    - tendencia a adoptar conductas de
      - riesgo para la salud, 180
  - Aclareamiento de las toxinas sistémicas:
    - diálisis
    - manejo ineficaz del régimen
      - terapéutico: personal, 610
  - Actividad, intolerancia a la, 20-25**
  - Actividad, riesgo de intolerancia a la, 25-27**
  - Actividad/descanso, campo, clases y diagnósticos, 963-964
  - Actividad/ejercicio, diagnósticos de enfermería, 958
  - Actividades recreativas, déficit de, 27-30**
  - Actuación del cuidador: cuidados
    - directos
    - afrentamiento familiar ineficaz:
      - incapacitante, 59
    - incumplimiento del tratamiento, 400
    - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, 232
  - Actuación del cuidador: cuidados
    - indirectos
    - afrentamiento familiar ineficaz:
      - incapacitante, 59
    - incumplimiento del tratamiento, 400
    - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, 233
  - Adaptación: estado de salud
    - afrentamiento defensivo, 46
  - Actuación parental
    - alteración de los procesos familiares, 574
    - alteración de los procesos familiares:
      - alcoholismo, 583
      - alteración parental, 528
    - dificultades para el mantenimiento del hogar, 474
    - riesgo de alteración parental, 535
  - Adaptación a la discapacidad física
    - afrentamiento defensivo, 46
    - afrentamiento individual: ineficaz, 64
    - baja autoestima situacional, 124
    - disposición para mejorar el
      - afrentamiento, 35
    - duelo anticipado, 300
    - tendencia a adoptar conductas de
      - riesgo para la salud, 180
    - trastorno de la imagen corporal, 367
  - Adaptación a la minusvalía física
    - desatención unilateral, 256
  - Adaptación del cuidador a la
    - institucionalización del paciente
      - afrentamiento individual: ineficaz, 64
    - conflicto del rol parental, 633
  - Adaptación del niño a la hospitalización
    - afrentamiento individual: ineficaz, 64
    - síndrome de estrés por traslado, 657
  - Adaptación del recién nacido
    - potencial de mejora de la organización
      - de la conducta del lactante, 170
  - Adiestramiento de la asertividad
    - conflicto en la toma de decisiones,
      - intervención, 715
    - disposición para mejorar la
      - comunicación, intervención, 163
    - disposición para mejorar la toma de
      - decisiones, intervención, 718
  - Adiestramiento de la memoria
    - alteración de los procesos del
      - pensamiento, intervención, 569
    - confusión crónica, intervención, 197
    - síndrome de interpretación alterada
      - del entorno, intervención, 315
    - trastorno de la comunicación verbal,
      - intervención, 167
    - trastorno de la memoria, intervención, 483
  - Adiestramiento del hábito urinario
    - alteración de la eliminación urinaria,
      - intervención, 310

- incontinencia urinaria de urgencia, intervención, 384
- incontinencia urinaria funcional, intervención, 388
- incontinencia urinaria refleja, intervención, 394
- riesgo de incontinencia urinaria de urgencia, intervención, 386
- Adiestramiento intestinal
  - incontinencia fecal, intervención, 378
- Adiestramiento para controlar impulsos
  - afrontamiento individual: ineficaz, intervención, 65
  - automutilación, intervención, 129
  - riesgo de automutilación, intervención, 135
  - riesgo de síndrome postraumático, intervención, 670
  - riesgo de violencia autodirigida, intervención, 737
  - síndrome postraumático, intervención, 667
- Administración de analgésicos
  - dolor agudo, intervención, 292
- Administración de medicamentos
  - deterioro de la integridad cutánea, intervención, 411
- Administración de medicamentos:
  - intramuscular
    - dificultad para mantener la respiración espontánea, intervención, 622
- Administración de medicamentos:
  - intravenosa
    - dificultad para mantener la respiración espontánea, intervención, 622
- Afecto padres/niños
  - interrupción de la lactancia materna, 435
  - riesgo de alteración del apego parental lactante/niño, 88
- Aflicción crónica, 31-34**
- Afrontamiento
  - afrontamiento defensivo, 46
  - afrontamiento individual: ineficaz, 64
  - alteración en el desempeño del rol, 630
  - ansiedad, 80
  - conflicto del rol parental, 633
  - disposición para mejorar el afrontamiento, 35
  - duelo anticipado, 300
  - duelo disfuncional, 306
  - riesgo de duelo complicado, 304
  - riesgo de síndrome postraumático, 670
  - síndrome de estrés por traslado, 657
  - síndrome postraumático, 666
  - síndrome traumático de violación, 673
  - tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, 180
- Afrontamiento, disposición para mejorar el, 34-37**
- Afrontamiento comunitario, potencial de mejora del, 38-41**
- Afrontamiento comunitario ineficaz, 41-45**
- Afrontamiento defensivo, 45-49**
- Afrontamiento familiar
  - afrontamiento familiar ineficaz:
    - incapacitante, 59
  - afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, 50
  - alteración de los procesos familiares, 574
  - alteración de los procesos familiares:
    - alcoholismo, 583
  - alteración parental, 528
  - disposición para mejorar los procesos familiares, 578
  - duelo anticipado, 300
  - duelo disfuncional, 306
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar, 603
  - riesgo de duelo complicado, 304
- Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, 49-52**
- Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido, 53-57**
- Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante, 58-62**
- Afrontamiento individual: ineficaz, 62-67**
- Afrontamiento/tolerancia al estrés
  - campo, clases y diagnósticos, 966-967
  - diagnósticos de enfermería, 960
- Aislamiento social, 68-72**
- Ajuste psicosocial
  - duelo anticipado, 300
- Ajuste psicosocial: cambio de vida
  - aflicción crónica, 32
  - afrontamiento individual: ineficaz, 64
  - alteración en el desempeño del rol, 630

- baja autoestima situacional, 124
- conflicto del rol parental, 633
- duelo disfuncional, 306
- síndrome de estrés por traslado, 657
- tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, 180
- trastorno de la imagen corporal, 367
- Alimentación
  - déficit del autocuidado: alimentación, intervención, 105
- Alimentación enteral por sonda
  - patrón de alimentación ineficaz del lactante, intervención, 73
- Alimentación ineficaz del lactante, patrón de, 72-76**
- Alimentación por biberón
  - interrupción de la lactancia materna, intervención, 436
  - patrón de alimentación ineficaz del lactante, intervención, 73
- Alteración del estilo de vida del cuidador
  - alteración en el desempeño del rol, 630
  - conflicto del rol parental, 633
  - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, 233
- Ambiente de la familia
  - alteración parental, 528
  - déficit de actividades recreativas, 28
  - duelo anticipado, 300
- Ambiente de la familia: interno
  - aislamiento social, 69
- Ambiente físico del hogar
  - dificultades para el mantenimiento del hogar, 474
  - síndrome de interpretación alterada del entorno, 314
- Ambiente social de la familia
  - alteración de los procesos familiares, 574
  - alteración de los procesos familiares: alcoholismo, 583
  - deterioro de la interacción social, 421
  - disposición para mejorar los procesos familiares, 578
- Ambulación
  - dificultad para caminar, 150
  - retraso en la recuperación quirúrgica, 594
- American Nurses Association*, 3
- Amigdalectomía, 832
- Angina/insuficiencia coronaria, 768
- Anomalías congénitas, 823
- Ansiedad, 76-83**
- Ansiedad ante la muerte, 83-87**
- Apego parental lactante/niño, riesgo de alteración del, 87-91**
- Apetito
  - alteración de la nutrición: por defecto, 511
  - alteraciones sensorceptivas, 645
  - deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo, 248
  - náuseas, 499
- Apoyo al cuidador
  - afrontamiento familiar ineficaz: comprometido, intervención, 55
  - afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante, intervención, 60
  - afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, intervención, 50
  - conflicto del rol parental, intervención, 634
  - incumplimiento del tratamiento, intervención, 401
  - riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 228
  - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 234
- Apoyo emocional
  - afrontamiento defensivo, intervención, 47
  - afrontamiento familiar ineficaz: comprometido, intervención, 55
  - afrontamiento individual: ineficaz, intervención, 65
  - ansiedad, intervención, 81
  - ansiedad ante la muerte, intervención, 86
  - duelo anticipado, intervención, 301
  - impotencia, intervención, 373
  - interrupción de la lactancia materna, intervención, 436
  - negación ineficaz, intervención, 504
  - riesgo de deterioro de la religiosidad, intervención, 619
  - riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 228
  - sufrimiento espiritual, intervención, 694
  - sufrimiento moral, intervención, 487

- tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, intervención, 181
- Apoyo en la toma de decisiones
  - afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, intervención, 50
  - afrontamiento individual: ineficaz, intervención, 65
  - alteración de los procesos del pensamiento, intervención, 569
  - alteración en el mantenimiento de la salud, intervención, 469
  - ansiedad ante la muerte, intervención, 86
  - conductas generadoras de salud, intervención, 185
  - conflicto del rol parental, intervención, 635
  - conflicto en la toma de decisiones, intervención, 715
  - confusión crónica, intervención, 197
  - disposición para mejorar la capacidad, intervención, 158
  - disposición para mejorar la esperanza, intervención, 319
  - disposición para mejorar la toma de decisiones, intervención, 718
  - manejo eficaz del régimen terapéutico: personal, intervención, 607
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico: personal, intervención, 611
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar, intervención, 603
  - riesgo de impotencia, intervención, 376
  - síndrome traumático de violación: reacción compuesta, intervención, 679
  - tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, intervención, 181
- Apoyo espiritual
  - aflicción crónica, intervención, 33
  - ansiedad ante la muerte, intervención, 86
  - deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo, intervención, 249
  - deterioro de la religiosidad, intervención, 615
  - disposición para mejorar la religiosidad, intervención, 618
  - riesgo de deterioro de la religiosidad, intervención, 619
  - riesgo de soledad, intervención, 685
  - riesgo de sufrimiento espiritual, intervención, 698
  - riesgo de suicidio, intervención, 700
  - síndrome de estrés por traslado, intervención, 658
  - sufrimiento espiritual, intervención, 695
  - sufrimiento moral, intervención, 487
- Apoyo familiar
  - afrontamiento familiar ineficaz: comprometido, intervención, 55
  - afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante, intervención, 60
  - afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, intervención, 50
  - alteración de los procesos familiares, intervención, 575
  - alteración parental, intervención, 530
  - déficit de actividades recreativas, intervención, 29
  - duelo anticipado, intervención, 301
  - duelo disfuncional, intervención, 307
- Apoyo familiar durante el tratamiento
  - alteración de los procesos familiares, 574
- Apoyo social
  - aislamiento social, 69
  - alteración en el mantenimiento de la salud, 468
  - alteración parental, 528
- Artritis, 764
- Asesoramiento
  - afrontamiento defensivo, intervención, 47
  - afrontamiento individual: ineficaz, intervención, 65
  - conflicto del rol parental, intervención, 635
  - desesperanza, intervención, 261
  - disfunción sexual, intervención, 280
  - negación ineficaz, intervención, 504
  - riesgo de baja autoestima situacional, intervención, 127

- riesgo de síndrome postraumático, intervención, 670
- síndrome postraumático, intervención, 667
- síndrome traumático de violación:
  - reacción compuesta, intervención, 679
- síndrome traumático de violación:
  - reacción silente, intervención, 682
- tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, intervención, 181
- Asesoramiento antes de la concepción
  - conductas generadoras de salud, intervención, 185
  - déficit de conocimientos, intervención, 204
- Asesoramiento en la lactancia materna
  - interrupción de la lactancia materna, intervención, 436
  - lactancia materna eficaz, intervención, 440
  - lactancia materna ineficaz, intervención, 445
- Asesoramiento nutricional
  - alteración de la nutrición: por exceso, intervención, 519
  - alteración de la protección, intervención, 588
  - déficit del autocuidado: alimentación, intervención, 105
  - disposición para mejorar la nutrición, intervención, 507
- Asesoramiento para la lactancia
  - alteración de la nutrición: por defecto, intervención, 512
  - déficit de conocimientos, intervención, 204
  - patrón de alimentación ineficaz del lactante, intervención, 73
- Asesoramiento sexual
  - alteración de los patrones de sexualidad, intervención, 550
  - disfunción sexual, intervención, 281
  - síndrome traumático de violación:
    - reacción compuesta, intervención, 679
  - síndrome traumático de violación:
    - reacción silente, intervención, 682
- Asesoramiento sobre recursos financieros
  - síndrome postraumático, intervención, 668
- Asfixia, riesgo de, 91-94**
- Asistencia en la ventilación
  - deterioro del intercambio gaseoso, intervención, 427
  - dificultad para mantener la respiración espontánea, intervención, 622
  - limpieza ineficaz de las vías aéreas, intervención, 733
  - patrón respiratorio ineficaz, intervención, 546
  - respuesta disfuncional al destete del respirador (DVWR), intervención, 264
- Asistencia postparto, sin complicaciones, 815
- Aspiración, riesgo de, 94-98**
- Aspiración de las vías aéreas
  - limpieza ineficaz de las vías aéreas, intervención, 733
  - patrón respiratorio ineficaz, intervención, 546
- Atención protocolizada, 5
- Autoconcepto, disposición para mejorar el, 98-101**
- Autocontención del suicidio
  - riesgo de suicidio, 700
  - riesgo de violencia autodirigida, 736
- Autocontrol de la ansiedad
  - ansiedad, 80
  - ansiedad ante la muerte, 84
  - negación ineficaz, 504
- Autocontrol de la conducta abusiva
  - riesgo de violencia autodirigida, 736
  - riesgo de violencia dirigida a otros, 740
- Autocontrol de la depresión
  - desesperanza, 260
- Autocontrol de la diabetes
  - riesgo de glucosa inestable, 352
- Autocontrol de pensamientos distorsionados
  - alteración de los procesos del pensamiento, 568
- Autocontrol del miedo
  - ansiedad ante la muerte, 84
  - negación ineficaz, 504
- Autocontrol del temor
  - temor, 705

- Autocuidado
  - estrés por sobrecarga, 335
- Autocuidado, comentario, déficit del, 101**
- Autocuidado, disposición para mejorar el, 101-102**
- Autocuidado: actividades básicas de la vida diaria (ADL)
  - déficit del autocuidado: alimentación, 104
  - déficit del autocuidado: baño/higiene, 109
  - déficit del autocuidado: uso del orinal/váter, 113
  - déficit del autocuidado:
    - vestido/acicalamiento, 117
  - desatención unilateral, 256
  - deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo, 248
  - intolerancia a la actividad, 21
  - retraso en la recuperación quirúrgica, 594
- Autocuidado: actividades instrumentales de la vida diaria (AVDI)
  - intolerancia a la actividad, 21
- Autocuidado: alimentación, déficit del, 103-107**
- Autocuidado: baño/higiene, déficit del, 107-111**
- Autocuidado: comer
  - alteración de la nutrición: por defecto, 511
  - déficit del autocuidado: alimentación, 104
- Autocuidado: higiene
  - déficit del autocuidado: baño/higiene, 109
  - déficit del autocuidado: uso del orinal/váter, 113
  - déficit del autocuidado:
    - vestido/acicalamiento, 117
- Autocuidado: higiene bucal
  - déficit del autocuidado: baño/higiene, 109
- Autocuidado: medicación no parenteral
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, 610
- Autocuidado: medicación parenteral
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, 610
- Autocuidado: uso del orinal/váter, déficit del, 111-116**
  - déficit del autocuidado: uso del orinal/váter, 113
  - riesgo de estreñimiento, 330
- Autocuidado: vestido/acicalamiento, déficit del, 116-120**
  - déficit del autocuidado:
    - vestido/acicalamiento, 117
- Autocuidado de la ostomía
  - déficit del autocuidado: baño/higiene, 109
  - déficit del autocuidado: uso del orinal/váter, 113
  - deterioro de la integridad tisular, 419
  - diarrea, 269
- Autoestima
  - afrentamiento defensivo, 46
  - alteración de los patrones de sexualidad, 549
  - baja autoestima crónica, 121
  - baja autoestima situacional, 124
  - disposición para mejorar el autoconcepto, 99
  - riesgo de baja autoestima situacional, 127
  - síndrome traumático de violación:
    - reacción compuesta, 678
  - trastorno de la imagen corporal, 367
- Autoestima crónica, baja, 120-123**
- Autoestima situacional, baja, 123-126**
- Autoestima situacional, riesgo de baja, 126-127**
- Autogestión de los cuidados
  - alteración en el mantenimiento de la salud, 468
- Automutilación, 127-133**
- Automutilación, riesgo de, 133-139**
- Autonomía personal
  - conflicto en la toma de decisiones, 714
  - disposición para mejorar el autoconcepto, 99
  - disposición para mejorar la capacidad, 157
  - disposición para mejorar la toma de decisiones, 717
  - impotencia, 372
  - riesgo de impotencia, 375
  - síndrome traumático de violación:
    - reacción compuesta, 678
  - sufrimiento moral, 486

- Autopercepción, campo, clases y diagnósticos, 965
- Ayuda al autocambio
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 611
- Ayuda al mantenimiento del hogar
  - deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo, intervención, 249
  - dificultades para el mantenimiento del hogar, intervención, 475
  - estrés por sobrecarga, intervención, 336
  - intolerancia a la actividad, intervención, 22
- Ayuda con recursos financieros
  - alteración en el mantenimiento de la salud, intervención, 469
  - impotencia, intervención, 373
- Ayuda del autocuidado: baño/higiene
  - incontinencia urinaria de urgencia, intervención, 384
- Ayuda en el autocuidado
  - alteración en el mantenimiento de la salud, intervención, 469
  - déficit del autocuidado: alimentación, intervención, 105
  - desatención unilateral, intervención, 257
  - deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo, intervención, 249
  - dificultad para moverse de la cama, intervención, 491
  - estrés por sobrecarga, intervención, 336
  - intolerancia a la actividad, intervención, 22
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 611
  - retraso en la recuperación quirúrgica, intervención, 595
- Ayuda en el autocuidado: actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)
  - alteración en el mantenimiento de la salud, intervención, 469
- Ayuda en el autocuidado: alimentación
  - alteración de la nutrición: por defecto, intervención, 512
- Ayuda en el autocuidado: aseo
  - déficit del autocuidado: uso del orinal/váter, intervención, 114
  - riesgo de estreñimiento, intervención, 331
- Ayuda en el autocuidado: AVDI
  - intolerancia a la actividad, intervención, 22
- Ayuda en el autocuidado: baño/higiene
  - déficit del autocuidado: baño/higiene, intervención, 110
  - déficit del autocuidado: uso del orinal/váter, intervención, 114
  - incontinencia urinaria funcional, intervención, 388
- Ayuda en el autocuidado: desplazamiento
  - dificultad en la habilidad para trasladarse en la silla de ruedas, intervención, 722
- Ayuda en el autocuidado: traslado
  - dificultad para manejar la silla de ruedas, intervención, 464
  - trastorno de la movilidad física, intervención, 495
- Ayuda en el autocuidado: vestido/arreglo personal
  - déficit del autocuidado: vestido/acicalamiento, intervención, 118
- Ayuda en la lactancia materna
  - alteración de la nutrición: por defecto, intervención, 512
  - déficit de conocimientos, intervención, 204
  - lactancia materna eficaz, intervención, 440
  - lactancia materna ineficaz, intervención, 445
  - patrón de alimentación ineficaz del lactante, intervención, 73
- Ayuda para dejar de fumar
  - conductas generadoras de salud, intervención, 185
- Ayuda para disminuir peso
  - alteración de la nutrición: por exceso, intervención, 519

## 994 Índice analítico

- Ayuda para ganar peso
  - alteración de la nutrición: por defecto, intervención, 512
- Ayudar a controlar la ira
  - riesgo de automutilación, intervención, 135
  - riesgo de síndrome postraumático, intervención, 670
  - riesgo de violencia dirigida a otros, intervención, 741
- Ayudar al autocambio
  - afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, intervención, 50
  - alteración de la protección, intervención, 588
  - conductas generadoras de salud, intervención, 185
  - disposición para mejorar la esperanza, intervención, 319
  - incumplimiento del tratamiento, intervención, 401
  - manejo eficaz ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 607
  - negación ineficaz, intervención, 504
  - tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, intervención, 181
- Ayudar al intercambio
  - alteración en el mantenimiento de la salud, intervención, 469
- B**
- Balance hídrico
  - disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos, 749
- Bienestar
  - aislamiento social, 69
  - alteración del campo energético, 154
  - alteración del patrón de sueño, 540
  - conductas generadoras de salud, 183
  - disposición para mejorar el afrontamiento, 35
  - disposición para mejorar el bienestar, 139
  - disposición para mejorar la religiosidad, 617
  - disposición para mejorar la toma de decisiones, 717
  - potencial de mejora del bienestar espiritual, 142
  - sufrimiento moral, 486
- Bienestar, disposición para mejorar el, 139-141**
- Bienestar del cuidador
  - afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante, 59
  - afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, 50
  - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, 233
- Bienestar espiritual
  - alteración del campo energético, 154
  - ansiedad ante la muerte, 84
  - deterioro de la religiosidad, 614
  - disposición para mejorar la religiosidad, 617
  - riesgo de deterioro de la religiosidad, 619
  - sufrimiento espiritual, 694
  - sufrimiento moral, 486
- Bienestar espiritual, potencial de mejora del, 141-143**
- C**
- Caídas, riesgo de, 143-148**
- Calidad de vida
  - baja autoestima crónica, 121
  - desesperanza, 260
  - disposición para mejorar el bienestar, 139
  - disposición para mejorar la esperanza, 318
  - potencial de mejora del bienestar espiritual, 142
  - síndrome de estrés por traslado, 657
- Cambio de posición
  - limpieza ineficaz de las vías aéreas, intervención, 733
- Cambio de posición: intraoperatorio
  - riesgo de lesión perioperatoria, intervención, 460
- Cambio de posición corporal
  - desatención unilateral, 256
- Cambio de posición corporal:
  - autoiniciado
    - alteraciones sensorperceptivas, 645
    - dificultad para moverse de la cama, 490

- Cambio en el plan de nacimiento, 816
- Caminar, dificultad para, 148-153**
- Campo energético, alteración del, 153-156**
- Cáncer, 765, 973
- Capacidad, disposición para mejorar la, 157-158**
- Capacidad adaptativa intracraneal, disminución de la, 159-162**
- Capacidad cognitiva
- confusión crónica, 196
  - deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo, 248
  - trastorno de la memoria, 483
- Capacidad de comunicación
- disposición para mejorar la comunicación, 163
  - trastorno de la comunicación verbal, 166
- Cardiopatías, 767
- Cateterismo urinario
- retención urinaria, intervención, 627
- Cateterización urinaria: intermitente
- incontinencia urinaria refleja, intervención, 394
- Cese del abuso
- riesgo de violencia dirigida a otros, 740
- Chequeo sanitario
- afrentamiento comunitario ineficaz, intervención, 43
  - alteración del crecimiento y desarrollo, intervención, 224
  - alteración en el mantenimiento de la salud, intervención, 469
  - conductas generadoras de salud, intervención, 185
  - potencial de mejora de la organización de la conducta del lactante, intervención, 170
  - riesgo de alteración del desarrollo, intervención, 253
  - riesgo de infección, intervención, 406
  - riesgo de la alteración del crecimiento, intervención, 220
  - riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 229
- Cirugía
- abdominal, 792, 983
  - de la columna, 983
  - de la columna vertebral, 794
  - de la oreja/otoplastia, 794
  - del cuello, 795, 983
  - mamaria, 796, 983
  - musculoesquelética, 797, 983
  - ocular, 984
  - oftalmológica, 798
  - rectal, 799, 984
  - torácica, 799
  - torácica: injerto coronario, 984
  - torácica: toracotomía, 984
  - urológica, 800, 984
  - vascular, 801
  - vascular: otras, 984
  - vascular: resección de aneurisma aórtico, 984
- Clarificación de valores
- baja autoestima crónica, intervención, 121
  - conductas generadoras de salud, intervención, 185
  - deterioro de la religiosidad, intervención, 615
  - disposición para mejorar la capacidad, intervención, 158
  - disposición para mejorar la esperanza, intervención, 319
  - disposición para mejorar la toma de decisiones, intervención, 718
  - estreñimiento subjetivo, intervención, 333
  - potencial de mejora del bienestar espiritual, intervención, 142
  - síndrome de estrés por traslado, intervención, 658
  - tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, intervención, 181
- Coagulación sanguínea
- alteración de la protección, 587
- Cognición
- alteración de la perfusión tisular, 558
  - alteración de los procesos del pensamiento, 568
- Cognitivo/perceptual, diagnósticos de enfermería, 960
- Competencia comunitaria
- manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad, 599
  - potencial de mejora del afrontamiento comunitario, 39

- Componentes de los planes de atención del diagnóstico de enfermería, 6
- Comunicación, disposición para mejorar la, 162-164**
- Comunicación: capacidad expresiva
  - disposición para mejorar la comunicación, 163
  - trastorno de la comunicación verbal, 166
- Comunicación: capacidad receptiva
  - alteraciones sensorceptivas, 645
  - disposición para mejorar la comunicación, 163
  - trastorno de la comunicación verbal, 166
- Comunicación verbal, trastorno de la, 165-169**
- Concentración
  - alteración de los procesos del pensamiento, 568
  - ansiedad, 80
  - confusión crónica, 196
  - síndrome de interpretación alterada del entorno, 315
  - trastorno de la memoria, 483
- Concentración plasmática de glucosa
  - riesgo de glucosa inestable, 352
- Conducta de adhesión
  - conductas generadoras de salud, 183
  - incumplimiento del tratamiento, 401
  - manejo eficaz de régimen terapéutico: personal, 606
- Conducta de búsqueda de la salud
  - afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, 50
  - alteración en el mantenimiento de la salud, 468
  - conductas generadoras de salud, 183
  - tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, 180
- Conducta de compensación auditiva
  - alteraciones sensorceptivas, 645
- Conducta de compensación visual
  - alteraciones sensorceptivas, 646
- Conducta de cumplimiento
  - incumplimiento del tratamiento, 401
  - manejo eficaz ineficaz de régimen terapéutico: personal, 606
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, 610
  - tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, 180
- Conducta de fomento de la salud
  - afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, 50
  - alteración de la protección, 587
  - alteración en el mantenimiento de la salud, 468
  - conductas generadoras de salud, 183
  - disposición para mejorar el estado de inmunización, 322
- Conducta de inmunización
  - alteración de la protección, 587
  - disposición para mejorar el estado de inmunización, 322
- Conducta de salud prenatal
  - conductas generadoras de salud, 183
- Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar
  - alteración parental, 528
  - contaminación, 212
  - riesgo de contaminación, 215
  - riesgo de intoxicación, 432
  - riesgo de lesión, 454
  - vagabundeo, 728
- Conducta de seguridad: personal
  - riesgo de contaminación, 215
  - riesgo de intoxicación, 432
  - riesgo de lesión, 454
- Conducta de seguridad: prevención de las caídas
  - riesgo de caídas, 145
  - síndrome de interpretación alterada del entorno, 315
  - vagabundeo, 728
- Conducta del lactante, potencial de mejora de la organización de la, 169-172**
- Conducta desorganizada del lactante, 172-177**
- Conducta desorganizada del lactante, riesgo de, 177-179**
- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión
  - alteración en el mantenimiento de la salud, 468
  - incumplimiento del tratamiento, 401
  - manejo eficaz ineficaz de régimen terapéutico: personal, 606

- manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, 610
- Conductas de riesgo para la salud, tendencia a adoptar, 179-182**
- Conductas generadoras de salud (especificar), 182-188**
- Confort, campo, clases y diagnósticos, 969
- Confusión aguda, 188-193**
- Confusión aguda, riesgo de, 193-195**
- Confusión crónica, 196-201**
- Conocimiento: conductas de salud alteración en el mantenimiento de la salud, 468
  - disposición para mejorar los conocimientos, 209
  - estreñimiento subjetivo, 332
- Conocimiento: control de la diabetes riesgo de glucosa inestable, 352
- Conocimiento: cuidado de la ostomía déficit del autocuidado: uso del orinal/váter, 113
- Conocimiento: cuidado del lactante disposición para mejorar el rol parental, 637
- Conocimiento: dieta
  - disposición para mejorar la nutrición, 507
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, 610
- Conocimiento: fomento de la salud alteración en el mantenimiento de la salud, 468
  - conductas generadoras de salud, 183
  - disposición para mejorar el estado de inmunización, 322
  - disposición para mejorar los conocimientos, 209
- Conocimiento: lactancia materna interrupción de la lactancia materna, 435
  - lactancia materna ineficaz, 444
- Conocimiento: prevención de caídas riesgo de caídas, 145
- Conocimiento: recursos sanitarios afrontamiento individual: ineficaz, 64
  - alteración en el mantenimiento de la salud, 468
  - conductas generadoras de salud, 183
  - disposición para mejorar los conocimientos, 209
- disposición para mejorar los conocimientos, 209
- Conocimiento: régimen terapéutico alteración en el mantenimiento de la salud, 468
  - manejo eficaz ineficaz de régimen terapéutico: personal, 606
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, 610
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar, 603
- Conocimiento: rol parental
  - disposición para mejorar el rol parental, 637
- Conocimiento: seguridad infantil disposición para mejorar el rol parental, 637
- Conocimiento: seguridad personal riesgo de traumatismo, 725
- Conocimientos, déficit de (especificar), 201-207**
- Conocimientos (especificar), disposición para mejorar los, 208-209**
- Consecuencias de la adicción a sustancias alteración de los procesos familiares: alcoholismo, 583
- Consecuencias de la inmovilidad:
  - fisiológicas
  - dificultad para moverse de la cama, 490
  - retraso en la recuperación quirúrgica, 594
  - riesgo de deterioro de la integridad cutánea, 414
  - riesgo de síndrome de desuso, 652
- Consecuencias de la inmovilidad:
  - psicocognitivas
  - riesgo de síndrome de desuso, 652
- Conservación de energía
  - fatiga, 339
  - intolerancia a la actividad, 21
  - intolerancia a la actividad, 25
- Conservación de la fertilidad déficit de conocimientos, intervención, 204
- Consulta
  - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 234
- Contaminación, 210-214**
- Contaminación, riesgo de, 214-217**

- Contención de automutilación
  - automutilación, 129
  - riesgo de automutilación, 134
  - síndrome postraumático, 666
  - trastorno de la identidad personal, 363
  - riesgo de violencia autodirigida, 736
- Contención del parto prematuro, 816
- Continencia intestinal
  - diarrea, 269
  - incontinencia fecal, 377
- Continencia urinaria
  - alteración de la eliminación urinaria, 310
  - incontinencia urinaria funcional, 388
  - incontinencia urinaria por rebosamiento, 391
  - incontinencia urinaria refleja, 394
  - retención urinaria, 626
  - riesgo de incontinencia urinaria de urgencia, 386
- Control comunitario de riesgos:
  - enfermedad transmisible
  - riesgo de infección, 405
  - potencial de mejora del afrontamiento comunitario, 39
- Control comunitario del riesgo:
  - enfermedades crónicas
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad, 599
  - afrontamiento comunitario ineficaz, 42
- Control comunitario del riesgo:
  - exposición al plomo
  - contaminación, 212
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad, 599
  - potencial de mejora del afrontamiento comunitario, 39
- Control comunitario del riesgo:
  - violencia
  - afrontamiento comunitario ineficaz, 42
- Control de electrolitos
  - déficit de volumen de líquidos, intervención, 746
- Control de estados convulsivos
  - disminución de la capacidad adaptativa intracraneal, 159
- Control de hemorragias
  - disminución del gasto cardiaco, intervención, 348
- Control de infecciones
  - retraso en la recuperación quirúrgica, intervención, 595
  - riesgo de infección, intervención, 406
- Control de la agresión
  - riesgo de síndrome postraumático, 670
  - riesgo de violencia dirigida a otros, 740
- Control de la ansiedad
  - respuesta disfuncional al destete del respirador (DVWR), 263
  - síndrome traumático de violación:
    - reacción silente, 681
- Control de la aspiración
  - riesgo de asfixia, 92
- Control de la depresión
  - aflicción crónica, 32
  - dolor crónico, 296
  - impotencia, 372
  - riesgo de síndrome postraumático, 670
- Control de la diabetes
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, 610
- Control de la glucosa sanguínea
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, 610
- Control de la política sanitaria
  - manejo eficaz ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 607
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad, intervención, 600
  - potencial de mejora del afrontamiento comunitario, intervención, 39
- Control de la presión
  - riesgo de traumatismo, intervención, 725
- Control de las enfermedades contagiosas
  - contaminación, intervención, 213
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad, intervención, 600
- Control de las náuseas
  - náuseas, intervención, 500
  - retraso en la recuperación quirúrgica, intervención, 595
- Control de los impulsos
  - afrontamiento individual: ineficaz, 64
  - automutilación, 129
  - riesgo de automutilación, 135

- riesgo de violencia dirigida a otros, 740
- síndrome postraumático, 666
- Control de los síntomas
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, 606
  - negación ineficaz, 504
- Control de náuseas y vómitos
  - náuseas, 499
- Control de pensamientos distorsionados
  - alteraciones sensorceptivas, 645, 646
  - confusión aguda, 190
  - confusión crónica, 197
  - trastorno de la identidad personal, 363
- Control del asma
  - riesgo de asfixia, 92
  - riesgo de asfixia, intervención, 93
- Control del comportamiento
  - riesgo de violencia dirigida a otros, intervención, 741
- Control del dolor
  - dolor agudo, 291
  - dolor crónico, 296
- Control del peso
  - alteración de la nutrición: por exceso, 518
  - riesgo de alteración de la nutrición: por exceso, 523
- Control del recién nacido
  - riesgo de conducta desorganizada del lactante, intervención, 178
- Control del riesgo
  - manejo eficaz ineficaz de régimen terapéutico: personal, 606
  - riesgo de contaminación, 215
  - riesgo de lesión, 454
- Control del riesgo: cáncer
  - conductas generadoras de salud, 184
- Control del riesgo: consumo de alcohol
  - afrontamiento individual: ineficaz, 64
  - conductas generadoras de salud, 184
- Control del riesgo: consumo de drogas
  - afrontamiento individual: ineficaz, 64
  - conductas generadoras de salud, 184
- Control del riesgo: consumo de tabaco
  - conductas generadoras de salud, 184
- Control del riesgo: deterioro auditivo
  - conductas generadoras de salud, 184
- Control del riesgo: deterioro visual
  - conductas generadoras de salud, 184
- Control del riesgo: embarazo no deseado
  - conductas generadoras de salud, 184
- Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual (ETS)
  - conductas generadoras de salud, 184
  - disfunción sexual, 280
  - riesgo de infección, 405
- Control del riesgo: salud cardiovascular
  - conductas generadoras de salud, 184
- Control del síntoma
  - estreñimiento, 326
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, 610
- Control respiratorio
  - alteración de la perfusión tisular, intervención, 562
  - dificultad para mantener la respiración espontánea, intervención, 622
- Control y seguimiento de la nutrición
  - alteración de la nutrición: por defecto, intervención, 512
  - alteración de la nutrición: por exceso, intervención, 519
  - alteración del crecimiento y desarrollo, intervención, 224
  - alteraciones sensorceptivas, intervención, 647
  - déficit de volumen de líquidos, intervención, 746
  - déficit del autocuidado: alimentación, intervención, 105
  - deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo, intervención, 249
  - náuseas, intervención, 500
  - riesgo de alteración de la nutrición: por exceso, intervención, 523
  - riesgo de déficit de volumen de líquidos, intervención, 757
  - riesgo de la alteración del crecimiento, intervención, 220
- Control y seguimiento neurológico
  - alteración de la perfusión tisular periférica, intervención, 553
  - alteración de los procesos del pensamiento, intervención, 570
  - alteraciones sensorceptivas, 647
  - alteraciones sensorceptivas, intervención, 648

1000 Índice analítico

- conducta desorganizada del lactante, intervención, 175
- confusión aguda, intervención, 190
- confusión crónica, intervención, 198
- disminución de la capacidad adaptativa intracraneal, intervención, 160
- disminución del gasto cardiaco, intervención, 348
- riesgo de confusión aguda, intervención, 194
- riesgo de disreflexia autónoma, intervención, 288
- síndrome de interpretación alterada del entorno, intervención, 315
- trastorno de la memoria, intervención, 483
- Control y seguimiento respiratorio
  - deterioro del intercambio gaseoso, intervención, 427
  - patrón respiratorio ineficaz, intervención, 546
  - respuesta alérgica al látex, intervención, 449
  - respuesta disfuncional al destete del respirador (DVWR), intervención, 264
  - riesgo de asfixia, intervención, 93
  - riesgo de aspiración, intervención, 96
- Coordinación de movimientos
  - dificultad para caminar, 150
  - riesgo de caídas, 145
- Craneotomía, 802
- Crecimiento, riesgo de alteración del, 217-221**
- Crecimiento/desarrollo, campo, clases y diagnósticos, 969-970
- Crecimiento y desarrollo, alteración del, 221-226**
- Creencias sobre la salud
  - conductas generadoras de salud, 184
  - disposición para mejorar la capacidad, 157
  - estreñimiento subjetivo, 332
  - impotencia, 372
- Creencias sobre la salud: amenaza percibida
  - negación ineficaz, 504
- Creencias sobre la salud: capacidad percibida de actuar
  - disposición para mejorar la capacidad, 157
  - impotencia, 372
  - riesgo de impotencia, 375
- Creencias sobre la salud: control percibido
  - disposición para mejorar la capacidad, 157
  - impotencia, 372
  - riesgo de impotencia, 375
- Creencias sobre la salud: recursos percibidos
  - alteración en el mantenimiento de la salud, 468
  - disposición para mejorar la capacidad, 157
  - impotencia, 372
- Crisis de células falciformes, 832
- Cuidado cardiaco
  - disminución del gasto cardiaco, intervención, 348
- Cuidado cardiaco: durante el episodio agudo
  - alteración de la perfusión tisular, intervención, 562
- Cuidado circulatorio: dispositivo mecánico de ayuda
  - disminución del gasto cardiaco, intervención, 348
- Cuidado circulatorio: insuficiencia arterial
  - alteración de la perfusión tisular periférica, intervención, 553
  - riesgo de disfunción neurovascular periférica, intervención, 276
  - riesgo de infección, intervención, 406
  - riesgo de lesión perioperatoria, intervención, 460
- Cuidado circulatorio: insuficiencia venosa
  - alteración de la perfusión tisular periférica, intervención, 553
  - disminución del gasto cardiaco, intervención, 348
  - riesgo de disfunción neurovascular periférica, intervención, 276
  - riesgo de lesión perioperatoria, intervención, 460
- Cuidado de la incontinencia intestinal
  - incontinencia fecal, intervención, 378

- Cuidado de la incontinencia urinaria  
 incontinencia urinaria de esfuerzo,  
 intervención, 382  
 incontinencia urinaria de urgencia,  
 intervención, 384  
 incontinencia urinaria refleja,  
 intervención, 394  
 incontinencia urinaria total,  
 intervención, 398
- Cuidado de la ostomía  
 déficit de conocimientos, intervención,  
 204  
 déficit del autocuidado: baño/higiene,  
 intervención, 110  
 déficit del autocuidado: uso del  
 orinal/váter, intervención, 114  
 deterioro de la integridad tisular,  
 intervención, 419  
 diarrea, intervención, 269
- Cuidado de la piel: tratamientos tópicos  
 deterioro de la integridad tisular,  
 intervención, 420
- Cuidado de la retención urinaria  
 incontinencia urinaria por  
 rebosamiento, intervención, 392  
 retención urinaria, intervención, 627
- Cuidado de las heridas  
 automutilación, intervención, 129  
 deterioro de la integridad cutánea,  
 intervención, 411  
 deterioro de la integridad tisular,  
 intervención, 419  
 retraso en la recuperación quirúrgica,  
 intervención, 595  
 riesgo de deterioro de la integridad  
 cutánea, intervención, 415  
 riesgo de infección, intervención,  
 406
- Cuidado de las úlceras por presión  
 deterioro de la integridad cutánea,  
 intervención, 411  
 deterioro de la integridad tisular,  
 intervención, 420
- Cuidado de niños (hasta un año)  
 riesgo de alteración del desarrollo,  
 intervención, 253
- Cuidado de urgencia  
 contaminación, intervención, 213  
 respuesta alérgica al látex,  
 intervención, 449
- Cuidado del cabello  
 déficit del autocuidado:  
 vestido/acicalamiento, intervención,  
 118
- Cuidado del embolismo: periférico  
 alteración de la perfusión tisular  
 periférica, intervención, 553  
 disminución del gasto cardiaco,  
 intervención, 348
- Cuidado del embolismo: pulmonar  
 alteración de la perfusión tisular,  
 intervención, 562
- Cuidado del lactante  
 patrón de alimentación ineficaz del  
 lactante, intervención, 74  
 potencial de mejora de la organización  
 de la conducta del lactante,  
 intervención, 170  
 riesgo de conducta desorganizada del  
 lactante, intervención, 178  
 riesgo de la alteración del crecimiento,  
 intervención, 220
- Cuidado del recién nacido  
 alteración del crecimiento y desarrollo,  
 intervención, 224  
 alteración parental, intervención, 530  
 conducta desorganizada del lactante,  
 intervención, 175  
 hipertermia, intervención, 356  
 hipotermia, intervención, 360  
 potencial de mejora de la organización  
 de la conducta del lactante,  
 intervención, 170  
 riesgo de alteración de la temperatura  
 corporal, intervención, 709  
 riesgo de alteración del desarrollo,  
 intervención, 253  
 riesgo de conducta desorganizada del  
 lactante, intervención, 178  
 termorregulación ineficaz,  
 intervención, 712
- Cuidado del sitio de incisión  
 deterioro de la integridad cutánea,  
 intervención, 411  
 deterioro de la integridad tisular,  
 intervención, 420  
 retraso en la recuperación quirúrgica,  
 intervención, 595  
 riesgo de deterioro de la integridad  
 cutánea, intervención, 415

## 1002 Índice analítico

- riesgo de infección, intervención, 406
  - Cuidado durante el parto: parto de alto riesgo
    - riesgo de lesión, intervención, 455
  - Cuidado en el reposo en cama
    - dificultad para moverse de la cama, intervención, 491
    - retraso en la recuperación quirúrgica, intervención, 595
    - riesgo de deterioro de la integridad cutánea, intervención, 415
  - Cuidado en la agonía
    - ansiedad ante la muerte, intervención, 86
    - sufrimiento espiritual, intervención, 695
  - Cuidado marsupial
    - alteración parental, intervención, 530
  - Cuidado para dar un descanso
    - riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 229
    - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 234
  - Cuidado para dar un respiro
    - afrontamiento familiar ineficaz:
      - comprometido, intervención, 55
    - afrontamiento familiar ineficaz:
      - incapacitante, intervención, 60
    - afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, intervención, 50
  - Cuidado perineal
    - incontinencia fecal, intervención, 378
    - incontinencia urinaria por rebosamiento, intervención, 392
    - incontinencia urinaria refleja, intervención, 394
  - Cuidador, riesgo de sobreesfuerzo en el rol de, 227-229**
  - Cuidador, sobreesfuerzo en el rol de, 230-237**
  - Cuidados de emergencia
    - dificultad para mantener la respiración espontánea, intervención, 623
  - Cuidados de la embolia: pulmonar
    - deterioro del intercambio gaseoso, intervención, 427
  - Cuidados del desarrollo
    - riesgo de alteración del desarrollo, intervención, 253
  - Cuidados del lactante
    - alteración del crecimiento y desarrollo, intervención, 224
    - conducta desorganizada del lactante, intervención, 175
  - Cuidados esenciales: higiene bucal
    - alteración de la dentición, 243
  - Cuidados prenatales
    - conductas generadoras de salud, intervención, 185
  - Cumulative Index of Nursing y Allied Health, 3*
  - Curación de las heridas por primera intención
    - deterioro de la integridad cutánea, 410
    - deterioro de la integridad tisular, 419
    - retraso en la recuperación quirúrgica, 594
    - riesgo de deterioro de la integridad cutánea, 414
    - riesgo de infección, 405
  - Curación de las heridas por segunda intención
    - deterioro de la integridad cutánea, 410
    - deterioro de la integridad tisular, 419
    - riesgo de infección, 405
- ## D
- Deambulación
    - trastorno de la movilidad física, 494
  - Deambulación: silla de ruedas
    - dificultad para manejar la silla de ruedas, 463
    - trastorno de la movilidad física, 494
  - Déficit del autocuidado: uso del orinal/váter
    - incontinencia urinaria funcional, 388
  - Deglución, deterioro de la, 237-242**
  - Dentición, alteración de la, 242-246**
  - Depresión grave, 805
  - Derivación
    - déficit del autocuidado: alimentación, intervención, 105
  - Desarrollo, deterioro de la capacidad del adulto para mantener su, 246-250**
  - Desarrollo, riesgo de alteración del, 250-255**
  - Desarrollo de la salud comunitaria
    - afrontamiento comunitario ineficaz, intervención, 43

- manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad, intervención, 600
- riesgo de contaminación, intervención, 216
- Desarrollo de programas
  - potencial de mejora del afrontamiento comunitario, intervención, 40
- Desarrollo del niño
  - afrontamiento defensivo, 46
  - alteración del crecimiento y desarrollo, 223
  - alteración parental, 528
  - conducta desorganizada del lactante, 174
  - deterioro de la interacción social, 421
  - potencial de mejora de la organización de la conducta del lactante, 170
  - riesgo de alteración del desarrollo, 252
  - riesgo de conducta desorganizada del lactante, 178
  - riesgo de la alteración del crecimiento, 219
  - trastorno de la imagen corporal, 367
- Desatención unilateral, 255-258**
- Descanso
  - deprivación del sueño, 688
  - disposición para mejorar el sueño, 690
- Descriptores de los ejes seleccionados por NANDA internacional, 971-972
- Desempeño del rol
  - afrontamiento individual: ineficaz, 64
  - alteración de los patrones de sexualidad, 549
  - alteración de los procesos familiares: alcoholismo, 583
  - alteración en el desempeño del rol, 630
  - alteración parental, 529
  - conflicto del rol parental, 633
  - disposición para mejorar el afrontamiento, 35
  - disposición para mejorar la toma de decisiones, 718
  - estrés por sobrecarga, 335
  - riesgo de alteración del apego parental lactante/niño, 88
  - riesgo de alteración parental, 535
  - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, 233
- Deseo de vivir
  - desesperanza, 260
  - deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo, 248
  - riesgo de suicidio, 700
- Desesperanza, 258-261**
- Destete del respirador (DVWR), respuesta disfuncional al, 261-267**
- Destete de la ventilación mecánica
  - patrón respiratorio ineficaz, intervención, 546
  - respuesta disfuncional al destete del respirador (DVWR), intervención, 265
- Detección del riesgo
  - alteración en el mantenimiento de la salud, 468
- Diabetes gestacional, 817
- Diabetes mellitus/hipoglucemia, 771
- Diagnósticos de enfermería, 6-11
  - actividades de enfermería, 10
  - aprobados por NANDA internacional 2007-2008, 957-961
  - características definitorias, 6
  - definición, 6
  - factores de riesgo, 8
  - factores relacionados, 8
  - incorporado en la vía clave, 5
  - intervenciones NIC, 9
  - objetivos/criterios de evaluación, 9
  - otros posibles diagnósticos, 8
  - resultados NOC, 8
  - sugerencias de uso, 8
  - utilizado para denominar la variación, 5
- Diarrea, 268-272**
- Dificultad respiratoria, 824
- Dignidad humana, riesgo de compromiso de la, 272-274**
- Disfunción neurovascular periférica, riesgo de, 275-278**
- Disfunción sexual, 278-282**
- Disposición para el alta: asistencia
  - riesgo de síndrome de estrés del traslado, 662
- Disposición para el alta: vida independiente
  - síndrome de estrés por traslado, 657
- Disreflexia autónoma, 283-286**

**Disreflexia autónoma, riesgo de, 286-289**

Dolor abdominal o síndrome de colon irritable, 787

**Dolor agudo, 289-295**

**Dolor crónico, 295-298**

Dolor de pecho, 817

Dolor: efectos nocivos

dolor crónico, 296

Dolor: respuesta psicológica adversa

dolor crónico, 296

**Duelo anticipado, 298-303**

**Duelo complicado, riesgo de, 303-304**

**Duelo disfuncional, 305-309**

**E**

Edema pulmonar, 775

Educación: cuidado del bebé

riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante, intervención, 664

Educación parental: adolescente

alteración de los procesos familiares, intervención, 575

dificultades para el mantenimiento del hogar, intervención, 475

riesgo de alteración del desarrollo, intervención, 253

Educación parental: familia con niños

dificultades para el mantenimiento del hogar, intervención, 475

Educación parental: familia que educa

hijos  
alteración de los procesos familiares, intervención, 575

Educación parental: niño pequeño

alteración de los procesos familiares, intervención, 575

Educación parental: niños

riesgo de alteración del desarrollo, intervención, 253

Educación paterna: adolescentes

alteración parental, intervención, 530

déficit de conocimientos, intervención, 204

disposición para mejorar el rol parental, intervención, 638

riesgo de alteración parental, intervención, 536

trastorno de la imagen corporal, intervención, 368

Educación paterna: crianza familiar de los niños

alteración del crecimiento y desarrollo, intervención, 224

alteración parental, intervención, 530

déficit de conocimientos, intervención, 204

disposición para mejorar el rol parental, intervención, 638

riesgo de alteración parental, intervención, 536

riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 229

riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante, intervención, 664

trastorno de la imagen corporal, intervención, 368

Educación paterna: familia con un nuevo bebé

alteración parental, intervención, 530

déficit de conocimientos, intervención, 204

disposición para mejorar el rol parental, intervención, 638

Educación paterna: lactante

riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 229

Educación paterna: niño pequeño

riesgo de alteración del apego parental lactante/niño, intervención, 89

riesgo de conducta desorganizada del lactante, intervención, 178

Educación sanitaria

afrontamiento comunitario ineficaz, intervención, 43

afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, intervención, 50

alteración de la protección, intervención, 589

alteración en el mantenimiento de la salud, intervención, 469

conductas generadoras de salud, intervención, 185

contaminación, intervención, 213

déficit de conocimientos, intervención, 204

disposición para mejorar la capacidad, intervención, 158

disposición para mejorar los conocimientos, intervención, 209

- estreñimiento subjetivo, intervención, 333
- incumplimiento del tratamiento, intervención, 401
- manejo eficaz/ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 607
- manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad, intervención, 600
- negación ineficaz, intervención, 505
- riesgo de contaminación, intervención, 216
- riesgo de intoxicación, intervención, 433
- riesgo de lesión, intervención, 455
- tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, intervención, 181
- Eficacia del bombeo cardiaco
  - alteración de la perfusión tisular, 558
  - disminución del gasto cardiaco, 346
- Ejercicio del suelo pélvico
  - incontinencia urinaria de esfuerzo, intervención, 382
- Elaboración de un plan de atención del diagnóstico de enfermería, 13-16
  - diagnóstico, 13
  - elaboración de una vía clave, 15
  - intervenciones y actividades de enfermería, 14
  - objetivos/criterios de evaluación, 14
  - resultados NOC, 14
  - valoración, 13
- Eliminación, diagnósticos de enfermería, 959
- Eliminación de orina
  - retención urinaria, 626
  - riesgo de incontinencia urinaria de urgencia, 386
- Eliminación e intercambio, campo, clases y diagnósticos, 963
- Eliminación intestinal
  - diarrea, 269
  - estreñimiento subjetivo, 332
  - estreñimiento, 326
  - incontinencia fecal, 377
  - riesgo de deterioro de la función hepática, 343
  - riesgo de estreñimiento, 330
- Eliminación urinaria
  - alteración de la eliminación urinaria, 310
  - disposición para mejorar la eliminación urinaria, 312
  - incontinencia urinaria funcional, 388
  - incontinencia urinaria por rebosamiento, 391
  - incontinencia urinaria refleja, 394
- Eliminación urinaria, alteración de la, 309-311**
- Eliminación urinaria, disposición para mejorar la, 312-313**
- Embarazo en la adolescencia, 833
- Embolia pulmonar, 775
- Endocrinopatías, 770
- Energía psicomotora
  - desesperanza, 260
  - fatiga, 339
  - intolerancia a la actividad, 21
- Enfermedad(es)
  - autoinmunitarias, 772
  - de transmisión sexual, 973
  - hepáticas, 774
  - respiratorias agudas, 775
  - respiratorias crónicas, 776, 833
- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
  - déficit de conocimientos, intervención, 204
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 611
  - sedentarismo, intervención, 641
- Enseñanza: cuidado de los pies
  - alteraciones sensorio-perceptivas, intervención, 648
- Enseñanza: cuidado del bebé
  - déficit de conocimientos, intervención, 204
  - disposición para mejorar el rol parental, intervención, 638
  - riesgo de alteración parental, intervención, 536
- Enseñanza: cuidado del lactante
  - riesgo de caídas, intervención, 146
- Enseñanza: dieta prescrita
  - déficit de conocimientos, intervención, 204

1006 Índice analítico

- disposición para mejorar la nutrición, intervención, 507
- manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 611
- riesgo de glucosa inestable, intervención, 352
- Enseñanza: estimulación del lactante alteración del crecimiento y desarrollo, intervención, 224
- Enseñanza: habilidades psicomotoras déficit de conocimientos, intervención, 204
- Enseñanza: individual alteración en el mantenimiento de la salud, intervención, 469
- conductas generadoras de salud, intervención, 185
- déficit de conocimientos, intervención, 205
- déficit del autocuidado: uso del orinal/váter, intervención, 114
- disposición para mejorar la nutrición, intervención, 508
- estreñimiento subjetivo, intervención, 333
- incumplimiento del tratamiento, intervención, 401
- manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 611
- riesgo de glucosa inestable, intervención, 352
- sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 234
- Enseñanza: medicación prescrita déficit de conocimientos, intervención, 205
- manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 611
- riesgo de glucosa inestable, intervención, 352
- Enseñanza: nutrición de lactante riesgo de alteración del desarrollo, intervención, 253
- riesgo de alteración del crecimiento, intervención, 220
- Enseñanza: nutrición del bebé déficit de conocimientos, intervención, 205
- Enseñanza: nutrición del niño déficit de conocimientos, intervención, 205
- disposición para mejorar el rol parental, intervención, 638
- riesgo de la alteración del crecimiento, intervención, 220
- Enseñanza: prequirúrgica déficit de conocimientos, intervención, 205
- Enseñanza: procedimiento o tratamiento alteración en el mantenimiento de la salud, intervención, 469
- déficit de conocimientos, intervención, 205
- manejo eficaz ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 607
- manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar, intervención, 603
- riesgo de glucosa inestable, intervención, 352
- Enseñanza: proceso de enfermedad déficit de conocimientos, intervención, 205
- disposición para mejorar el afrontamiento, intervención, 36
- incumplimiento del tratamiento, intervención, 402
- manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 611
- manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar, intervención, 603
- riesgo de deterioro de la función hepática, intervención, 344
- riesgo de glucosa inestable, intervención, 353
- alteración en el mantenimiento de la salud, intervención, 469
- negación ineficaz, intervención, 505
- Enseñanza: seguridad del lactante riesgo de alteración del desarrollo, intervención, 253
- riesgo de traumatismo, intervención, 725
- Enseñanza: seguridad del niño pequeño

- déficit de conocimientos,
  - intervención, 205
- disposición para mejorar el rol
  - parental, intervención, 639
- riesgo de alteración parental,
  - intervención, 536
- riesgo de caídas, intervención, 146
- riesgo de traumatismo,
  - intervención, 726
- Enseñanza: sexo seguro
  - alteración de los patrones de
    - sexualidad, intervención, 550
  - conductas generadoras de salud,
    - intervención, 186
  - déficit de conocimientos,
    - intervención, 205
  - disfunción sexual, intervención, 281
  - riesgo de infección, intervención, 406
- Enseñanza: sexualidad
  - alteración de los patrones de
    - sexualidad, intervención, 550
  - déficit de conocimientos,
    - intervención, 205
  - riesgo de infección, intervención, 406
- Entorno, síndrome de interpretación alterada del, 314-317**
- Entorno doméstico seguro
  - dificultades para el mantenimiento
    - del hogar, 474
- Entorno social de la familia
  - conflicto del rol parental, 633
- Entrenamiento de la vejiga urinaria
  - riesgo de incontinencia urinaria de
    - urgencia, intervención, 386
- Entrenamiento impulso-control
  - riesgo de violencia dirigida a otros,
    - intervención, 741
- Equilibrio
  - alteraciones senso-perceptivas, 645
  - dificultad en la habilidad para
    - trasladarse en la silla de ruedas, 721
  - dificultad para caminar, 150
  - dificultad para manejar la silla de
    - ruedas, 463
  - riesgo de caídas, 145
  - trastorno de la movilidad física, 494
- Equilibrio de electrolitos y ácido-base
  - alteración de la perfusión tisular, 558,
    - 559
  - déficit de volumen de líquidos, 745
  - exceso de volumen de líquidos, 753
  - riesgo de déficit de volumen de
    - líquidos, 756
  - riesgo de desequilibrio del volumen de
    - líquidos, 758
  - riesgo de deterioro de la función
    - hepática, 343
  - deterioro del intercambio gaseoso, 426
  - diarrea, 269
- Equilibrio emocional
  - aflicción crónica, 32
  - aislamiento social, 70
  - deprivación del sueño, 688
  - desesperanza, 260
  - disposición para mejorar la
    - esperanza, 318
- Equilibrio hídrico
  - alteración de la perfusión tisular, 558,
    - 559
  - déficit de volumen de líquidos, 745
  - diarrea, 269
  - exceso de volumen de líquidos, 753
  - riesgo de déficit de volumen de
    - líquidos, 757
  - riesgo de desequilibrio del volumen de
    - líquidos, 758
  - riesgo de deterioro de la función
    - hepática, 343
- Escayolas y tracción, 834
- Escucha activa
  - trastorno de la comunicación verbal,
    - intervención, 167
- Esperanza
  - aflicción crónica, 32
  - ansiedad ante la muerte, 85
  - desesperanza, 260
  - disposición para mejorar la
    - capacidad, 157
  - disposición para mejorar la
    - esperanza, 318
  - impotencia, 372
  - potencial de mejora del bienestar
    - espiritual, 142
  - riesgo de sufrimiento espiritual, 697
  - sufrimiento espiritual, 694
- Esperanza, disposición para mejorar la, 317-321**
- Establecer relaciones complejas
  - afrontamiento defensivo,
    - intervención, 47

1008 Índice analítico

- aislamiento social, intervención, 70
- deterioro de la interacción social, intervención, 422
- disposición para mejorar la comunicación, intervención, 163
- Establecimiento de la lactancia materna:
  - madre
  - lactancia materna eficaz, 440
  - lactancia materna ineficaz, 444
- Establecimiento de la lactancia materna: neonato
  - alteración de la nutrición: por defecto, 511
  - lactancia materna eficaz, 440
  - lactancia materna ineficaz, 444
  - patrón de alimentación ineficaz del lactante, 73
- Establecimiento de objetivos compartidos
  - tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, intervención, 181
- Estado del autocuidado
  - alteración en el mantenimiento de la salud, 468
- Estado de envejecimiento físico
  - alteración del crecimiento y desarrollo, 223
  - deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo, 248
  - disfunción sexual, 280
- Estado de inmunización, disposición para mejorar el, 321-323**
- Estado de la circulación
  - alteración de la perfusión tisular, 558, 559
  - alteración de la perfusión tisular periférica, 552
  - disminución del gasto cardiaco, 346
  - riesgo de lesión perioperatoria, 460
- Estado de la deglución
  - déficit del autocuidado:
    - alimentación, 104
  - deterioro de la deglución, 239
  - patrón de alimentación ineficaz del lactante, 73
  - riesgo de aspiración, 95
- Estado de la deglución: fase esofágica
  - deterioro de la deglución, 239
- Estado de la deglución: fase faríngea
  - deterioro de la deglución, 239
- Estado de la deglución: fase oral
  - deterioro de la deglución, 239
- Estado de la infección
  - riesgo de infección, 405
- Estado de la infección: recién nacido
  - riesgo de infección, 405
- Estado de las funciones sensitivas
  - riesgo de lesión, 455
- Estado de los signos vitales
  - disminución del gasto cardiaco, 346
  - hipertermia, 355
  - hipotermia, 359
- Estado de recuperación del abuso
  - riesgo de síndrome postraumático, 670
- Estado de recuperación después de la operación
  - retraso en la recuperación quirúrgica, 594
- Estado de salud comunitaria
  - afrontamiento comunitario ineficaz, 42
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad, 599
  - riesgo de contaminación, 216
- Estado de salud comunitaria: inmunidad
  - potencial de mejora del afrontamiento comunitario, 39
- Estado de salud de estudiantes
  - alteración en el mantenimiento de la salud, 468
- Estado de salud de la familia
  - disposición para mejorar los procesos familiares, 578
- Estado de salud personal
  - alteración en el mantenimiento de la salud, 468
  - conductas generadoras de salud, 184
  - riesgo de síndrome de estrés del traslado, 662
- Estado de seguridad: de lesión física
  - riesgo de lesión, 455
  - riesgo de traumatismo, 725
- Estado de seguridad: incidencia de caídas
  - riesgo de caídas, 145
- Estado fetal: durante el parto
  - alteración de la protección, 588
  - riesgo de lesión, 455
- Estado fetal: prenatal
  - alteración de la protección, 588

- Estado inmune
  - alteración de la protección, 587
  - riesgo de infección, 405
- Estado materno: durante el parto
  - riesgo de lesión, 455
- Estado neurológico
  - alteración de la perfusión tisular, 558
  - conducta desorganizada del lactante, 174
  - disminución de la capacidad
    - adaptativa intracraneal, 159
  - disreflexia autónoma, 284
  - riesgo de deterioro de la función hepática, 343
  - trastorno de la memoria, 483
- Estado neurológico: autónomo
  - disreflexia autónoma, 284
  - incontinencia urinaria refleja, 394
  - riesgo de disreflexia autónoma, 287
- Estado neurológico: conciencia
  - alteración de la perfusión tisular, 558
  - alteración de los procesos del pensamiento, 568
  - confusión aguda, 190
  - confusión crónica, 197
  - disminución de la capacidad
    - adaptativa intracraneal, 159
  - síndrome de interpretación alterada del entorno, 315
- Estado neurológico: control motor central
  - alteraciones sensorio perceptivas, 645
- Estado neurológico: función sensitiva motora de los pares craneales
  - alteraciones sensorio perceptivas, 645, 646
- Estado neurológico: función sensitiva motora medular
  - alteraciones sensorio perceptivas, 646
  - riesgo de disfunción neurovascular periférica, 275
  - riesgo de lesión perioperatoria, 460
- Estado nutricional
  - alteración de la nutrición: por defecto, 511
  - alteración de la nutrición: por exceso, 518
  - alteración de la protección, 588
  - déficit del autocuidado: alimentación, 104
  - deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo, 248
  - disposición para mejorar la nutrición, 507
  - riesgo de deterioro de la función hepática, 343
- Estado nutricional: determinaciones bioquímicas
  - alteración de la nutrición: por defecto, 511
  - riesgo de deterioro de la función hepática, 343
- Estado nutricional: energía
  - fatiga, 339
- Estado nutricional: ingesta de nutrientes
  - alteración de la nutrición: por defecto, 511
  - alteración de la nutrición: por exceso, 518, 519
  - alteraciones sensorio perceptivas, 645, 646
  - déficit de volumen de líquidos, 745
  - déficit del autocuidado: alimentación, 104
  - deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo, 248
  - disposición para mejorar la nutrición, 507
  - náuseas, 499
  - patrón de alimentación ineficaz del lactante, 73
  - riesgo de alteración de la nutrición: por exceso, 523
  - riesgo de déficit de volumen de líquidos, 757
- Estado respiratorio: intercambio gaseoso
  - alteración de la perfusión tisular, 558
  - deterioro del intercambio gaseoso, 426
  - dificultad para mantener la respiración espontánea, 622
  - respuesta disfuncional al destete del respirador (DVWR), 264
- Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias
  - limpieza ineficaz de las vías aéreas, 732
  - patrón respiratorio ineficaz, 545
- Estado respiratorio: ventilación
  - deterioro del intercambio gaseoso, 426
  - dificultad para mantener la respiración espontánea, 622

## 1010 Índice analítico

- limpieza ineficaz de las vías aéreas, 732
- patrón respiratorio ineficaz, 545
- respuesta disfuncional al destete del respirador (DVWR), 264
- riesgo de asfixia, 92
- riesgo de aspiración, 95
- Estimulación cognitiva
  - alteración de los procesos del pensamiento, intervención, 570
  - alteraciones sensorio perceptivas, intervención, 647
  - confusión aguda, intervención, 190
  - confusión crónica, intervención, 198
  - deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo, intervención, 249
  - riesgo de confusión aguda, intervención, 194
  - riesgo de síndrome de desuso, intervención, 653
  - síndrome de interpretación alterada del entorno, intervención, 315
  - trastorno de la memoria, intervención, 483
- Estreñimiento, 324-329**
- Estreñimiento, riesgo de, 329-332**
- Estreñimiento subjetivo, 332-334**
- Estrés por sobrecarga, 334-337**
- Evacuación estimulada
  - incontinencia urinaria funcional, intervención, 388
- F**
- Facilitación de los ritos religiosos
  - ansiedad ante la muerte, intervención, 86
- Facilitación del crecimiento espiritual
  - alteración del campo energético, intervención, 155
  - deterioro de la religiosidad, intervención, 615
  - disposición para mejorar la esperanza, intervención, 319
  - disposición para mejorar la religiosidad, intervención, 618
- Facilitación del rol
  - disposición para mejorar el afrontamiento, intervención, 36
- Facilitar autorresponsabilidad
  - alteración de los procesos familiares:
    - alcoholismo, intervención, 583
- Facilitar el aprendizaje
  - afrontamiento familiar ineficaz:
    - comprometido, intervención, 55
  - afrontamiento familiar ineficaz:
    - incapacitante, intervención, 60
  - afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, intervención, 50
  - conflicto en la toma de decisiones, intervención, 715
  - disposición para mejorar la toma de decisiones, intervención, 718
  - disposición para mejorar los conocimientos, intervención, 209
  - incumplimiento del tratamiento, intervención, 402
- Facilitar el crecimiento espiritual
  - riesgo de sufrimiento espiritual, intervención, 698
  - sufrimiento espiritual, intervención, 695
- Facilitar la autorresponsabilidad
  - afrontamiento defensivo, intervención, 47
  - alteración del crecimiento y desarrollo, intervención, 224
  - conductas generadoras de salud, intervención, 186
  - dolor crónico, intervención, 297
  - impotencia, intervención, 373
  - incumplimiento del tratamiento, intervención, 402
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 611
  - negación ineficaz, intervención, 505
  - riesgo de impotencia, intervención, 376
  - tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, intervención, 181
- Facilitar la expresión del duelo
  - aflicción crónica, intervención, 33
  - baja autoestima situacional, intervención, 125
  - duelo anticipado, intervención, 301
  - duelo disfuncional, intervención, 307
  - riesgo de duelo complicado, intervención, 304

- Facilitar la expresión del duelo: muerte perinatal  
 aflicción crónica, intervención, 33  
 baja autoestima situacional, intervención, 125  
 duelo anticipado, intervención, 301  
 duelo disfuncional, intervención, 307  
 riesgo de duelo complicado, intervención, 304
- Facilitar la presencia familiar  
 alteración de los procesos familiares, intervención, 575
- Facilitar las visitas  
 riesgo de soledad, intervención, 685
- Factores estresantes del cuidador  
 estrés por sobrecarga, 335  
 riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador, 228
- Fatiga, 337-342**
- Fijar objetivos conjuntos  
 conflicto en la toma de decisiones, intervención, 715  
 disposición para mejorar el estado de inmunización, intervención, 322  
 disposición para mejorar la capacidad, intervención, 158  
 disposición para mejorar la toma de decisiones, intervención, 718  
 incumplimiento del tratamiento, intervención, 402  
 manejo eficaz ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 607  
 manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 611
- Fobias, 807
- Fomentar la disposición al aprendizaje  
 disposición para mejorar los conocimientos, intervención, 209
- Fomento de la comunicación: déficit auditivo  
 alteraciones sensorio-perceptivas, intervención, 647  
 disposición para mejorar la comunicación, intervención, 163  
 riesgo de lesión, intervención, 455  
 trastorno de la comunicación verbal, intervención, 167
- Fomento de la comunicación: déficit del habla  
 disposición para mejorar la comunicación, intervención, 163  
 trastorno de la comunicación verbal, intervención, 167
- Fomento de la comunicación: déficit visual  
 alteraciones sensorio-perceptivas, intervención, 648  
 riesgo de lesión, intervención, 456  
 trastorno de la comunicación verbal, intervención, 167
- Fomento de la seguridad  
 negación ineficaz, intervención, 505  
 síndrome de estrés por traslado, intervención, 658  
 síndrome posttraumático, intervención, 668
- Fomento de la socialización  
 aislamiento social, intervención, 70  
 déficit de actividades recreativas, intervención, 29  
 deterioro de la interacción social, intervención, 423  
 disposición para mejorar la comunicación, intervención, 163  
 disposición para mejorar los procesos familiares, intervención, 578  
 riesgo de soledad, intervención, 685  
 síndrome de estrés por traslado, intervención, 658
- Fomento de la tos  
 limpieza ineficaz de las vías aéreas, intervención, 733
- Fomento de los rituales religiosos  
 disposición para mejorar la religiosidad, intervención, 618
- Fomento del desarrollo  
 conducta desorganizada del lactante, intervención, 175  
 manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad, intervención, 600  
 potencial de mejora de la organización de la conducta del lactante, intervención, 170  
 riesgo de conducta desorganizada del lactante, intervención, 178

## 1012 Índice analítico

- riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante, intervención, 664
- Fomento del desarrollo: adolescente
  - alteración del crecimiento y desarrollo, intervención, 224
  - alteración parental, intervención, 530
  - deterioro de la interacción social, intervención, 423
  - disposición para mejorar el rol parental, intervención, 639
  - riesgo de alteración del desarrollo, intervención, 253
  - riesgo de alteración parental, intervención, 536
  - trastorno de la imagen corporal, intervención, 368
- Fomento del desarrollo: niño
  - alteración del crecimiento y desarrollo, intervención, 224
  - alteración parental, intervención, 530
  - deterioro de la interacción social, intervención, 423
  - disposición para mejorar el rol parental, intervención, 639
  - riesgo de alteración parental, intervención, 536
  - trastorno de la imagen corporal, intervención, 368
  - riesgo de alteración del desarrollo, intervención, 253
- Forma física
  - intolerancia a la actividad, 21
  - sedentarismo, 641
- Función del riñón
  - alteración de la perfusión tisular, 559
- Función esquelética
  - trastorno de la movilidad física, 494
- Función hepática, riesgo de deterioro de la, 342-344**
- Función sensitiva: auditiva
  - alteraciones sensorio perceptivas, 645
- Función sensitiva: cutánea
  - alteración de la perfusión tisular periférica, 552
  - alteraciones sensorio perceptivas, 646
  - disreflexia autónoma, 284
- Función sensitiva: gusto y olfato
  - alteraciones sensorio perceptivas, 645, 646
- Función sensitiva: propioceptiva
  - alteraciones sensorio perceptivas, 646
- Función sensitiva: visión
  - alteraciones sensorio perceptivas, 646
- Funcionamiento de la familia
  - afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, 50
  - alteración de los procesos familiares, 574
  - alteración de los procesos familiares: alcoholismo, 583
  - alteración parental, 529
  - conflicto del rol parental, 633
  - dificultades para el mantenimiento del hogar, 474
  - disposición para mejorar el rol parental, 637
  - disposición para mejorar los procesos familiares, 578
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar, 603
- Funcionamiento renal
  - disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos, 749
  - exceso de volumen de líquidos, 753
- Funcionamiento sexual
  - disfunción sexual, 280
  - síndrome traumático de violación, 674
  - síndrome traumático de violación: reacción silenciosa, 681

## G

### **Gasto cardíaco, disminución del, 344-351**

- Gastroenteritis, 835
- Gestión anafiláctica
  - deterioro del intercambio gaseoso, intervención, 427
- Gestión de ataques convulsivos
  - disminución de la capacidad adaptativa intracraneal, intervención, 160
- Gestión de electrolitos
  - alteración de la nutrición: por defecto, intervención, 512
  - alteración de la perfusión tisular, intervención, 563
  - déficit de volumen de líquidos, intervención, 746

- deterioro del intercambio gaseoso, intervención, 428
- diarrea, intervención, 270
- riesgo de déficit de volumen de líquidos, intervención, 757
- riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos, intervención, 758
- Gestión de enfermedades transmisibles
  - riesgo de infección, intervención, 406
- Gestión de la alergia
  - alteración de la protección, intervención, 589
  - respuesta alérgica al látex, intervención, 449
- Gestión de la conducta: autolesiones
  - automutilación, intervención, 129
  - riesgo de automutilación, intervención, 135
  - riesgo de violencia autodirigida, intervención, 737
  - síndrome postraumático, intervención, 668
  - trastorno de la identidad personal, intervención, 363
- Gestión de la conducta:
  - hiperactividad/déficit de atención
  - alteración de los procesos del pensamiento, intervención, 570
  - riesgo de alteración del desarrollo, intervención, 253
- Gestión de la conducta: sexual
  - síndrome traumático de violación, intervención, 675
  - síndrome traumático de violación: reacción silente, intervención, 682
- Gestión de la demencia
  - alteración de los procesos del pensamiento, intervención, 570
  - confusión crónica, intervención, 198
  - síndrome de interpretación alterada del entorno, intervención, 315
  - trastorno de la memoria, intervención, 483
  - vagabundeo, intervención, 729
- Gestión de la desatención unilateral
  - desatención unilateral, intervención, 257
- Gestión de la diarrea
  - diarrea, intervención, 270
- Gestión de la disreflexia
  - disreflexia autónoma, intervención, 284
  - riesgo de disreflexia autónoma, intervención, 288
- Gestión de la disritmia
  - alteración de la perfusión tisular, intervención, 562
- Gestión de la eliminación intestinal
  - déficit del autocuidado: uso del orinal/váter, intervención, 114
  - diarrea, intervención, 270
  - estreñimiento subjetivo, intervención, 333
  - estreñimiento, intervención, 326
  - incontinencia fecal, intervención, 378
- Gestión de la eliminación urinaria
  - alteración de la eliminación urinaria, intervención, 310
  - disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos, intervención, 750
  - disposición para mejorar la eliminación urinaria, intervención, 313
  - exceso de volumen de líquidos, intervención, 754
  - incontinencia urinaria de esfuerzo, intervención, 382
  - incontinencia urinaria de urgencia, intervención, 384
  - incontinencia urinaria funcional, intervención, 388
  - incontinencia urinaria por rebosamiento, intervención, 392
  - incontinencia urinaria refleja, intervención, 394
  - incontinencia urinaria total, intervención, 398
  - retención urinaria, intervención, 627
  - riesgo de incontinencia urinaria de urgencia, intervención, 386
- Gestión de la energía
  - deprivación del sueño, intervención, 689
  - dificultad para caminar, intervención, 150
  - disposición para mejorar el sueño, intervención, 691
  - fatiga, intervención, 340

1014 Índice analítico

- intolerancia a la actividad,
  - intervención, 22, 26
- retraso en la recuperación quirúrgica,
  - intervención, 595
- riesgo de síndrome de desuso,
  - intervención, 653
- riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 229
- sobreesfuerzo en el rol de cuidador,
  - intervención, 234
- Gestión de la hiperglucemia
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal,
    - intervención, 611
  - riesgo de glucosa inestable,
    - intervención, 353
- Gestión de la hipersensibilidad
  - respuesta alérgica al látex,
    - intervención, 449
- Gestión de la hipovolemia
  - alteración de la perfusión tisular periférica, intervención, 553
  - exceso de volumen de líquidos,
    - intervención, 754
  - retraso en la recuperación quirúrgica,
    - intervención, 595
- Gestión de la hipoglucemia
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal,
    - intervención, 611
  - riesgo de glucosa inestable,
    - intervención, 353
- Gestión de la hipovolemia
  - alteración de la perfusión tisular,
    - intervención, 563
  - déficit de volumen de líquidos,
    - intervención, 746
  - retraso en la recuperación quirúrgica,
    - intervención, 595
  - riesgo de déficit de volumen de líquidos, intervención, 757
- Gestión de la inmunización/vacunación
  - disposición para mejorar el estado de inmunización, intervención, 322
- Gestión de la medicación
  - deprivación del sueño,
    - intervención, 689
  - dolor agudo, intervención, 292
  - dolor crónico, intervención, 297
  - náuseas, intervención, 501
- Gestión de la nutrición
  - alteración de la nutrición: por defecto,
    - intervención, 512
  - alteración de la nutrición: por exceso,
    - intervención, 519
  - alteración del crecimiento y desarrollo,
    - intervención, 224
  - alteraciones senso-perceptivas,
    - intervención, 647, 648
  - déficit de volumen de líquidos,
    - intervención, 746
  - déficit del autocuidado: alimentación,
    - intervención, 105
  - deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo,
    - intervención, 249
  - disposición para mejorar la nutrición,
    - intervención, 508
  - fatiga, intervención, 340
  - retraso en la recuperación quirúrgica,
    - intervención, 595
  - riesgo de alteración de la nutrición: por exceso, intervención, 523
  - riesgo de la alteración del crecimiento,
    - intervención, 220
  - sobreesfuerzo en el rol de cuidador,
    - intervención, 234
- Gestión de la presión
  - deterioro de la integridad cutánea,
    - intervención, 411
  - riesgo de deterioro de la integridad cutánea, intervención, 415
  - riesgo de lesión perioperatoria,
    - intervención, 460
- Gestión de la sedación
  - dolor agudo, intervención, 292
- Gestión de la sensibilidad periférica
  - alteración de la perfusión tisular periférica, intervención, 554
  - alteraciones senso-perceptivas,
    - intervención, 648
  - riesgo de disfunción neurovascular periférica, intervención, 276
- Gestión de la tecnología reproductiva
  - déficit de conocimientos,
    - intervención, 205
- Gestión de las alucinaciones
  - alteración de los procesos del pensamiento, intervención, 570

- alteraciones sensorio-perceptivas,
  - intervención, 647, 648
- confusión aguda, intervención, 191
- trastorno de la identidad personal,
  - intervención, 363
- Gestión de las enfermedades cardíacas
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, 610
- Gestión de las ideas delirantes
  - trastorno de la identidad personal,
    - intervención, 363
- Gestión de las reacciones anafilácticas
  - patrón respiratorio ineficaz,
    - intervención, 546
- Gestión de las vías aéreas artificiales
  - dificultad para mantener la respiración espontánea,
    - intervención, 623
  - patrón respiratorio ineficaz,
    - intervención, 546
- Gestión de las vías aéreas
  - deterioro del intercambio gaseoso,
    - intervención, 428
  - dificultad para mantener la respiración espontánea,
    - intervención, 623
  - limpieza ineficaz de las vías aéreas,
    - intervención, 733
  - patrón respiratorio ineficaz,
    - intervención, 546
  - respuesta alérgica al látex,
    - intervención, 449
  - riesgo de asfixia,
    - intervención, 93
- Gestión de líquidos
  - alteración de la perfusión tisular periférica,
    - intervención, 554
  - alteración de la perfusión tisular,
    - intervención, 563
  - déficit de volumen de líquidos,
    - intervención, 746
  - diarrea,
    - intervención, 270
  - disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos,
    - intervención, 750
  - estreñimiento,
    - intervención, 327
  - exceso de volumen de líquidos,
    - intervención, 754
  - retraso en la recuperación quirúrgica,
    - intervención, 595
  - riesgo de déficit de volumen de líquidos,
    - intervención, 757
  - riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos,
    - intervención, 758
- Gestión de líquidos y electrolitos
  - alteración de la nutrición: por defecto,
    - intervención, 512
  - alteración de la perfusión tisular periférica,
    - intervención, 554
  - alteración de la perfusión tisular,
    - intervención, 563
  - déficit de volumen de líquidos,
    - intervención, 746
  - diarrea,
    - intervención, 270
  - estreñimiento,
    - intervención, 327
  - exceso de volumen de líquidos,
    - intervención, 754
  - náuseas,
    - intervención, 501
  - riesgo de déficit de volumen de líquidos,
    - intervención, 757
  - riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos,
    - intervención, 758
- Gestión de los trastornos de la alimentación
  - alteración de la nutrición: por defecto,
    - intervención, 512
  - alteración de la nutrición: por exceso,
    - intervención, 519
- Gestión de náuseas
  - alteraciones sensorio-perceptivas,
    - intervención, 647
- Gestión del asma
  - deterioro del intercambio gaseoso,
    - intervención, 428
  - limpieza ineficaz de las vías aéreas,
    - intervención, 733
  - patrón respiratorio ineficaz,
    - intervención, 546
- Gestión del caso
  - y vías clave, 4
- Gestión del comportamiento:
  - autolesiones
    - riesgo de suicidio,
      - intervención, 701
- Gestión del delirio
  - alteración de los procesos del pensamiento,
    - intervención, 570
  - alteraciones sensorio-perceptivas,
    - intervención, 647, 648, 649
  - confusión aguda,
    - intervención, 191
  - confusión crónica,
    - intervención, 198
  - trastorno de la memoria,
    - intervención, 483

**1016** Índice analítico

- Gestión del dolor
  - alteración del campo energético, intervención, 155
  - dolor agudo, intervención, 292
  - dolor crónico, intervención, 297
  - retraso en la recuperación quirúrgica, intervención, 595
- Gestión del edema cerebral
  - disminución de la capacidad adaptativa intracraneal, intervención, 160
- Gestión del entorno
  - alteraciones sensorio-perceptivas, intervención, 648, 649
  - conducta desorganizada del lactante, intervención, 175
  - deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo, intervención, 249
  - fatiga, intervención, 340
  - intolerancia a la actividad, intervención, 22
  - riesgo de síndrome de desuso, intervención, 653
- Gestión del entorno: comodidad
  - alteración del campo energético, intervención, 155
  - alteración del patrón de sueño, intervención, 540
  - disposición para mejorar el sueño, intervención, 691
- Gestión del entorno: comunidad
  - alteración de la protección, intervención, 589
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad, intervención, 600
- Gestión del entorno: prevención de la violencia
  - riesgo de violencia autodirigida, intervención, 737
  - riesgo de violencia dirigida a otros, intervención, 741
  - trastorno de la identidad personal, intervención, 363
- Gestión del entorno: proceso de acercamiento
  - alteración parental, intervención, 530
  - interrupción de la lactancia materna, intervención, 436
  - riesgo de alteración del desarrollo, intervención, 253
  - riesgo de conducta desorganizada del lactante, intervención, 178
- Gestión del entorno: proceso de apego
  - riesgo de alteración del apego parental lactante/niño, intervención, 89
- Gestión del entorno: seguridad
  - alteración de los procesos del pensamiento, intervención, 570
  - alteración parental, intervención, 530
  - alteraciones sensorio-perceptivas, intervención, 648
  - dificultades para el mantenimiento del hogar, intervención, 475
  - riesgo de alteración del desarrollo, intervención, 253
  - riesgo de automutilación, intervención, 135
  - riesgo de caídas, intervención, 146
  - riesgo de intoxicación, intervención, 433
  - riesgo de lesión, intervención, 456
  - riesgo de traumatismo, intervención, 725, 726
  - síndrome de interpretación alterada del entorno, intervención, 316
  - vagabundeo, intervención, 729
- Gestión del equilibrio ácido-base
  - déficit de volumen de líquidos, intervención, 746
  - deterioro del intercambio gaseoso, intervención, 428
- Gestión del equilibrio ácido-base: acidosis respiratoria
  - alteración de la perfusión tisular, intervención, 562
  - deterioro del intercambio gaseoso, intervención, 428
- Gestión del equilibrio ácido-base:
  - alcalosis respiratoria
  - alteración de la perfusión tisular, intervención, 562
  - deterioro del intercambio gaseoso, intervención, 428
- Gestión del estado de ánimo
  - fatiga, intervención, 340
  - intolerancia a la actividad, intervención, 22

- Gestión del estreñimiento/impactación  
estreñimiento, intervención, 327  
riesgo de estreñimiento,  
intervención, 331
- Gestión del humor  
aflicción crónica, intervención, 33  
aislamiento social, intervención, 71  
alteración en el desempeño del rol,  
intervención, 631  
baja autoestima crónica,  
intervención, 122  
deprivación del sueño,  
intervención, 689  
desesperanza, intervención, 261  
dolor crónico, intervención, 297  
impotencia, intervención, 373  
riesgo de síndrome postraumático,  
intervención, 670  
riesgo de suicidio, intervención, 701  
síndrome de estrés por traslado,  
intervención, 658  
síndrome postraumático,  
intervención, 668
- Gestión del peso  
riesgo de alteración de la nutrición:  
por exceso, intervención, 523  
riesgo de la alteración del crecimiento,  
intervención, 220
- Gestión del prurito  
deterioro de la integridad cutánea,  
intervención, 411
- Gestión del *shock*: cardíaco  
alteración de la perfusión tisular,  
intervención, 562
- Gestión del *shock*: volumen  
disminución del gasto cardíaco,  
intervención, 348
- Glucosa inestable, riesgo de, 351-354**
- Gravedad de la infección  
retraso en la recuperación quirúrgica,  
594
- Gravedad de la lesión física  
riesgo de intoxicación, 432
- Gravedad de la pérdida de sangre  
disminución del gasto cardíaco, 346
- Gravedad de la sobrecarga hídrica  
exceso de volumen de líquidos, 753
- Gravedad de la soledad  
riesgo de soledad, 684  
síndrome de estrés por traslado, 657
- Gravedad de los síntomas  
contaminación, 212  
deprivación del sueño, 688  
diarrea, 269  
estrés por sobrecarga, 335  
riesgo de disreflexia autónoma, 287
- Gravedad de náuseas y vómitos  
náuseas, 499
- Gravedad por la sobrecarga de líquidos  
alteración de la perfusión tisular, 559  
retraso en la recuperación quirúrgica,  
594
- Grupo de apoyo  
alteración en el mantenimiento de la  
salud, intervención, 469  
alteración parental, intervención, 530
- Guía anticipatoria  
afrontamiento individual: ineficaz,  
intervención, 65  
alteración en el desempeño del rol,  
intervención, 631  
ansiedad, intervención, 81  
baja autoestima situacional,  
intervención, 125  
conflicto del rol parental,  
intervención, 635  
desatención unilateral,  
intervención, 257  
disposición para mejorar el  
afrontamiento, intervención, 36  
duelo anticipado, intervención, 301  
manejo eficaz ineficaz de régimen  
terapéutico: personal,  
intervención, 607  
sobreesfuerzo en el rol de cuidador,  
intervención, 234  
tendencia a adoptar conductas de  
riesgo para la salud,  
intervención, 181  
trastorno de la imagen corporal,  
intervención, 368
- Guía de cuadros clínicos para los  
diagnósticos de enfermería y  
problemas secundarios, 11-12  
diagnósticos de enfermería, 11  
problemas multidisciplinares  
(secundarios), 12
- Guía del sistema sanitario  
alteración en el mantenimiento de la  
salud, intervención, 469

**1018** Índice analítico

conductas generadoras de salud,  
intervención, 186  
disposición para mejorar los procesos  
familiares, intervención, 579

**H**

Habilidad de interacción social  
afrentamiento defensivo, 46  
aislamiento social, 70  
deterioro de la interacción social, 421  
riesgo de alteración del desarrollo, 252

Hemopatías, 777

Hemorragia  
gastrointestinal, 787  
uterina, 818

Hidratación

alteración de la perfusión tisular, 559  
déficit de volumen de líquidos, 745  
diarrea, 269  
disposición para mejorar el equilibrio  
del volumen de líquidos, 749  
estreñimiento, 326  
náuseas, 500  
patrón de alimentación ineficaz del  
lactante, 73  
riesgo de déficit de volumen de  
líquidos, 757  
riesgo de desequilibrio del volumen de  
líquidos, 758

Higiene bucal

alteración de la dentición, 243  
alteración de la membrana mucosa  
oral, 479

Hiperbilirrubinemia, 826

Hiperemesis gravídica, 818

**Hipertermia, 354-358**

Hipertiroidismo, 771

Hipoglucemia, 827

**Hipotermia, 358-362**

Hipotiroidismo, 772

Humor equilibrado

riesgo de suicidio, 700

**I**

Identidad

alteración de los procesos del  
pensamiento, 568  
automutilación, 129  
confusión crónica, 197  
trastorno de la identidad personal, 363

**Identidad personal, trastorno de la,  
362-365**

Identidad sexual

alteración de los patrones de  
sexualidad, 549  
disfunción sexual, 280

Identificación de riesgos

alteración de la protección,  
intervención, 589  
alteración del crecimiento y desarrollo,  
intervención, 225

alteración en el mantenimiento de la  
salud, intervención, 470

conductas generadoras de salud,  
intervención, 186

déficit de conocimientos,  
intervención, 205

deterioro de la capacidad del adulto  
para mantener su desarrollo,  
intervención, 249

disfunción sexual, intervención, 281

manejo eficaz ineficaz de régimen  
terapéutico: personal,  
intervención, 608

riesgo de alteración del desarrollo,  
intervención, 253

riesgo de caídas, intervención, 146

riesgo de conducta desorganizada del  
lactante, intervención, 178

riesgo de lesión, intervención, 456  
trastorno de la imagen corporal,  
intervención, 368

Identificación de riesgos: familia con  
niños

alteración en el mantenimiento de la  
salud, intervención, 469

dificultades para el mantenimiento del  
hogar, intervención, 475

Identificación de riesgos: familia con un  
nuevo bebé

alteración parental, intervención,  
531

Imagen corporal

alteración de los patrones de  
sexualidad, 550

disposición para mejorar el  
autoconcepto, 99

trastorno de la imagen corporal, 367

**Imagen corporal, trastorno de la,  
365-370**

- Implicación familiar
  - afrontamiento familiar ineficaz:
    - comprometido, intervención, 55
  - afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, intervención, 51
  - alteración en el mantenimiento de la salud, intervención, 470
  - manejo eficaz ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 608
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar, intervención, 603
  - riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 229
- Implicación social
  - aislamiento social, 70
  - déficit de actividades recreativas, 28
  - deterioro de la interacción social, 421
  - riesgo de soledad, 684
- Importantes hemorragias
  - retraso en la recuperación quirúrgica, 594
- Impotencia, 370-375**
- Impotencia, riesgo de, 375-376**
- Incidencia de caídas
  - riesgo de lesión, 455
- Incontinencia fecal, 376-380**
- Incontinencia urinaria de esfuerzo, 380-382**
- Incontinencia urinaria de urgencia, 382-385**
- Incontinencia urinaria de urgencia, riesgo de, 385-387**
- Incontinencia urinaria funcional, 387-390**
- Incontinencia urinaria por rebosamiento, 390-393**
- Incontinencia urinaria refleja, 393-396**
- Incontinencia urinaria total, 396-398**
- Incumplimiento del tratamiento (especificar), 398-404**
- Inducción al parto
  - riesgo de lesión, intervención, 456
- Infarto de miocardio (dolor de pecho, arritmias), 768
- Infección
  - del sistema nervioso central (SNC), 835
  - materna, 819
  - respiratoria aguda, 836
- Infección, riesgo de, 404-408**
- Inflamación gastrointestinal, 786
- Información sensorial preparatoria
  - déficit de conocimientos, intervención, 205
  - respuesta disfuncional al destete del respirador (DVWR), intervención, 265
- Infundir esperanza
  - aflicción crónica, intervención, 33
  - alteración del campo energético, intervención, 155
  - alteración en el desempeño del rol, intervención, 631
  - ansiedad ante la muerte, intervención, 86
  - baja autoestima crónica, intervención, 122
  - deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo, intervención, 249
  - disposición para mejorar la capacidad, intervención, 158
  - riesgo de sufrimiento espiritual, intervención, 698
  - riesgo de suicidio, intervención, 701
  - síndrome de estrés por traslado, intervención, 658
  - sufrimiento espiritual, intervención, 695
- Ingestión o intoxicación involuntaria, 837
- Injertos de piel, 803, 984
- Inmunización/administración de vacunas
  - alteración de la protección, intervención, 589
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad, intervención, 600
  - potencial de mejora del afrontamiento comunitario, intervención, 40
  - riesgo de contaminación, intervención, 216
  - riesgo de infección, intervención, 406
- Instilación de esperanza
  - disposición para mejorar la esperanza, intervención, 319
- Instruir en la analgesia controlada por el paciente
  - dolor agudo, intervención, 292
  - dolor crónico, intervención, 297

**1020** Índice analítico

- Insuficiencia
    - cardiaca congestiva, 769
    - renal aguda, 777
    - renal crónica, 778
  - Integridad cutánea, deterioro de la, 408-413**
  - Integridad cutánea, riesgo de deterioro de la, 413-418**
  - Integridad de la familia
    - disposición para mejorar los procesos familiares, 578
    - manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar, 603
  - Integridad del acceso de diálisis
    - deterioro de la integridad cutánea, 410
  - Integridad tisular, deterioro de la, 418-420**
  - Integridad tisular: piel y mucosas
    - alteración de la membrana mucosa oral, 479
    - alteración de la perfusión tisular periférica, 553
    - deterioro de la integridad cutánea, 410
    - deterioro de la integridad tisular, 419
    - incontinencia fecal, 377
    - incontinencia urinaria de urgencia, 383
    - incontinencia urinaria refleja, 394
    - incontinencia urinaria total, 397
    - respuesta alérgica al látex, 448
    - riesgo de deterioro de la integridad cutánea, 414
    - riesgo de respuesta alérgica al látex, 451
    - riesgo de traumatismo, 725
  - Interacción social, deterioro de la, 420-424**
  - Intercambio gaseoso, deterioro del, 425-431**
  - Interpretación de datos de laboratorio
    - deterioro del intercambio gaseoso, intervención, 428
  - Intervención en crisis
    - conflicto del rol parental, intervención, 635
    - riesgo de síndrome postraumático, intervención, 670
    - síndrome traumático de violación, intervención, 675
    - síndrome traumático de violación:
      - reacción compuesta, intervención, 679
      - tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, intervención, 181
  - Intoxicación, riesgo de, 431-434**
- L**
- Labio leporino/paladar hendido:
    - reparación quirúrgica, 837
  - Lactancia materna, interrupción de la, 435-438**
  - Lactancia materna: destete
    - interrupción de la lactancia materna, 436
    - lactancia materna eficaz, 440
    - lactancia materna ineficaz, 444
  - Lactancia materna eficaz, 439-442**
  - Lactancia materna ineficaz, 442-447**
  - Látex, respuesta alérgica al, 447-451**
  - Látex, riesgo de respuesta alérgica al, 451-452**
  - Lesión, riesgo de, 453-459**
  - Lesión perioperatoria, riesgo de, 459-462**
- M**
- Maduración física: hombre
    - alteración de los patrones de sexualidad, 550
    - alteración del crecimiento y desarrollo, 223
  - Maduración física: mujer
    - alteración de los patrones de sexualidad, 550
    - alteración del crecimiento y desarrollo, 223
  - Malformaciones congénitas del sistema nervioso central: reparación quirúrgica, 838
  - Malos tratos a menores, 839
  - Manejar la silla de ruedas, dificultad para, 462-465**
  - Manejo de enfermedades contagiosas
    - afrontamiento comunitario ineficaz, intervención, 43
    - potencial de mejora del afrontamiento comunitario, intervención, 40
  - Manejo de las vías respiratorias
    - riesgo de aspiración, intervención, 96

- Manejo del caso
  - afrontamiento comunitario ineficaz, intervención, 43
- Manejo del dolor
  - ansiedad ante la muerte, intervención, 86
- Manejo del entorno
  - disposición para mejorar el bienestar, intervención, 140
- Manejo del entorno: comunidad
  - afrontamiento comunitario ineficaz, intervención, 44
  - potencial de mejora del afrontamiento comunitario, intervención, 40
- Manejo del entorno: prevención de la violencia
  - afrontamiento comunitario ineficaz, intervención, 44
  - potencial de mejora del afrontamiento comunitario, intervención, 40
- Manejo del régimen terapéutico, disposición para mejorar el, 465-466**
- Manejo del vómito
  - riesgo de aspiración, intervención, 96
- Manejo ineficaz del régimen terapéutico, 5
- Manía, 807
- Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso
  - deterioro de la integridad cutánea, intervención, 411
- Mantenimiento de la lactancia
  - interrupción de la lactancia materna, 436
  - lactancia materna eficaz, 440
  - lactancia materna ineficaz, 444
  - patrón de alimentación ineficaz del lactante, 73
- Mantenimiento de la salud, alteración en el, 466-472**
- Mantenimiento de la salud bucal
  - alteración de la dentición, intervención, 244
  - déficit del autocuidado: baño/higiene, intervención, 110
  - deterioro de la integridad tisular, intervención, 420
- Mantenimiento de los procesos familiares
  - afrontamiento familiar ineficaz: comprometido, intervención, 55
  - alteración de los procesos familiares, intervención, 575
  - alteración de los procesos familiares: alcoholismo, intervención, 584
  - alteración parental, intervención, 531
  - conflicto del rol parental, intervención, 635
  - déficit de actividades recreativas, intervención, 29
  - deterioro de la interacción social, intervención, 423
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar, intervención, 603
- Mantenimiento del hogar, dificultades para el, 473-477**
- Masaje simple
  - disposición para mejorar el bienestar, intervención, 140
- Medical Metathesaurus for a Unified Medical Language*, 3
- Meditación
  - disposición para mejorar el bienestar, intervención, 140
- Mejora de la defensa y el afrontamiento
  - desesperanza, intervención, 261
  - duelo anticipado, intervención, 301
  - duelo disfuncional, intervención, 307
  - riesgo de duelo complicado, intervención, 304
- Mejora de la perfusión cerebral
  - alteración de la perfusión tisular, intervención, 562
  - alteración de los procesos del pensamiento, intervención, 570
  - confusión aguda, intervención, 191
  - confusión crónica, intervención, 198
  - disminución de la capacidad adaptativa intracraneal, intervención, 160
  - riesgo de confusión aguda, intervención, 194
  - síndrome de interpretación alterada del entorno, intervención, 316
  - trastorno de la memoria, intervención, 484
- Mejora de la seguridad
  - temor, intervención, 705
- Mejora de las funciones
  - alteración parental, intervención, 531

1022 Índice analítico

- duelo disfuncional, intervención, 307
- sufrimiento moral, intervención, 487
- Mejora del desarrollo: adolescente
  - alteración en el mantenimiento de la salud, intervención, 470
- Mejora del desarrollo: niño
  - alteración en el mantenimiento de la salud, intervención, 470
- Mejorar el afrontamiento
  - aflicción crónica, intervención, 33
  - afrontamiento defensivo, intervención, 47
  - afrontamiento familiar ineficaz: comprometido, intervención, 55
  - afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante, intervención, 60
  - afrontamiento individual: ineficaz, intervención, 65
  - aislamiento social, intervención, 71
  - alteración de los patrones de sexualidad, intervención, 550
  - alteración de los procesos familiares, intervención, 575
  - alteración de los procesos familiares: alcoholismo, intervención, 584
  - alteración del patrón de sueño, intervención, 541
  - alteración en el desempeño del rol, intervención, 631
  - alteración parental, intervención, 531
  - ansiedad, intervención, 81
  - ansiedad ante la muerte, intervención, 86
  - baja autoestima situacional, intervención, 125
  - conflicto del rol parental, intervención, 635
  - desatención unilateral, intervención, 257
  - disfunción sexual, intervención, 281
  - disposición para mejorar el afrontamiento, intervención, 36
  - disposición para mejorar los procesos familiares, intervención, 579
  - dolor crónico, intervención, 297
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar, intervención, 603
  - negación ineficaz, intervención, 505
  - riesgo de síndrome de estrés del traslado, intervención, 662
  - riesgo de síndrome postraumático, intervención, 671
  - riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 229
  - síndrome de estrés por traslado, intervención, 658
  - síndrome postraumático, intervención, 668
  - síndrome traumático de violación: reacción compuesta, intervención, 679
  - síndrome traumático de violación: reacción silente, intervención, 682
  - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 234
  - sufrimiento moral, intervención, 487
  - temor, intervención, 705
  - tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, intervención, 181
  - trastorno de la imagen corporal, intervención, 368
- Mejorar el sueño
  - alteración del patrón de sueño, intervención, 541
  - conducta desorganizada del lactante, intervención, 175
  - deprivación del sueño, intervención, 689
  - disposición para mejorar el sueño, intervención, 691
  - potencial de mejora de la organización de la conducta del lactante, intervención, 170
- Mejorar la autoconciencia
  - afrontamiento defensivo, intervención, 47
  - aislamiento social, intervención, 71
  - alteración de los procesos del pensamiento, intervención, 570
  - alteración del campo energético, intervención, 155
  - automutilación, intervención, 130
  - conductas generadoras de salud, intervención, 186
  - disfunción sexual, intervención, 281
  - disposición para mejorar el afrontamiento, intervención, 36

- disposición para mejorar el autoconcepto, intervención, 100
- disposición para mejorar la toma de decisiones, intervención, 719
- duelo disfuncional, intervención, 307
- negación ineficaz, intervención, 505
- potencial de mejora del bienestar espiritual, intervención, 142
- riesgo de impotencia, intervención, 376
- trastorno de la identidad personal, intervención, 363
- Mejorar la autoestima
  - afrontamiento defensivo, intervención, 47
  - afrontamiento individual: ineficaz, intervención, 65
  - alteración de los patrones de sexualidad, intervención, 550
  - alteración de los procesos del pensamiento, intervención, 570
  - baja autoestima crónica, intervención, 122
  - baja autoestima situacional, intervención, 125
  - deterioro de la interacción social, intervención, 423
  - disposición para mejorar el autoconcepto, intervención, 100
  - duelo anticipado, intervención, 301
  - impotencia, intervención, 373
  - potencial de mejora del bienestar espiritual, intervención, 143
  - riesgo de baja autoestima situacional, intervención, 127
  - riesgo de impotencia, intervención, 376
  - síndrome traumático de violación: reacción compuesta, intervención, 679
  - sufrimiento moral, intervención, 487
  - trastorno de la identidad personal, intervención, 363
  - trastorno de la imagen corporal, intervención, 368
- Mejorar la imagen corporal
  - afrontamiento defensivo, intervención, 47
  - alteración de los patrones de sexualidad, intervención, 551
  - baja autoestima situacional, intervención, 125
  - disposición para mejorar el autoconcepto, intervención, 100
  - trastorno de la imagen corporal, intervención, 368
- Membrana mucosa oral, alteración de la, 478-482**
- Memoria
  - alteración de los procesos del pensamiento, 568
  - confusión crónica, 197
  - síndrome de interpretación alterada del entorno, 315
  - trastorno de la memoria, 483
- Memoria, trastorno de, 482-485**
- Modelo de relaciones, campo, clases y diagnósticos, 966
- Moderación de la autorresponsabilidad
  - alteración en el mantenimiento de la salud, intervención, 470
  - déficit de actividades recreativas, intervención, 29
- Modificación de conducta
  - alteración de la nutrición: por exceso, intervención, 519
  - disfunción sexual, intervención, 281
  - dolor crónico, intervención, 297
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 611
  - tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, intervención, 181
- Modificación de conducta: habilidades sociales
  - afrontamiento defensivo, intervención, 47
  - aislamiento social, intervención, 71
  - deterioro de la interacción social, intervención, 423
  - riesgo de alteración del desarrollo, intervención, 253
- Monitorización de electrolitos
  - alteración de la nutrición: por defecto, intervención, 512
- Monitorización de la presión intracraneal (ICP)
  - alteración de la perfusión tisular, intervención, 563

## 1024 Índice analítico

- disminución de la capacidad adaptativa intracraneal, intervención, 160
- Monitorización de las extremidades inferiores
  - alteraciones sensorceptivas, intervención, 648
- Monitorización de líquidos
  - alteración de la nutrición: por defecto, intervención, 512
  - alteraciones sensorceptivas, intervención, 647
  - deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo, intervención, 250
  - disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos, intervención, 750
  - exceso de volumen de líquidos, intervención, 754
  - náuseas, intervención, 501
  - patrón de alimentación ineficaz del lactante, intervención, 74
  - riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos, intervención, 759
- Monitorización de los signos vitales
  - alteración de la perfusión tisular, intervención, 562
  - deterioro del intercambio gaseoso, intervención, 428
  - dificultad para mantener la respiración espontánea, intervención, 623
  - disminución del gasto cardíaco, intervención, 348
  - disreflexia autónoma, intervención, 285
  - hipertermia, intervención, 356
  - hipotermia, intervención, 360
  - patrón respiratorio ineficaz, intervención, 546
  - respuesta disfuncional al destete del respirador (DVWR), intervención, 265
  - retraso en la recuperación quirúrgica, intervención, 595
  - riesgo de alteración de la temperatura corporal, intervención, 709
  - riesgo de deterioro de la función hepática, intervención, 344
  - riesgo de disreflexia autónoma, intervención, 288
- Monitorización del equilibrio ácido-base
  - alteración de la perfusión tisular, intervención, 562, 563
- Monitorización electrónica fetal:
  - anteparto
    - alteración de la protección, intervención, 589
  - Monitorización electrónica fetal: durante el parto
    - alteración de la protección, intervención, 589
    - riesgo de lesión, intervención, 456
- Monitorización neurológica
  - alteración de la perfusión tisular, intervención, 563
- Monitorización respiratoria
  - limpieza ineficaz de las vías aéreas, intervención, 733
- Moral, sufrimiento, 485-489**
- Morir bien
  - ansiedad ante la muerte, 85
- Morir con dignidad
  - ansiedad ante la muerte, 85
- Motivación
  - déficit de actividades recreativas, 28
  - incumplimiento del tratamiento, 401
  - tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, 180
- Moverse de la cama, dificultad para, 489-492**
- Movilidad
  - dificultad en la habilidad para trasladarse en la silla de ruedas, 721
  - dificultad para caminar, 150
  - dificultad para manejar la silla de ruedas, 463
  - dificultad para moverse de la cama, 490
  - trastorno de la movilidad física, 495
- Movilidad física, trastorno de la, 492-498**
- Movilización familiar
  - afrentamiento familiar ineficaz:
    - comprometido, intervención, 55
  - confusión crónica, intervención, 198
  - disposición para mejorar los procesos familiares, intervención, 579
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar, intervención, 603

- Movimiento articular
  - trastorno de la movilidad física, 495
- Movimiento articular: activo (especificar articulación)
  - dificultad para moverse de la cama, 490
- Movimiento articular: pasivo
  - dificultad para moverse de la cama, 490
- Movimiento articular: tobillo, cadera, rodilla
  - dificultad para caminar, 150
- Movimiento coordinado
  - alteraciones sensorceptivas, 646
  - desatención unilateral, 256
  - dificultad en la habilidad para trasladarse en la silla de ruedas, 722
  - dificultad para manejar la silla de ruedas, 463
  - dificultad para moverse de la cama, 490
  - riesgo de disfunción neurovascular periférica, 275
  - trastorno de la movilidad física, 495
- Muerte digna
  - sufrimiento espiritual, 694
- N**
- National Library of Medicine*, 3
- Náuseas, 498-502**
- Náuseas y vómitos
  - retraso en la recuperación quirúrgica, 594
- Náuseas y vómitos: efecto adverso
  - náuseas, 500
- Negación ineficaz, 502-506**
- Neumonía, 775
- Nivel de ansiedad
  - ansiedad, 80
  - síndrome de estrés por traslado, 657
  - síndrome postraumático, 666
  - síndrome traumático de violación:
    - reacción silenciosa, 681
    - vagabundeo, 728
- Nivel de comodidad
  - alteración del campo energético, 154
  - disposición para mejorar el bienestar, 139
  - disposición para mejorar el sueño, 690
  - dolor agudo, 291
  - dolor crónico, 296
  - náuseas, 500
- Nivel de depresión
  - aflicción crónica, 32
  - alteración en el desempeño del rol, 630
  - ansiedad ante la muerte, 85
  - baja autoestima crónica, 121
  - desesperanza, 260
  - dolor crónico, 296
  - síndrome de estrés por traslado, 657
  - síndrome postraumático, 666
- Nivel de dolor
  - retraso en la recuperación quirúrgica, 594
  - dolor agudo, 291
  - dolor crónico, 296
- Nivel de estrés
  - disposición para mejorar el afrontamiento, 35
  - estrés por sobrecarga, 335
  - síndrome de estrés por traslado, 657
- Nivel de hiperactividad
  - riesgo de alteración del desarrollo, 252
- Nivel de miedo
  - síndrome postraumático, 667
- Nivel de miedo: niño
  - síndrome postraumático, 666
- Nivel de movilidad
  - riesgo de síndrome de desuso, 652
- Nivel de temor, 705
- Nivel de violencia comunitario
  - alteración de la protección, 588
  - potencial de mejora del afrontamiento comunitario, 39
- Normalización de la familia
  - afrontamiento familiar ineficaz:
    - incapacitante, 59
  - afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, 50
  - alteración de los procesos familiares, 574
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar, 603
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, 3
- Nutrición, campo, clases y diagnósticos, 962-963
- Nutrición, disposición para mejorar la, 506-509**

**Nutrición: por defecto, alteración de la, 509-517**

**Nutrición: por exceso, alteración de la, 517-522**

**Nutrición: por exceso, riesgo de alteración de la, 522-525**

Nutricionales/metabólicos, diagnósticos de enfermería, 957

## O

Obesidad, 780

infantil, 839

Obstrucción gastrointestinal: reparación quirúrgica, 840

Organización de lactantes prematuros  
riesgo de alteración del desarrollo, 252

Organización del niño prematuro  
conducta desorganizada del lactante,  
174

riesgo de conducta desorganizada del  
lactante, 178

riesgo del síndrome de muerte súbita  
del lactante, 663

Orientación cognitiva

alteración de los procesos del  
pensamiento, 569

alteraciones sensorio-perceptivas, 645

confusión aguda, 190

confusión crónica, 197

síndrome de interpretación alterada  
del entorno, 315

trastorno de la memoria, 483

Orientación de la realidad

alteración de los procesos del  
pensamiento, intervención, 570

alteraciones sensorio-perceptivas,  
intervención, 647

confusión aguda, intervención, 191

confusión crónica, intervención, 198

riesgo de confusión aguda,  
intervención, 194

síndrome de interpretación alterada  
del entorno, intervención, 316

trastorno de la memoria,  
intervención, 484

Orientación sobre el sistema sanitario

afrentamiento familiar ineficaz:

comprometido, intervención, 55

afrentamiento familiar ineficaz:

incapacitante, intervención, 60

afrentamiento familiar: potencial de  
desarrollo, intervención, 51

afrentamiento individual: ineficaz,  
intervención, 65

déficit de conocimientos,  
intervención, 205

disposición para mejorar la capacidad,  
intervención, 158

disposición para mejorar los  
conocimientos, intervención, 209

incumplimiento del tratamiento,  
intervención, 402

manejo ineficaz de régimen  
terapéutico: personal,

intervención, 611

manejo ineficaz del régimen  
terapéutico familiar,

intervención, 604

síndrome de estrés por traslado,  
intervención, 658

sobreesfuerzo en el rol de cuidador,  
intervención, 234

Orientación sobre la salud

conductas generadoras de salud, 184

Osteomielitis, 840

Otros trastornos neurológicos, 789

Oxigenoterapia

alteración de la perfusión tisular,  
intervención, 562

deterioro del intercambio gaseoso,  
intervención, 428

dificultad para mantener la respiración  
espontánea, intervención, 623

## P

Paciente

agresivo, 808

en abstinencia, 809

inmovilizado, 780, 974

terminal, 781

Pactar con el enfermo

dolor crónico, intervención, 297

incumplimiento del tratamiento,  
intervención, 402

manejo ineficaz de régimen

terapéutico: personal, intervención,  
611

manejo eficaz ineficaz de régimen

terapéutico: personal,

intervención, 608

- tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, intervención, 181
- Padecimiento intenso
  - riesgo de sufrimiento espiritual, 697
- Pancreatitis, 782
- Paranoias, 809
- Parental, alteración, 525-533**
- Parental, riesgo de alteración, 533-538**
- Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria
  - afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, 50
  - alteración en el mantenimiento de la salud, 468
  - conflicto en la toma de decisiones, 714
  - disposición para mejorar la capacidad, 158
  - disposición para mejorar la toma de decisiones, 718
  - impotencia, 372
  - manejo eficaz ineficaz de régimen terapéutico: personal, 606
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, 610
- Participación en actividades de ocio
  - aislamiento social, 70
  - déficit de actividades recreativas, 28
  - deterioro de la interacción social, 421
- Participación en juegos
  - aislamiento social, 70
  - déficit de actividades recreativas, 28
  - deterioro de la interacción social, 421
- Participación familiar en los cuidados profesionales
  - impotencia, 372
  - manejo eficaz ineficaz de régimen terapéutico: personal, 606
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar, 603
- Patrón de sueño, alteración del, 539-453**
- Patrón respiratorio, ineficaz, 543-548**
- Patrones de sexualidad, alteración de los, 549-551**
- Percepción/cognición, campo, clases y diagnósticos, 964-965
- Percepción/concepto de uno mismo, diagnósticos de enfermería, 959
- Percepción/gestión de la salud, diagnósticos de enfermería, 957
- Pérdida perinatal, 820
- Perfusión tisular (periférica), alteración de la, 551-555**
- Perfusión tisular (cardiopulmonar, cerebral, gastrointestinal, renal), alteración de la, 555-567**
- Perfusión tisular: cardiaca
  - alteración de la perfusión tisular, 558
  - disminución del gasto cardiaco, 346
- Perfusión tisular: cerebral
  - alteración de la perfusión tisular, 558
  - disminución de la capacidad adaptativa intracraneal, 160
  - disminución del gasto cardiaco, 346
- Perfusión tisular: órganos abdominales
  - alteración de la perfusión tisular, 559
  - disminución del gasto cardiaco, 346
- Perfusión tisular: periférica
  - alteración de la perfusión tisular periférica, 553
  - riesgo de disfunción neurovascular periférica, 275
  - riesgo de lesión perioperatoria, 460
- Perfusión tisular: pulmonar
  - alteración de la perfusión tisular, 558
  - deterioro del intercambio gaseoso, 426
  - disminución del gasto cardiaco, 346
- Pericarditis/endocarditis, 770
- Peso: masa corporal
  - alteración de la nutrición: por defecto, 511
- Planes de atención, 6
- Planificación del alta
  - riesgo de síndrome de estrés del traslado, intervención, 662
  - síndrome de estrés por traslado, intervención, 658
- Planificación familiar: anticoncepción
  - conductas generadoras de salud, intervención, 186
  - déficit de conocimientos, intervención, 205
- Planificación familiar: infertilidad
  - déficit de conocimientos, intervención, 205
- Posición
  - deterioro de la deglución, intervención, 240
  - dificultad para moverse de la cama, intervención, 491

**1028** Índice analítico

- riesgo de conducta desorganizada del lactante, intervención, 178
- Posición: paciente en silla de ruedas
  - dificultad para manejar la silla de ruedas, intervención, 464
  - trastorno de la movilidad física, intervención, 495
- Posición: paciente neurológico
  - riesgo de disfunción neurovascular periférica, intervención, 276
- Posicionamiento del cuerpo: autoiniciado
  - dificultad en la habilidad para trasladarse en la silla de ruedas, 722
- Potenciación de roles
  - afrontamiento individual: ineficaz, intervención, 65
  - alteración de los patrones de sexualidad, intervención, 551
  - alteración de los procesos familiares: alcoholismo, intervención, 584
  - alteración en el desempeño del rol, intervención, 631
  - alteración parental, intervención, 531
  - conflicto del rol parental, intervención, 635
  - dificultades para el mantenimiento del hogar, intervención, 475
  - estrés por sobrecarga, intervención, 336
  - riesgo de alteración del apego parental lactante/niño, intervención, 89
  - riesgo de alteración parental, intervención, 537
  - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 234
- Potenciación del sistema de apoyo
  - aislamiento social, intervención, 71
  - alteración en el mantenimiento de la salud, intervención, 470
  - alteración parental, intervención, 531
  - disposición para mejorar el afrontamiento, intervención, 36
  - riesgo de síndrome postraumático, intervención, 671
  - síndrome postraumático, intervención, 668
- Potencial de resistencia del cuidador
  - afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante, 59
  - estrés por sobrecarga, 335
  - riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador, 228
- Precaución con el látex
  - deterioro de la integridad cutánea, intervención, 411
  - respuesta alérgica al látex, intervención, 449
  - riesgo de respuesta alérgica al látex, intervención, 452
- Precauciones en la inhalación
  - dificultad para mantener la respiración espontánea, intervención, 623
- Precauciones para la aspiración
  - riesgo de aspiración, intervención, 96
- Preeclampsia, 820
- Preparación del cuidador para el cuidado domiciliario
  - conflicto del rol parental, 634
  - riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador, 228
- Preparación para el parto
  - déficit de conocimientos, intervención, 205
- Preparativos para desastres comunitarios
  - afrontamiento comunitario ineficaz, intervención, 44
  - potencial de mejora del afrontamiento comunitario, 39
  - potencial de mejora del afrontamiento comunitario, intervención, 40
  - riesgo de contaminación, intervención, 216
- Preparativos para el bioterrorismo
  - potencial de mejora del afrontamiento comunitario, intervención, 40
  - riesgo de contaminación, intervención, 216
- Presencia
  - ansiedad ante la muerte, intervención, 86
  - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 234
  - temor, intervención, 705
- Prevención cardiaca
  - conductas generadoras de salud, intervención, 186
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 611

- Prevención circulatoria
  - riesgo de disfunción neurovascular periférica, intervención, 276
- Prevención de aspiración
  - deterioro de la deglución, 239
  - deterioro de la deglución, intervención, 240
  - disfunción sexual, intervención, 281
  - limpieza ineficaz de las vías aéreas, 732
  - limpieza ineficaz de las vías aéreas, intervención, 733
  - riesgo de asfixia, intervención, 93
  - riesgo de aspiración, 95
  - riesgo de infección, intervención, 406
- Prevención de caídas
  - déficit de conocimientos, intervención, 205
  - riesgo de caídas, intervención, 146
  - riesgo de lesión, intervención, 456
  - síndrome de interpretación alterada del entorno, intervención, 316
  - vagabundeo, intervención, 729
- Prevención de fugas
  - vagabundeo, intervención, 729
- Prevención de infecciones
  - alteración de la protección, intervención, 589
  - déficit de conocimientos, intervención, 205
- Prevención de la hemorragia
  - alteración de la protección, intervención, 589
- Prevención de la hipertermia maligna
  - hipertermia, intervención, 356
- Prevención de las úlceras por presión
  - riesgo de deterioro de la integridad cutánea, intervención, 415
- Prevención de lesiones ante ataques convulsivos
  - disminución de la capacidad adaptativa intracraneal, intervención, 160
- Prevención del consumo de sustancias
  - afrentamiento individual: ineficaz, intervención, 66
  - déficit de conocimientos, intervención, 206
- Prevención del consumo de sustancias adictivas
  - conductas generadoras de salud, intervención, 186
- Prevención del embolismo
  - retraso en la recuperación quirúrgica, intervención, 595
- Prevención del suicidio
  - riesgo de suicidio, intervención, 701
  - riesgo de violencia autodirigida, intervención, 737
  - síndrome postraumático, intervención, 668
- Primeros auxilios
  - contaminación, intervención, 213
- Principios de la vida, campo, clases y diagnósticos, 967-968
- Problemas
  - de alimentación, 827
  - multidisciplinarios (secundarios) asociados a las enfermedades y otros trastornos fisiológicos, 973-981
  - multidisciplinarios (secundarios) asociados a las pruebas y los tratamientos, 982
  - multidisciplinarios (secundarios) asociados a los tratamientos quirúrgicos, 983-984
  - necesidades de desarrollo relacionados con la enfermedad, 841
- Procesamiento de la información
  - alteración de los procesos del pensamiento, 569
  - conflicto en la toma de decisiones, 714
  - confusión aguda, 190
  - confusión crónica, 197
  - disposición para mejorar la toma de decisiones, 718
- Proceso de enfermería en relación con el diagnóstico de enfermería, 3
- Procesos de pensamiento, alteración de los, 567-572**
- Procesos familiares, alteración de los, 572-577**
- Procesos familiares, disposición para mejorar los, 577-580**
- Procesos familiares: alcoholismo, alteración de los, 580-586**
- Promoción de la implicación familiar
  - aislamiento social, intervención, 71
  - alteración de los procesos familiares, intervención, 575
  - alteración parental, intervención, 531

1030 Índice analítico

- conflicto del rol parental, intervención, 635
- síndrome de estrés por traslado, intervención, 659
- Promoción de la integridad familiar
  - aislamiento social, intervención, 71
  - alteración de los procesos familiares, intervención, 575
  - alteración de los procesos familiares:
    - alcoholismo, intervención, 584
  - alteración parental, intervención, 531
  - deterioro de la interacción social, intervención, 423
  - dificultades para el mantenimiento del hogar, intervención, 475
  - disposición para mejorar el rol parental, intervención, 639
  - disposición para mejorar los procesos familiares, intervención, 579
  - duelo anticipado, intervención, 301
  - duelo disfuncional, intervención, 307
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar, intervención, 604
- Promoción de la integridad familiar:
  - familia con niño
    - alteración parental, intervención, 531
  - alteración de los procesos familiares: alcoholismo, intervención, 584
  - disposición para mejorar los procesos familiares, intervención, 579
  - riesgo de alteración parental, intervención, 536
  - dificultades para el mantenimiento del hogar, intervención, 475
- Promoción de la normalización
  - afrontamiento familiar ineficaz:
    - comprometido, intervención, 55
  - afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante, intervención, 61
  - afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, intervención, 51
  - alteración de los procesos familiares, intervención, 575
  - manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar, intervención, 604
- Promoción de la participación de la familia
  - disposición para mejorar la capacidad, intervención, 158
- Promoción de la paternidad
  - alteración de los procesos familiares, intervención, 575
  - alteración del crecimiento y desarrollo, intervención, 225
  - alteración en el desempeño del rol, intervención, 631
  - alteración parental, intervención, 531
  - conflicto del rol parental, intervención, 635
  - disposición para mejorar el rol parental, intervención, 639
  - riesgo de alteración del apego parental lactante/niño, intervención, 89
  - riesgo de alteración parental, intervención, 537
  - riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador, 228
  - riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 229
  - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 234
- Promoción de la resiliencia
  - alteración de los procesos familiares, intervención, 575
  - alteración de los procesos familiares: alcoholismo, intervención, 584
  - disposición para mejorar la esperanza, intervención, 319
  - disposición para mejorar los procesos familiares, intervención, 579
  - duelo disfuncional, intervención, 307
- Promoción de la salud, campo, clases y diagnósticos, 962
- Promoción de los mecanismos corporales
  - alteraciones sensorio-perceptivas, intervención, 648
  - déficit de conocimientos, intervención, 206
  - dificultad para moverse de la cama, intervención, 491
  - riesgo de caídas, intervención, 146
  - trastorno de la movilidad física, intervención, 496
- Promoción del acercamiento
  - alteración parental, intervención, 531

- manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar, intervención, 604
- riesgo de alteración del desarrollo, intervención, 253
- Promoción del afecto
  - interrupción de la lactancia materna, intervención, 436
- Promoción del apego
  - riesgo de alteración del apego parental lactante/niño, intervención, 89
  - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, intervención, 234
- Promoción del ejercicio
  - disposición para mejorar el bienestar, intervención, 140
  - intolerancia a la actividad, intervención, 26
  - sedentarismo, intervención, 641
- Promoción del ejercicio: entrenamiento de la fuerza
  - alteraciones sensorio-perceptivas, intervención, 648
  - dificultad en la habilidad para trasladarse en la silla de ruedas, intervención, 722
  - dificultad para manejar la silla de ruedas, intervención, 464
  - dificultad para moverse de la cama, intervención, 491
  - riesgo de disfunción neurovascular periférica, intervención, 276
  - sedentarismo, intervención, 641
  - trastorno de la movilidad física, intervención, 496
- Promoción del ejercicio: estiramiento
  - intolerancia a la actividad, intervención, 22, 26
- Promoción parental
  - alteración de los procesos familiares: alcoholismo, intervención, 584
  - dificultades para el mantenimiento del hogar, intervención, 475
- Promover la resiliencia
  - disposición para mejorar el afrontamiento, intervención, 36
- Protección, alteración de la, 586-593**
- Protección contra abusos
  - alteración de la protección, 588
  - alteración de la protección, intervención, 589
  - disfunción sexual, intervención, 281
  - riesgo de baja autoestima situacional, intervención, 127
  - riesgo de síndrome postraumático, intervención, 671
  - riesgo de violencia dirigida a otros, intervención, 741
  - síndrome traumático de violación, 674
  - síndrome traumático de violación:
    - reacción compuesta, intervención, 679
  - síndrome traumático de violación:
    - reacción silenciosa, 681
  - síndrome traumático de violación:
    - reacción silenciosa, intervención, 683
- Protección contra abusos: pareja
  - alteración de la protección, intervención, 589
- Protección contra abusos del anciano
  - síndrome traumático de violación, intervención, 675
  - síndrome traumático de violación:
    - reacción compuesta, intervención, 679
  - síndrome traumático de violación:
    - reacción silenciosa, intervención, 682
- Protección contra abusos del compañero doméstico
  - síndrome traumático de violación, intervención, 675
  - síndrome traumático de violación:
    - reacción compuesta, intervención, 679
  - síndrome traumático de violación:
    - reacción silenciosa, intervención, 682
- Protección contra abusos del niño
  - alteración de la protección, intervención, 589
  - alteración parental, intervención, 531
  - síndrome traumático de violación, intervención, 675
  - síndrome traumático de violación:
    - reacción compuesta, intervención, 679
  - síndrome traumático de violación:
    - reacción silenciosa, intervención, 683

## 1032 Índice analítico

- Protección de los derechos del paciente
    - impotencia, intervención, 373
    - riesgo de compromiso de la dignidad humana, intervención, 273
    - sufrimiento moral, intervención, 487
  - Protección de riesgos medioambientales
    - conductas generadoras de salud, intervención, 186
    - contaminación, intervención, 213
    - manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad, intervención, 600
    - potencial de mejora del afrontamiento comunitario, intervención, 40
    - riesgo de contaminación, intervención, 216
  - Protección frente a la infección
    - deterioro de la integridad tisular, intervención, 420
  - Protocolos de cuidados en relación con el diagnóstico de enfermería, 4
  - Psicosis, 810
- Q**
- Quemaduras, 783, 843
- R**
- Reacción a la respiración asistida: adulto
    - patrón respiratorio ineficaz, 545
  - Reacción al destete de la respiración asistida: adulto
    - patrón respiratorio ineficaz, 545
  - Reacción alérgica: sistémica
    - patrón respiratorio ineficaz, 545
  - Realización de funciones
    - dificultades para el mantenimiento del hogar, 474
    - duelo disfuncional, 306
  - Realización de la transferencia
    - dificultad para manejar la silla de ruedas, 463
    - trastorno de la movilidad física, 495
  - Recién nacido
    - de alto riesgo, 828
    - de bajo peso/pequeño para su edad gestacional, 830
    - nacido normal, 831
  - Recuperación del abandono
    - riesgo de baja autoestima situacional, 127
  - Recuperación del abuso:
    - riesgo de baja autoestima situacional, 127
  - Recuperación del abuso: económico
    - síndrome postraumático, 667
  - Recuperación del abuso: emocional
    - síndrome postraumático, 667
    - síndrome traumático de violación, 674
    - síndrome traumático de violación:
      - reacción silente, 681
  - Recuperación del abuso: físico
    - síndrome traumático de violación:
      - reacción compuesta, 678
  - Recuperación del abuso: sexual
    - alteración de los patrones de sexualidad, 550
    - disfunción sexual, 280
    - síndrome postraumático, 667
    - síndrome traumático de violación, 674
    - síndrome traumático de violación:
      - reacción silente, 681
- Recuperación quirúrgica, retraso en la, 593-598**
- Reducción de la ansiedad
    - alteración de los procesos del pensamiento, intervención, 570
    - ansiedad, intervención, 81
    - ansiedad ante la muerte, intervención, 86
    - confusión crónica, intervención, 198
    - disposición para mejorar el afrontamiento, intervención, 36
    - disposición para mejorar la comunicación, intervención, 164
    - estrés por sobrecarga, intervención, 336
    - negación ineficaz, intervención, 505
    - respuesta disfuncional al destete del respirador (DVWR), intervención, 265
    - riesgo de síndrome de estrés del traslado, intervención, 662
    - síndrome de estrés por traslado, intervención, 659
    - síndrome de interpretación alterada del entorno, intervención, 316
    - síndrome postraumático, intervención, 668
    - síndrome traumático de violación:
      - reacción silente, intervención, 683

- sufrimiento moral, intervención, 487
- temor, intervención, 705
- trastorno de la comunicación verbal, intervención, 167
- trastorno de la memoria, intervención, 484
- vagabundeo, intervención, 729
- Reducción de la hemorragia
  - disminución del gasto cardiaco, intervención, 348
  - retraso en la recuperación quirúrgica, intervención, 595
- Reducción del estrés por reubicación
- riesgo de síndrome de estrés del traslado, intervención, 662
- síndrome de estrés por traslado, intervención, 659
- Reestructuración cognitiva
  - alteración de los procesos del pensamiento, intervención, 570
  - automutilación, intervención, 130
  - confusión crónica, intervención, 198
  - dolor crónico, intervención, 297
  - impotencia, intervención, 373
- Régimen terapéutico de la comunidad, manejo ineficaz del, 598-601**
- Régimen terapéutico familiar, manejo ineficaz del, 602-605**
- Régimen terapéutico: personal, manejo eficaz del, 605-608**
- Régimen terapéutico: personal, manejo ineficaz del, 609-613**
- Regulación de la temperatura
  - conducta desorganizada del lactante, intervención, 175
  - hipertermia, intervención, 356
  - hipotermia, intervención, 360
  - riesgo de alteración de la temperatura corporal, intervención, 709
  - termorregulación ineficaz, intervención, 713
- Regulación de la temperatura: durante la cirugía
  - riesgo de alteración de la temperatura corporal, intervención, 709
  - termorregulación ineficaz, intervención, 713
- Regulación de la temperatura: intraoperatoria
  - hipotermia, intervención, 360
- Regulación hemodinámica
  - alteración de la perfusión tisular, intervención, 562, 563
  - deterioro del intercambio gaseoso, intervención, 428
  - disminución del gasto cardiaco, intervención, 348
- Relación entre cuidador y paciente
  - afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante, 59
  - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, 233
- Religiosidad, deterioro de la, 613-616**
- Religiosidad, disposición para mejorar la, 616-618**
- Religiosidad, riesgo de deterioro de la, 618-620**
- Rendimiento de los mecanismos corporales
  - dificultad para moverse de la cama, 490
  - trastorno de la movilidad física, 495
- Resiliencia de la familia
  - alteración de los procesos familiares, 574
  - alteración de los procesos familiares: alcoholismo, 583
  - disposición para mejorar los procesos familiares, 578
  - duelo disfuncional, 306
- Resistencia
  - dificultad para caminar, 150
  - fatiga, 339
  - intolerancia a la actividad, 21
  - intolerancia a la actividad, 25
  - retraso en la recuperación quirúrgica, 594
  - riesgo de síndrome de desuso, 652
  - sedentarismo, 641
- Resolución de la aflicción
  - aflicción crónica, 32
  - baja autoestima situacional, 124
  - duelo anticipado, 300
  - duelo disfuncional, 306
  - riesgo de duelo complicado, 304
- Respiración espontánea, dificultad para mantener la, 621-625**
- Respuesta a la medicación
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, 610

## 1034 Índice analítico

- Respuesta a la ventilación mecánica:
    - adultos
    - deterioro del intercambio gaseoso, 426
  - Respuesta al destete de la ventilación mecánica: adulto
  - respuesta disfuncional al destete del respirador (DVWR), 264
  - Respuesta alérgica: localizada
    - deterioro de la integridad cutánea, 410
    - deterioro de la integridad tisular, 419
    - respuesta alérgica al látex, 448
    - riesgo de respuesta alérgica al látex, 451
  - Respuesta alérgica: multiorgánica
  - respuesta alérgica al látex, 448
  - Respuesta alérgica: sistémica
    - deterioro del intercambio gaseoso, 426
    - dificultad para mantener la respiración espontánea, 622
  - Respuesta de la hipersensibilidad inmunitaria
    - alteración de la protección, 588
  - Respuesta de la ventilación mecánica: adulto
  - dificultad para mantener la respiración espontánea, 622
  - Restablecimiento de la salud bucal
    - alteración de la membrana mucosa oral, intervención, 480
  - Restauración de la salud bucal
    - alteración de la dentición, intervención, 244
  - Resultado del desplazamiento
    - dificultad en la habilidad para trasladarse en la silla de ruedas, 722
  - Retención urinaria, 625-628**
  - Retraso del crecimiento, 843
  - Rol, alteración en el desempeño del, 628-632**
  - Rol parental
    - alteración en el desempeño del rol, 630
    - conflicto del rol parental, 634
    - disposición para mejorar el rol parental, 637
    - riesgo de alteración del apego parental lactante/niño, 88
    - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, 233
  - Rol parental, conflicto del, 632-636**
  - Rol parental, disposición para mejorar el, 636-640**
  - Rol parental: seguridad en el entorno social
    - alteración parental, 529
    - dificultades para el mantenimiento del hogar, 474
    - disposición para mejorar el rol parental, 637
    - riesgo de alteración parental, 535
    - riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante, 663
  - Rol parental: seguridad física del adolescente
    - riesgo de alteración parental, 535
  - Rol parental: seguridad física del niño
    - riesgo de alteración parental, 535
  - Rol/relación, diagnósticos de enfermería, 961
- ## S
- Salud comunitaria: inmunidad
    - manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad, 599
  - Salud emocional del cuidador
    - afrontamiento familiar ineficaz:
      - comprometido, 54
    - riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador, 228
    - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, 233
  - Salud espiritual
    - potencial de mejora del bienestar espiritual, 142
    - riesgo de sufrimiento espiritual, 697
  - Salud física del cuidador
    - riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador, 228
    - sobreesfuerzo en el rol de cuidador, 233
  - Satisfacción del paciente: cuidados
    - riesgo de compromiso de la dignidad humana, 273
  - Satisfacción del paciente: defensa de los derechos
    - riesgo de compromiso de la dignidad humana, 273
  - Sedentarismo, 640-643**
  - Seguridad/protección, campo, clases y diagnósticos, 968-969

- Sensoperceptivas, alteraciones (especificar) (visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias), 643-651**
- Sepsis, 844
- Severidad de la sobrecarga de líquidos  
alteración de la perfusión tisular  
periférica, 553
- Sexualidad, campo, clases y diagnósticos, 966
- Sexualidad/reproductividad, diagnósticos de enfermería, 959
- Shock*, 974
- Signos vitales  
alteración de la perfusión tisular, 558  
deterioro del intercambio gaseoso, 426  
dificultad para mantener la respiración espontánea, 622  
disreflexia autónoma, 284  
patrón respiratorio ineficaz, 545  
respuesta disfuncional al destete del respirador (DVWR), 264  
riesgo de disreflexia autónoma, 288
- Síndrome de desuso, riesgo de, 651-655**
- Síndrome de estrés por traslado, 656-661**
- Síndrome de estrés por traslado, riesgo de, 661-662**
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), 784
- Síndrome de muerte súbita del lactante, riesgo del, 662-664**
- Síndrome postraumático, 665-669**
- Síndrome postraumático, riesgo de, 669-672**
- Síndrome traumático de violación, 672-677**
- Síndrome traumático de violación: reacción compuesta, 677-680**
- Síndrome traumático de violación: reacción silente, 680-683**
- Soledad  
aislamiento social, 70
- Soledad, riesgo de, 683-686**
- Succión no nutritiva  
patrón de alimentación ineficaz del lactante, intervención, 74
- Sueño  
alteración del patrón de sueño, 540  
conducta desorganizada del lactante, 174  
deprivación del sueño, 688  
disposición para mejorar el sueño, 690  
potencial de mejora de la organización de la conducta del lactante, 170
- Sueño, deprivación del, 686-690**
- Sueño, disposición para mejorar el, 690-692**
- Sueño/descanso, diagnósticos de enfermería, 958
- Sufrimiento espiritual, 692-696**
- Sufrimiento espiritual, riesgo de, 696-698**
- Suicidio, 811
- Suicidio, riesgo de, 698-703**
- Supresión de la lactancia  
interrupción de la lactancia materna, intervención, 436  
lactancia materna eficaz, intervención, 440  
lactancia materna ineficaz, intervención, 445
- T**
- Técnica para tranquilizar  
ansiedad, intervención, 81  
negación ineficaz, intervención, 505  
temor, intervención, 705
- Temor, 703-707**
- Temperatura corporal, riesgo de alteración de la, 707-711**
- Terapia con ejercicio: ambulación  
dificultad en la habilidad para trasladarse en la silla de ruedas, intervención, 722  
dificultad para caminar, intervención, 151  
retraso en la recuperación quirúrgica, intervención, 596  
riesgo de síndrome de desuso, intervención, 653
- Terapia con ejercicio: control muscular  
alteraciones sensoperceptivas, intervención, 648  
desatención unilateral, intervención, 257  
dificultad en la habilidad para trasladarse en la silla de ruedas, intervención, 722  
dificultad para caminar, intervención, 151

1036 Índice analítico

- dificultad para manejar la silla de ruedas, intervención, 464
- dificultad para moverse de la cama, intervención, 491
- intolerancia a la actividad, intervención, 22
- riesgo de caídas, intervención, 146
- riesgo de disfunción neurovascular periférica, intervención, 276
- riesgo de síndrome de desuso, intervención, 653
- trastorno de la movilidad física, intervención, 496
- Terapia con ejercicio: deambulación
  - trastorno de la movilidad física, intervención, 496
- Terapia con ejercicio: equilibrio
  - alteraciones sensorio perceptivas, intervención, 648
  - dificultad en la habilidad para trasladarse en la silla de ruedas, intervención, 722
  - dificultad para caminar, intervención, 151
  - dificultad para manejar la silla de ruedas, intervención, 464
  - riesgo de caídas, intervención, 146
  - riesgo de síndrome de desuso, intervención, 653
  - trastorno de la movilidad física, intervención, 496
- Terapia con ejercicio: movilidad articular
  - dificultad en la habilidad para trasladarse en la silla de ruedas, intervención, 722
  - dificultad para caminar, intervención, 151
  - dificultad para moverse de la cama, intervención, 491
  - intolerancia a la actividad, intervención, 22
  - retraso en la recuperación quirúrgica, intervención, 596
  - riesgo de disfunción neurovascular periférica, intervención, 276
  - riesgo de síndrome de desuso, intervención, 654
  - trastorno de la movilidad física, intervención, 496
- Terapia de actividad
  - fatiga, intervención, 340
  - intolerancia a la actividad, intervención, 22
  - riesgo de síndrome de desuso, intervención, 654
  - sedentarismo, intervención, 641
- Terapia de diálisis peritoneal
  - alteración de la perfusión tisular, intervención, 563
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 611
- Terapia de entretenimiento
  - aislamiento social, intervención, 71
  - déficit de actividades recreativas, intervención, 29
  - deterioro de la interacción social, intervención, 423
- Terapia de hemodiálisis
  - alteración de la perfusión tisular, intervención, 563
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 611
- Terapia de hemofiltración
  - alteración de la perfusión tisular, intervención, 563
  - manejo ineficaz de régimen terapéutico: personal, intervención, 611
- Terapia de juegos
  - aislamiento social, intervención, 71
  - déficit de actividades recreativas, intervención, 29
  - deterioro de la interacción social, intervención, 423
- Terapia de la deglución
  - déficit del autocuidado: alimentación, intervención, 105
  - deterioro de la deglución, intervención, 240
  - riesgo de aspiración, intervención, 96
- Terapia del trauma: niño
  - síndrome de estrés por traslado, intervención, 659
  - síndrome postraumático, intervención, 668
  - síndrome traumático de violación, intervención, 675

- Terapia familiar
  - afrontamiento familiar ineficaz:
    - incapacitante, intervención, 61
  - alteración de los procesos familiares:
    - alcoholismo, intervención, 584
    - riesgo de duelo complicado,
      - intervención, 304
- Terapia intravenosa (i.v.)
  - alteración de la perfusión tisular,
    - intervención, 563
  - déficit de volumen de líquidos,
    - intervención, 746
  - disminución del gasto cardiaco,
    - intervención, 348
  - riesgo de déficit de volumen de líquidos,
    - intervención, 757
- Terapia nutricional
  - alteración de la nutrición: por defecto,
    - intervención, 512
  - alteración de la protección,
    - intervención, 590
  - alteración del crecimiento y desarrollo,
    - intervención, 225
  - deterioro de la capacidad del adulto
    - para mantener su desarrollo,
      - intervención, 250
- Terapia simple de relajación
  - disposición para mejorar el bienestar,
    - intervención, 140
- Termorregulación
  - hipertermia, 355
  - hipotermia, 359
  - riesgo de alteración de la temperatura corporal, 708
  - termorregulación ineficaz, 712
- Termorregulación, neonato
  - conducta desorganizada del lactante,
    - 174
    - hipertermia, 355
    - hipotermia, 359
    - riesgo de alteración de la temperatura corporal, 708
    - termorregulación ineficaz, 712
- Termorregulación ineficaz, 711-713**
- Tolerancia a la actividad
  - fatiga, 339
  - intolerancia a la actividad, 21, 25
  - sedentarismo, 641
- Toma de decisiones
  - afrontamiento individual: ineficaz, 64
  - alteración de los procesos del pensamiento, 569
  - conflicto en la toma de decisiones, 714
  - confusión crónica, 197
  - disposición para mejorar la esperanza, 318
  - disposición para mejorar la toma de decisiones, 718
- Toma de decisiones (especificar), conflicto en la, 713-716**
- Toma de decisiones, disposición para mejorar la, 717-720**
- Toque terapéutico
  - alteración del campo energético,
    - intervención, 155
  - disposición para mejorar el bienestar,
    - intervención, 140
- Trasladarse desde la silla de ruedas, dificultad en la habilidad para, 720-723**
- Trastorno(s)
  - alimentarios, 813
  - cardiacos, 974
  - convulsivos, 844
  - de la coagulación, 844
  - de la eliminación urinaria, 974
  - de la integridad cutánea, 975
  - digestivos, 786
  - endocrinológicos, 975
  - gastrointestinales (GI), 976
  - hematológicos, 977
  - inmunológicos, 978
  - límite de la personalidad, 812
  - musculoesqueléticos y traumatológicos, 978
  - neurológicos, 787, 979
  - respiratorios, 980
  - urológicos, 791
  - vasculares periféricos y linfáticos, 980
- Tratamiento contra la hipotermia
  - hipotermia, intervención, 360
- Tratamiento de la fiebre
  - hipertermia, intervención, 356
- Tratamiento de los vómitos
  - náuseas, intervención, 501
  - retraso en la recuperación quirúrgica,
    - intervención, 596
- Tratamiento del abuso de sustancias
  - alteración de los procesos familiares:
    - alcoholismo, intervención, 584

## 1038 Índice analítico

Tratamiento del delirio  
confusión aguda, intervención, 191  
Tratamiento del trauma de la violación  
síndrome postraumático,  
intervención, 668  
síndrome traumático de violación:  
reacción compuesta,  
intervención, 679  
síndrome traumático de violación:  
reacción silente, intervención, 683

### **Traumatismo, riesgo de, 724-727**

Traumatismo torácico, 791

## U

Úlceras, 787

Ultrasonografía: obstétrica limitada  
alteración de la protección,  
intervención, 590

## V

### **Vagabundeo, 727-731**

Valores/creencias, diagnósticos de  
enfermería, 959

Vasculopatías, 791

Ventilación mecánica  
deterioro del intercambio gaseoso,  
intervención, 428  
dificultad para mantener la respiración  
espontánea, intervención, 623  
patrón respiratorio ineficaz,  
intervención, 546  
respuesta disfuncional al destete  
del respirador (DVWR),  
intervención, 265

Vestir/desvestir al enfermo  
déficit del autocuidado:  
vestido/acicalamiento,  
intervención, 118

### **Vías aéreas, limpieza ineficaz de las, 731-735**

Vías clave y atención protocolizada, 5

Vigilancia  
disminución de la capacidad  
adaptativa intracraneal,  
intervención, 160  
riesgo de deterioro de la función  
hepática, intervención, 344

riesgo de glucosa inestable,  
intervención, 353

Vigilancia: comunidad  
potencial de mejora del afrontamiento  
comunitario, intervención, 40  
riesgo de infección, intervención, 406

Vigilancia: seguridad  
alteración parental, intervención, 531  
riesgo de intoxicación, intervención,  
433

riesgo de lesión, intervención, 456  
síndrome de interpretación alterada  
del entorno, intervención, 316  
vagabundeo, intervención, 729

Vigilancia de la piel  
alteración de la perfusión tisular  
periférica, intervención, 554  
deterioro de la integridad cutánea,  
intervención, 411  
disreflexia autónoma, intervención, 285  
incontinencia fecal, intervención, 378  
incontinencia urinaria total,  
intervención, 398  
respuesta alérgica al látex,  
intervención, 449  
riesgo de deterioro de la integridad  
cutánea, intervención, 415  
riesgo de respuesta alérgica al látex,  
intervención, 452  
riesgo de traumatismo, intervención,  
726

Vínculo padres-hijo  
alteración parental, 529

### **Violencia autodirigida, riesgo de, 735-739**

### **Violencia dirigida a otros, riesgo de, 739-743**

### **Volumen de líquidos, déficit de, 743-748**

### **Volumen de líquidos, disposición para mejorar el equilibrio del, 749-751**

### **Volumen de líquidos, exceso de, 751-756**

### **Volumen de líquidos, riesgo de déficit de, 756-757**

### **Volumen de líquidos, riesgo de desequilibrio del, 758-759**











