

NANDA International



DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Definiciones y clasificación

2009-2011



NANDA International



DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Definiciones y clasificación

2009-2011

Un diagnóstico enfermero se define como un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, una familia o una comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras, para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

La precisión y la validez de los diagnósticos enfermeros guían la selección de intervenciones que probablemente producirán los efectos deseados del tratamiento y determinan los resultados sensibles a los cuidados enfermeros. Los diagnósticos enfermeros se consideran la clave para el futuro de unos cuidados enfermeros profesionales basados en la evidencia, y la forma de satisfacer de manera más efectiva las necesidades de los pacientes, a la vez que se garantiza su seguridad. En una era en la que aumentan los registros electrónicos de salud de los pacientes, las terminologías estandarizadas como la de NANDA, la de NIC y la de NOC proporcionan los medios para obtener datos enfermeros que se analizan sistemáticamente en una o diferentes organizaciones de cuidados de salud y que ofrecen datos esenciales para el análisis de costes/beneficios y para las auditorías clínicas.

Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011 es la guía definitiva de los diagnósticos enfermeros desarrollados por el comité para el desarrollo de los diagnósticos de NANDA-I. Cada uno de los diagnósticos ha sido sometido a un riguroso proceso de valoración por NANDA-I, con estrictos criterios para indicar la solidez del nivel de evidencia en el que se basa.

Cada diagnóstico consta de una etiqueta o nombre, una definición, las características definitorias, los factores de riesgo y los factores relacionados. Muchos diagnósticos están, además, modificados por términos como «riesgo de», «eficaz», «ineficaz», «deteriorado», «desequilibrado», «déficit de autocuidado», «disposición para», «trastornado», «disminuido», etc.

La edición 2009-2011 está organizada por conceptos según los dominios de la Taxonomía II, es decir, Promoción de la salud, Nutrición, Eliminación/Intercambio, Actividad/Reposo, Percepción/Cognición, Autopercepción, Rol/Relaciones, Sexualidad, Afrontamiento/Tolerancia al estrés, Principios vitales, Seguridad/Protección, Confort y Crecimiento/Desarrollo. Contiene nuevos capítulos, «Juicio crítico y valoración» y «Cómo identificar los diagnósticos apropiados», y bibliografía esencial para cada diagnóstico.

- Edición 2009-2011 organizada por conceptos.
- Nuevos capítulos: «Juicio crítico y valoración» y «Cómo identificar los diagnósticos apropiados».
- Bibliografía esencial y nivel de evidencia para cada diagnóstico.

www.blackwellpublishing.com/nursingdiagnoses

Índice

<i>Guía de NANDA International para obtener licencia de utilización</i>	xiii
<i>Prefacio</i>	xiv
<i>Introducción</i>	xx
Primera parte. Introducción a los diagnósticos enfermeros: precisión, aplicación en los distintos entornos y propuesta de diagnósticos enfermeros para su admisión por NANDA-I 2009-2011	1
Valoración, juicio clínico y diagnósticos enfermeros:	
cómo determinar los diagnósticos adecuados	3
<i>Margare! Lunney</i>	
Las enfermeras diagnostican	4
Competencias intelectuales, interpersonales y técnicas	5
Fortalezas personales: tolerancia a la ambigüedad y práctica reflexiva	7
Valoración y diagnósticos enfermeros	8
Marco para la valoración	9
Validación de los diagnósticos	12
Ejemplo de estudio de un caso	12
Bibliografía	16
Apéndice: patrones funcionales de salud como marco para la valoración	18
Directrices	18
Análisis de los datos, diagnósticos enfermeros, objetivos e intervenciones	23
Diagnósticos enfermeros en la formación	24
<i>Marina Craft-Rosenberg y Kelly Smith</i>	
Valoración e identificación de las características definitorias	24
Historia e identificación de los factores relacionados	24
Selección de la etiqueta diagnóstica	25
Diagnósticos de riesgo	25
Diagnósticos de promoción de la salud	25
Diagnósticos de bienestar	26
Priorización de los diagnósticos	26
Relación de los diagnósticos enfermeros con los resultados e intervenciones	26
Bibliografía	27
Valor de los diagnósticos enfermeros en los registros de salud electrónicos	28
<i>Jane Brokel y Crystal Heath</i>	
Bibliografía	30
Diagnósticos enfermeros e investigación	32
<i>Margare! Lunney</i>	
Análisis conceptual	32

Validación del contenido	32
Validez del constructo y criterios relacionados	33
Validación por consenso	34
Estudios de precisión de los diagnósticos enfermeros	34
Estudios de implementación	34
Resumen	35
Bibliografía	35
Diagnósticos enfermeros en la gestión	37
<i>Dickon Weir-Hughes</i>	
¿Por qué implementar los diagnósticos enfermeros en el entorno clínico?	37
Práctica basada en la evidencia: integración de la teoría y la práctica	38
Enfermería en la era de los registros electrónicos de los pacientes	38
Liderar la implementación de los diagnósticos enfermeros en la práctica clínica	39
Conclusión	40
Bibliografía	40
Proceso para el desarrollo de un diagnóstico enfermero aprobado por NANDA-I	41
<i>Leann M. Scroggins</i>	
Eje 1: Concepto diagnóstico	41
Eje 2: Sujeto del diagnóstico	42
Eje 3: Juicio	43
Eje 4: Localización	43
Eje 5: Edad	43
Eje 6: Tiempo	44
Eje 7: Estado del diagnóstico	44
Etiqueta y definición	47
Características definitorias frente a factores de riesgo	48
Bibliografía	51
Segunda parte. Diagnósticos enfermeros de NANDA-I 2009-2011	53
Dominio 1	
Promoción de la salud	55
Descuido personal (00193)	57
Disposición para mejorar el estado de inmunización (00186)	60
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)	62
Gestión ineficaz de la propia salud (00078)	64
Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar (00080)	67
Deterioro del mantenimiento del hogar (00098)	68
Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)	69
Disposición para mejorar la nutrición (00163)	70
Dominio 2	
Nutrición	71
Deterioro de la deglución (00103)	73

Desequilibrio **nutricional**: ingesta inferior a las necesidades (00002)
Desequilibrio **nutricional**: ingesta superior a las necesidades (00001)
Riesgo de desequilibrio **nutricional**: ingesta superior a las necesidades (00003)
Patrón de alimentación ineficaz del lactante (00107)
Riesgo de deterioro de la **función** hepática (00178)
Ictericia neonatal (00194)
Riesgo de **nivel** de glucemia inestable (00179)
Riesgo de **desequilibrio** electrolítico (00195)
Disposición para mejorar el **equilibrio** de líquidos (00160)
Déficit de **volumen** de líquidos (00027)
Exceso de **volumen** de líquidos (00026)
Riesgo de déficit de **volumen** de líquidos (00028)
Riesgo de desequilibrio de **volumen** de líquidos (00025)

Dominio 3

Eliminación e intercambio

Deterioro de la **eliminación** urinaria (00016)
Disposición para mejorar la **eliminación** urinaria (00166)
Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017)
Incontinencia urinaria de urgencia (00019)
Riesgo de **incontinencia** urinaria de urgencia (00022)
Incontinencia urinaria funcional (00020)
Incontinencia urinaria por rebosamiento (00176)
Incontinencia urinaria refleja (00018)
Retención urinaria (00023)
Diarrea (00013)
Estreñimiento (00011)
Estreñimiento subjetivo (00012)
Riesgo de **estreñimiento** (00015)
Incontinencia fecal (00014)
Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196)
Riesgo de **motilidad** gastrointestinal disfuncional (00197)
Deterioro del **intercambio** de gases (00030)

Dominio 4

Actividad/reposo

Deprivación de sueño (00096)
Insomnio (00095)
Trastorno del **patrón** de sueño (00198)
Disposición para mejorar el **sueño** (00165)
Déficit de **actividades** recreativas (00097)
Deterioro de la **ambulación** (00088)
Deterioro de la **habilidad** para la traslación (00090)
Deterioro de la **movilidad** en la cama (00091)
Deterioro de la **movilidad** en silla de ruedas (00089)
Deterioro de la **movilidad** física (00085)

Retraso en la recuperación quirúrgica (00100)	128
Sedentarismo (00168)	130
Riesgo de síndrome de desuso (00040)	131
Perturbación del campo de energía (00050)	132
Fatiga (00093)	133
Disminución del gasto cardíaco (00029)	134
Intolerancia a la actividad (00092)	136
Riesgo de intolerancia a la actividad (00094)	137
Patrón respiratorio ineficaz (00032)	138
Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz (00202)	139
Riesgo de perfusión renal ineficaz (00203)	140
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200)	141
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)	142
Perfusión tisular periférica ineficaz (00204)	143
Respuesta ventilatoria disfuncional al destete (00034)	144
Riesgo de sangrado (00206)	146
Riesgo de shock (00205)	148
Deterioro de la ventilación espontánea (00033)	149
Disposición para mejorar el autocuidado (00182)	150
Déficit de autocuidado : alimentación (00102)	151
Déficit de autocuidado : baño (00108)	152
Déficit de autocuidado : uso del inodoro (00110)	153
Déficit de autocuidado : vestido (00109)	154
Dominio 5	
Percepción/cognición	155
Desatención unilateral (00123)	157
Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (00127)	159
Vagabundeo (00154)	160
Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva cenestésica, gustativa, táctil, olfatoria) (00122)	161
Confusión aguda (00128)	162
Riesgo de confusión aguda (00173)	165
Confusión crónica (00129)	168
Conocimientos deficientes (00126)	169
Disposición para mejorar los conocimientos (00161)	170
Deterioro de la memoria (00131)	171
Planificación ineficaz de las actividades (00199)	172
Disposición para mejorar la toma de decisiones (00184)	174
Deterioro de la comunicación verbal (00051)	176
Disposición para mejorar la comunicación (00157)	177
Dominio 6	
Autopercepción	179
Disposición para mejorar el autoconcepto (00167)	181
Desesperanza (00124)	182
Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174)	183
Trastorno de la identidad personal (00121)	184
Impotencia (00125)	185

Riesgo de impotencia (00152)	186
Disposición para mejorar el poder (00187)	187
Riesgo de soledad (00054)	189
Baja autoestima crónica (00119)	190
Baja autoestima situacional (00120)	192
Riesgo de baja autoestima situacional (00153)	193
Trastorno de la imagen corporal (00118)	194
Dominio 7	
Rol/relaciones	197
Cansancio del rol de cuidador (00061)	199
Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)	202
Deterioro parental (00056)	204
Disposición para mejorar el rol parental (00164)	206
Riesgo de deterioro parental (00057)	207
Procesos familiares disfuncionales (00063)	209
Disposición para mejorar los procesos familiares (00159)	212
Interrupción de los procesos familiares (00060)	213
Riesgo de deterioro de la vinculación (00058)	214
Conflicto del rol parental (00064)	215
Desempeño ineficaz del rol (00055)	216
Deterioro de la interacción social (00052)	218
Lactancia materna eficaz (00106)	219
Lactancia materna ineficaz (00104)	220
Interrupción de la lactancia materna (00105)	221
Disposición para mejorar las relaciones (00207)	222
Dominio 8	
Sexualidad	223
Disfunción sexual (00059)	225
Patrón sexual ineficaz (00065)	227
Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (00209)	229
Disposición para mejorar el proceso de maternidad (00208)	231
Dominio 9	
Afrontamiento/tolerancia al estrés	233
Síndrome de estrés del traslado (00114)	235
Riesgo de síndrome de estrés del traslado (00149)	236
Síndrome postraumático (00141)	237
Riesgo de síndrome postraumático (00145)	238
Síndrome traumático de la violación (00142)	239
Aflicción crónica (00137)	240
Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad (00076)	241
Afrontamiento defensivo (00071)	242
Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)	244
Afrontamiento familiar comprometido (00074)	245
Afrontamiento familiar incapacitante (00073)	247
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (00075)	248

Afrontamiento ineficaz (00069)	249
Afrontamiento ineficaz de la comunidad (00077)	250
Ansiedad (00146)	251
Ansiedad ante la muerte (00147)	253
Deterioro de la capacidad de recuperación personal (00210)	256
Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal (00212)	258
Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal (00211)	260
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)	262
Duelo (00136)	264
Duelo complicado (00135)	266
Riesgo de duelo complicado (00172)	268
Estrés por sobrecarga (00177)	269
Negación ineficaz (00072)	272
Temor (00148)	274
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal (00049)	276
Conducta desorganizada del lactante (00116)	277
Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante (00117)	279
Riesgo de conducta desorganizada del lactante (00115)	280
Disreflexia autónoma (00009)	281
Riesgo de disreflexia autónoma (00010)	282
Dominio 10	
Principios vitales	285
Disposición para mejorar la esperanza (00185)	287
Disposición para mejorar el bienestar espiritual (00068)	288
Conflicto de decisiones (00083)	289
Incumplimiento (00079)	291
Sufrimiento moral (00175)	293
Deterioro de la religiosidad (00169)	295
Disposición para mejorar la religiosidad (00171)	296
Riesgo de deterioro de la religiosidad (00170)	297
Sufrimiento espiritual (00066)	298
Riesgo de sufrimiento espiritual (00067)	299
Dominio 11	
Seguridad/protección	301
Riesgo de infección (00004)	303
Riesgo de asfixia (00036)	304
Riesgo de aspiración (00039)	305
Riesgo de caídas (00155)	306
Deterioro de la dentición (00048)	308
Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086)	309
Deterioro de la integridad cutánea (00046)	310
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)	311
Deterioro de la integridad tisular (00044)	312

Riesgo de **lesión** (00035)
Riesgo de **lesión** postural perioperatoria (00087)
Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)
Deterioro de la **mucosa** oral (00045)
Protección ineficaz (00043)
Riesgo de **síndrome** de muerte súbita del lactante (00156)
Riesgo de **traumatismo** (00038)
Riesgo de **traumatismo** vascular (00213)
Automutilación (00151)
Riesgo de **automutilación** (00139)
Riesgo de **suicidio** (00150)
Riesgo de **violencia** autodirigida (00140)
Riesgo de **violencia** dirigida a otros (00138)
Contaminación (00181)
Riesgo de **contaminación** (00180)
Riesgo de **intoxicación** (00037)
Respuesta alérgica al látex (00041)
Riesgo de **respuesta** alérgica al látex (00042)
Hipertermia (00007)
Hipotermia (00006)
Riesgo de desequilibrio de la **temperatura** corporal (00005)
Termorregulación ineficaz (00008)

Dominio 12

Confort

Disposición para mejorar el **confort** (00183)
Disconfort (00214)
Dolor agudo (00132)
Dolor crónico (00133)
Náuseas (00134)
Aislamiento social (00053)

Dominio 13

Crecimiento/desarrollo

Riesgo de **crecimiento** desproporcionado (00113)
Retraso en el **crecimiento** y desarrollo (00111)
Riesgo de retraso en el **desarrollo** (00112)
Deterioro generalizado del adulto (00101)

Tercera parte. Taxonomía II 2009-2011

Historia del desarrollo de la Taxonomía **II**
Estructura de la Taxonomía **II**
El sistema multiaxial
Definición de los ejes
Construcción de una **formulación** diagnóstica enfermera
Taxonomía NNN de la práctica enfermera
Nuevo desarrollo de la Taxonomía de NANDA-I
Bibliografía

Cuarta parte. Diagnósticos enfermeros retirados de la Taxonomía 2009-2011 de NANDA-I	397
Incontinencia urinaria total	399
Manejo efectivo del régimen terapéutico	400
Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad	401
Trastorno de los procesos de pensamiento	402
Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta	403
Síndrome traumático de la violación: reacción silente	404
 Quinta parte. NANDA International 2009-2011	 405
Proceso de revisión completo	407
Proceso de revisión abreviado	408
Proceso para la propuesta de nuevos diagnósticos	408
Proceso para la propuesta de revisión de un diagnóstico ya aceptado	410
Procedimiento para apelar la decisión del CDD sobre la revisión de un diagnóstico	411
Propuesta de diagnóstico a NANDA-I: criterios sobre el nivel de evidencia	412
<i>Glosario</i>	415
Diagnósticos enfermeros	415
Componentes de un diagnóstico enfermero	416
Definiciones para la clasificación de los diagnósticos enfermeros	416
Bibliografía	417
<i>NANDA International 2006-2008</i>	418
Comité Directivo de NANDA International	418
Comité de NANDA International para el desarrollo de los diagnósticos	418
Comité de NANDA International para la taxonomía	418
<i>Invitación para unirse a NANDA International</i>	419
Compromiso de NANDA International	419
Oportunidades de participación	419
<i>NANDA International: una organización dirigida por sus miembros</i>	420
Nuestra visión	420
Nuestra misión	420
Nuestro objetivo	420
Nuestra historia	421
<i>Taxonomía NANDA International</i>	422
 <i>índice alfabético</i>	 425

Nuevos diagnósticos enfermeros, 2009-2011

Diagnósticos aprobados (nuevos)	Persona/s que lo/s ha/n propuesto
Planificación ineficaz de las actividades	France Maltais BSc, MEd
Riesgo de sangrado	Sheri Holmes, MSN, APRN BC
Disposición para mejorar el proceso de maternidad	Yasuko Aoki, RN, RMW; Mitsuko Katayama, RN, RMW, PhD; Atsuko Kikuchi, RN, RMW; Minayo Kumazawa, RN, RMW, Med; Atsuko Koyama, RN, RMW; Masuko Saito, RN, RMW, DrMS; Toyo Yamazaki, RN, RMW; Mayumi Hamasaki, RN, RMW, MPH; Shigemi Kamitsuru, RN, PhD
Disconfort	Mary Killeen PhD, RN; Kathy Kolcaba, PhD, RN
Riesgo de desequilibrio de electrolitos	Jennifer Hafner, RN, BSN, PCCN, TNCC; Leah Mylrea Speltz BSN, RNC, ACCE, STABLE, ACLS, NNR; Kathy Weaver, RN
Riesgo de alteración de la diada maternofoetal	Sheri Holmes, MSN, APRN BC
Motilidad gastrointestinal disfuncional	Joan Klehr, RNC, MPH
Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	Joan Klehr, RNC, MPH
Ictericia neonatal	David Wilson, MS, RNC
Perfusión tisular periférica ineficaz	Jennifer Hafner, RN, BSN, PCCN, TNCC
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca	Jennifer Hafner, RN, BSN, PCCN, TNCC
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	Jennifer Hafner, RN, BSN, PCCN, TNCC
Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz	Jennifer Hafner, RN, BSN, PCCN, TNCC

Diagnósticos aprobados (nuevos)	Persona/s que lo/s ha/n propuesto
Disposición para mejorar las relaciones	Yasuko Aoki, RN, RMW; Mitsuko Katayama, RN, RMW, PhD; Atsuko Kikuchi, RN, RMW; Minayo Kumazawa, RN, RMW, MEd; Atsuko Koyama, RN, RMW; Masuko Saito, RN, RMW, DrMS; Toyo Yamazaki, RN, RMW; Mayumi Hamasaki, RN, RMW, MPH; Shigemi Kamitsuru, RN, PhD
Riesgo de perfusión renal ineficaz	Jennifer Hafner, RN, BSN, PCCN, TNCC
Deterioro de la capacidad de recuperación personal	Angela Oldenburg, BA, RN; Shelly Eisbach, PhD, MSN, RN; Melissa Lehan-Mackin, RN, BSN
Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal	Angela Oldenburg, BA, RN; Shelly Eisbach, PhD, MSN, RN; Melissa Lehan-Mackin, RN, BSN
Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal	Angela Oldenburg, BA, RN; Shelly Eisbach, PhD, MSN, RN; Melissa Lehan-Mackin, RN, BSN
Descuido personal	Susanne Gibbons, C-GNP
Riesgo de shock	Jennifer Hafner, RN, BSN, PCCN, TNCC
Riesgo de traumatismo vascular	Chistina Arreguy-Senna, Nurse, Master, PhD, Post-PhD; Emilia Campos de Carvalho, Nurse, Master, PhD

Diagnósticos enfermeros revisados, 2009-2011

Diagnósticos aprobados (revisados)	Persona/s que lo/s ha/n propuesto
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	DDC - minor editing
Afrontamiento defensivo	Celine Larouche
Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos	Louise Ritchie, MSc, BNur, RN; Geralyn Meyer, PhD, RN
Mantenimiento ineficaz de la salud	Margaret Lunney, PhD, RN
Trastorno de la identidad personal	Heidi Bjorge, RN, MNsc; Celine Larouche, Francine Fiset, BSN, MA, RN
Riesgo de deterioro de la función hepática	DDC - minor editing
Baja autoestima crónica	Celine Larouche
Trastorno del patrón de sueño	DDC

Primera parte
Introducción a los
diagnósticos enfermeros:
precisión, aplicación en los
distintos entornos y
propuesta de diagnósticos
enfermeros para su
admisión por NANDA-I
2009-2011

Valoración, juicio clínico y diagnósticos enfermeros: cómo determinar los diagnósticos adecuados

Margaret Lunney, RN, PhD

*Professor and Graduate Programs Coordinator
College of Staten Island, City University of New York
Department of Nursing
Chair, Research Committee
NANDA International*

El primer paso identificado del proceso enfermero fue la valoración. El proceso enfermero es una teoría sobre cómo las enfermeras organizan los cuidados de las personas, las familias y las comunidades. La teoría del proceso enfermero ha sido ampliamente aceptada por las enfermeras desde 1967 (Yura y Walsh, 1967). En la década de 1960 se pensó que el proceso enfermero constaba de cuatro partes: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Sin embargo, poco después de la primera descripción del proceso enfermero, las líderes en enfermería reconocieron que los datos de la valoración debían ser agrupados e interpretados antes de que las enfermeras pudieran planificar, implementar o evaluar un plan para ayudar a los pacientes.

La necesidad de interpretar los datos deriva del hecho de que la memoria a corto plazo tan sólo retiene $7 + 2$ bits de datos (Newell y Simón, 1972). De este modo las enfermeras, como todos los seres humanos, convierten continuamente los datos en interpretaciones. Por ejemplo, las personas interpretan si alguien es hombre o mujer basándose en unos 20 bits de datos, como el pelo y el estilo de la ropa que lleva, el lenguaje corporal, la estructura facial, el nombre y la voz. Si la enfermera decide ayudar a un paciente a pasar de la cama a la silla, se basa en la interpretación de los datos que indican que el paciente desea o necesita levantarse de la cama y necesita ayuda para pasar de ésta a la silla. Algunos de los datos que la enfermera puede considerar para hacer esta interpretación son que el paciente está en el primer día del postoperatorio de cirugía abdominal, que ha manifestado dolor y que dice que se siente «débil». Los diagnósticos enfermeros son interpretaciones científicas procedentes de los datos de valoración que se usan para guiar a las enfermeras en la planificación, implementación y evaluación.

Sólo 6 años después de que Yura y Walsh describieran el proceso enfermero en 1967, dos enfermeras de Sant Louis (EE.UU.) organizaron la primera conferencia para identificar las interpretaciones de los datos que representan los fenómenos de interés para las enfermeras Mary Ann Lavin y Kristine Gebbie invitaron a 100 colegas de Estados Unidos y Canadá a participar en este evento (Gebbie, 1998). Fue la primera conferencia sobre diagnósticos enfermeros, en la que se identificaron y definieron 80 diagnósticos enfermeros. Desde entonces, la lista de diagnósticos aprobados ha ido creciendo regularmente y se ha ido

refinando mediante propuestas realizadas por enfermeras, basadas en la investigación y con el trabajo de los miembros de la asociación de diagnósticos enfermeros que patrocina este libro, actualmente conocida como NANDA International (NANDA-I).

Las enfermeras diagnostican

Con el uso del término «diagnóstico enfermero» se hace evidente que las enfermeras diagnostican. Anteriormente, el juicio clínico utilizado en la práctica clínica para decidir el foco de los cuidados enfermeros era invisible o no se nombraba. Actualmente, en las instituciones sanitarias donde las enfermeras no utilizan diagnósticos enfermeros o los usan sin preocuparse por su precisión, aún puede persistir la invisibilidad del papel de la enfermera como diagnosticadora. Sin embargo, con el inicio de esta clasificación formal de los diagnósticos enfermeros se aceptó ampliamente que las enfermeras eran diagnosticadoras que usaban el razonamiento diagnóstico en colaboración con los pacientes para identificar los mejores diagnósticos con el fin de guiar las intervenciones enfermeras para que el paciente alcance resultados positivos.

El proceso diagnóstico en enfermería difiere del proceso diagnóstico en medicina en que, siempre que sea posible, la persona o personas que son el foco de los cuidados enfermeros deben estar íntimamente implicados como colaboradores de las enfermeras en el proceso de valoración y diagnóstico. Esto se debe a que el objetivo de los cuidados enfermeros es que la persona alcance su bienestar y mejoría. Las experiencias de la persona y sus respuestas a los problemas de salud y procesos vitales tienen significados específicos para ellos y estos significados se identifican con ayuda de las enfermeras. También se asume que las enfermeras no sanan a las personas con sus diagnósticos e intervenciones; las personas se sanan a sí mismas con sus propios comportamientos. Así, para lograr cambios en las conductas que afectan a la salud, las personas y las enfermeras identifican conjuntamente los diagnósticos enfermeros más precisos que tienen el potencial de guiar los cuidados enfermeros para el logro de resultados positivos para la salud. Las intervenciones enfermeras para los diagnósticos de las respuestas humanas ofrecen formas adicionales, junto al tratamiento de los problemas médicos, de promover, proteger y restaurar la salud de las personas.

El foco de atención de enfermería es la «salud» de los «seres humanos», dos de las preocupaciones científicas más complejas: más complejas, por ejemplo, que la química y la astronomía. Los fenómenos relacionados con la salud, como el sueño, el confort o la nutrición, son complejos porque implican experiencias humanas. Nunca podemos estar absolutamente seguros sobre lo que está experimentando otro ser humano; sin embargo, el objetivo de enfermería es identificar las experiencias o respuestas de las personas para apoyarlas. En las respuestas humanas hay también un tremendo solapamiento de claves para los diagnósticos y muchos factores contextuales como la cultura que pueden cambiar la perspectiva de «¿cuál es el diagnóstico?». Numerosos estudios han verificado que las interpretaciones de los casos clínicos son potencialmente menos exactas de lo que indican los datos (Lunney, 2008).

Con los diagnósticos enfermeros como base de los cuidados enfermeros, las enfermeras necesitan desarrollar competencias diagnósticas para llegar a ser buenas diagnosticadoras. Los diagnosticadores son personas que interpretan los datos según el campo en el que son expertos con el fin de proporcionar los servicios necesarios, por ejemplo, un mecánico de coches debe ser capaz de diagnosticar por qué un coche no arranca para ser capaz de arreglarlo. Un elemento clave en la interpretación de datos es que está sujeta a error. Un buen diagnosticador debe tener presente que siempre hay un riesgo en la precisión de la interpretación de los datos. Por tanto, convertirse en una enfermera diagnosticadora requiere el desarrollo de habilidades y características profesionales y personales.

Hay dos condiciones que son la base para el desarrollo de competencias diagnósticas:

1. El diagnóstico en enfermería requiere competencias en los dominios intelectual, interpersonal y técnico.
2. El diagnóstico en enfermería requiere el desarrollo de tolerancia a la ambigüedad y el uso de la práctica reflexiva como fortalezas personales.

Competencias intelectuales, interpersonales y técnicas

Competencias intelectuales

Se discuten en primer lugar las competencias intelectuales porque este es un aspecto invisible de la enfermería y que reviste gran importancia para convertirse en diagnosticadora. Las habilidades intelectuales incluyen tanto el conocimiento de los diagnósticos enfermeros como de los procesos mentales para el uso de ese conocimiento. Las enfermeras tienen que conocer los diagnósticos, sus definiciones y sus características definitorias, específicamente los que son comunes en las poblaciones con las que trabajan, las intervenciones para tratar esos diagnósticos y los procesos diagnósticos que se emplean para interpretar los datos de los pacientes. Este conocimiento es extenso y complejo, de modo que no es necesario que las enfermeras memoricen todo el conocimiento disponible, sino que lo que han de saber es cómo acceder a la información que precisan; los recursos para alcanzar este conocimiento deben estar disponibles cuando se necesiten.

Junto con el conocimiento, la habilidad para pensar es el otro aspecto importante del dominio intelectual. Aunque tradicionalmente los procesos de pensamiento no se han remarcado en enfermería, son fundamentales para el uso de los diagnósticos enfermeros. Las habilidades cognitivas para el análisis, el razonamiento lógico y la aplicación de los estándares son sólo tres de los procesos de pensamiento necesarios para la precisión diagnóstica en enfermería. Estas habilidades se desarrollan, por ejemplo, mediante la discusión de cómo deberían agruparse los datos para generar diagnósticos precisos, la relación de los grupos de datos con los diagnósticos y la comparación de los datos existentes con los datos esperados basándose en los hallazgos de la investigación. Los hallazgos de las investigaciones en la ciencia cognitiva y en enfermería muestran que las

habilidades de pensamiento en adultos con los mismos niveles de educación y experiencia varían de forma importante (Lunney, 1992; Sternberg, 1997).

Los hallazgos de investigaciones en ciencia cognitiva y otras disciplinas también muestran que los procesos de pensamiento pueden mejorarse (Sternberg, 1997; Willingham, 2007). En enfermería, los estudios de investigación han demostrado que las habilidades de pensamiento crítico varían ampliamente y que éste puede mejorarse con formación y esfuerzo (Tanner, 2006). Para ello se necesita energía, apoyo y concentración. Por eso, los estudiantes y las enfermeras necesitan pensar sobre su forma de pensar, lo que se conoce como metacognición (Pesut y Herman, 1992), usando los conceptos de pensamiento relevantes para la práctica de la enfermería. Un estudio Delphi con enfermeras expertas en pensamiento crítico (Scheffer y Rubenfeld, 2000) describió 7 habilidades cognitivas y 10 hábitos mentales que se consideraron altamente relevantes para la práctica enfermera (véase la lista y las definiciones en el Apéndice). Estos 17 conceptos de pensamiento deberían ser usados por las enfermeras para reflexionar sobre su forma de pensar. En cualquier situación enfermera es probable que se usen dos o más habilidades cognitivas. Los hábitos mentales apoyan las habilidades cognitivas. Las combinaciones de estas habilidades de pensamiento crítico que son necesarias en las situaciones clínicas son, probablemente, únicas, de forma que las enfermeras necesitan cultivar todos estos procesos de pensamiento crítico y no centrarse sólo en algunos de ellos.

Las habilidades de pensamiento crítico son esenciales para lograr una interpretación adecuada de los datos del paciente así como una selección apropiada de las intervenciones y resultados; por tanto, es prioritario desarrollar habilidades de pensamiento avanzadas. Para ello las enfermeras y los estudiantes de enfermería deben:

- li Usar los procesos de pensamiento en vez de simplemente recibir el conocimiento de otros.
- ji Cuando aprenden, pensar sobre los conceptos y, no limitarse a memorizar el conocimiento.
- ii Buscar soporte de otros (p. ej., profesores, otras enfermeras y pacientes) para validar los procesos de pensamiento,
- íi Desarrollar confianza en su habilidad para pensar.

Competencias interpersonales

Los diagnósticos enfermeros son mejor utilizados por enfermeras que tienen habilidades de comunicación interpersonal exquisitas. Estas habilidades son necesarias para que los pacientes confíen en ellas lo suficiente como para hablar sobre sus respuestas a los problemas de salud y procesos vitales. La confianza se refuerza mediante la habilidad para comunicarse con otros de forma madura.

Las enfermeras deben asumir que no conocen a las demás personas (Munhall, 1993). La única forma en que pueden hacerlo es a través de los procesos interpersonales, especialmente mediante la escucha. Las enfermeras que asumen que conocen a los pacientes sin escucharlos no conseguirán la precisión diagnóstica.

La mejor manera de emplear los diagnósticos enfermeros es contar con la colaboración de los pacientes y las familias. Para trabajar en colaboración con ellos, las enfermeras necesitan hablarles con respeto e interés, escuchar de forma activa, respetar sus opiniones y sus puntos de vista y saber validar las percepciones con los pacientes y familias. Aprender estas habilidades es un reto, por lo que los aspectos de relación interpersonal de enfermería deben ser una parte integral del aprendizaje en el uso de los diagnósticos enfermeros.

Competencias técnicas

Otra competencia básica es la habilidad técnica de llevar a cabo una valoración enfermera. Los diagnósticos enfermeros deben estar fundamentados en datos válidos y fiables, por lo que es esencial que las enfermeras desarrollen su habilidad para obtener historias de salud y exámenes físicos globales y bien enfocados. Esta habilidad técnica se adquiere a través del estudio de textos de enfermería sobre valoración de salud o mediante la asistencia a cursos específicos sobre el tema. Por ejemplo, el diagnóstico y tratamiento del dolor requiere un sofisticado conocimiento para la valoración, incluidas formas de explorar los tipos y localizaciones del dolor, factores que lo empeoran o mejoran, etc. Esto es aplicable a muchos de los conceptos diagnósticos, como por ejemplo, el trastorno de la imagen corporal.

Una valoración es una valoración «enfermera» si contiene los datos necesarios para los cuidados enfermeros. Los datos de la valoración que se obtienen de la revisión de los sistemas biológicos, realizada para formular los diagnósticos médicos, son insuficientes para recabar la información necesaria para formular diagnósticos enfermeros. Por consiguiente, en los sistemas de cuidados de la salud en los que se considera importante la precisión de los diagnósticos enfermeros se usan otros marcos para la valoración, como los patrones funcionales de salud de Gordon (Gordon, 2007). El marco de los patrones funcionales de salud se emplea más adelante para demostrar cómo generar diagnósticos enfermeros a partir de los datos de valoración.

Fortalezas personales: tolerancia a la ambigüedad y práctica reflexiva

Es necesario desarrollar las fortalezas personales de tolerancia a la ambigüedad y práctica reflexiva porque las decisiones en enfermería son muy complejas y el uso del juicio clínico debe ser un proceso continuado de aprendizaje. Cada decisión que toma la enfermera se inserta en el contexto de la situación y la naturaleza específica de la persona, la familia o la comunidad con los que trabaja. A medida que adquieren experiencia, las enfermeras se familiarizan con muchos tipos de situaciones contextuales que pueden influir positivamente sobre las habilidades diagnósticas. La tolerancia a la ambigüedad y la práctica reflexiva permiten a la enfermera incorporar estas experiencias contextuales para avanzar en su desarrollo profesional de principiante a experta (Benner, 1984; Benner y cois., 1996).

Tolerancia a la ambigüedad

Es necesaria la tolerancia a la ambigüedad porque hay numerosos factores que influyen en las situaciones clínicas, como las políticas de los centros, la descripción del puesto de trabajo de la enfermera y los recursos disponibles. Esta tolerancia permite a las enfermeras considerar la amplia gama de factores que influyen en el proceso diagnóstico y ser capaces de centrarse en los diagnósticos más precisos para ofrecer a las personas, las familias y las comunidades unos servicios de calidad.

Además, los seres humanos a los que las enfermeras proporcionan cuidados son extremadamente complejos y diversos, especialmente cuando el foco de atención son las respuestas o las experiencias de la persona, y no la enfermedad en sí misma. Por ello, es de esperar que haya ambigüedad y las enfermeras necesitan adaptarse a ella. Las líderes y formadoras en enfermería pueden ayudar señalando la ambigüedad, tratándola como un factor en la vida profesional de la enfermera y siendo modelos del rol de tolerancia a la ambigüedad.

Práctica reflexiva

La práctica reflexiva es la habilidad para examinar introspectivamente nuestras propias conductas en relación con el pensamiento, los acontecimientos interpersonales y las habilidades técnicas. Esto es un prerrequisito para la autoevaluación y para conseguirlo, debemos mostrarnos en cierta medida nosotros mismos, nuestras flaquezas y nuestros errores. Hay disponibles buenos libros y artículos que abordan el concepto de reflexión (Johns, 2007). La práctica reflexiva apoya el continuo crecimiento o desarrollo bajo el supuesto de que, al pensar sobre nuestras conductas y nuestros pensamientos, nos beneficiamos de ello.

Valoración y diagnósticos enfermeros

Las valoraciones enfermeras a todos los niveles de análisis (personales, familiares y comunitarios) constan de datos subjetivos procedentes de la persona o personas y datos objetivos procedentes de las pruebas diagnósticas y otras fuentes de datos. La valoración de los individuos consta de una historia de salud (datos subjetivos) y un examen físico (datos objetivos) (Weber y Nelly, 2007). La valoración de las familias consiste en la obtención de información específica de la familia (datos subjetivos) y la observación de las interacciones familiares (datos objetivos) (Wright y Leahey, 2005). La valoración de las comunidades consiste en obtener información de informantes clave dentro de la comunidad (datos subjetivos) y datos estadísticos (datos objetivos) (Anderson y McFarland, 2006).

Hay dos tipos de valoraciones que se hacen para generar diagnósticos enfermeros precisos: globales y focalizadas. Las valoraciones globales cubren todos los aspectos de un marco de valoración enfermera, como los 11 patrones funcionales de salud para determinar el estado de salud de la persona, la familia o la comunidad. Las valoraciones globales de las personas se hacen, por ejem-

pío, cuando ingresa en un hospital o en un programa de cuidados a domicilio. La valoración focalizada se centra en puntos o cuestiones concretas, como el dolor, el sueño o el estado respiratorio. Esta se realiza cuando es preciso explorar más profundamente síntomas específicos, por ejemplo, una persona dice «tengo dificultad para respirar», o algo provoca un aumento del riesgo de aparición de un problema concreto, por ejemplo, cuando una persona necesita tomar un medicamento cumarínico, que aumenta el riesgo de sangrado.

Los objetivos de la valoración enfermera son que:

- 11 Se centre en los datos necesarios para identificar las respuestas y experiencias humanas.
- a Se realice en colaboración con la persona, la familia o la comunidad siempre que sea posible.
- a Los hallazgos estén basados en la investigación y otras evidencias.

Marco para la valoración

En enfermería, los marcos para la valoración necesitan ser suficientemente amplios para contener datos que guíen los cuidados enfermeros para la promoción, prevención (primaria, secundaria y terciaria) y recuperación de la salud. «La promoción de la salud se dirige a un nivel creciente de bienestar o mejoría de la persona, familia o grupo. La promoción de la salud centra los esfuerzos en aproximarse o avanzar hacia un estado positivo equilibrado de alto nivel de salud y bienestar» (Pender y cois., 2006, pág. 37). Un ejemplo de diagnóstico de promoción de la salud es *Disposición para mejorar el sueño*. La protección de la salud es el proceso de ayudar a las personas a reducir los riesgos para la salud y protegerse a sí mismos de las situaciones de riesgo existentes (Pender et al., 2006). Un ejemplo de diagnóstico de prevención es *Riesgo de infección*. La recuperación de la salud, también llamada gestión de la enfermedad, es el proceso de ayudar a las personas a gestionar sus problemas de salud. Los diagnósticos reales de *Dolor*, *Ansiedad*, *Temor* y *Gestión ineficaz de la propia salud* son ejemplos de diagnósticos que están en el ámbito de la recuperación de la salud.

Un marco de valoración enfermera ampliamente usado para generar diagnósticos enfermeros precisos son los patrones funcionales de salud (Gordon, 2007). Este marco incluye 11 patrones de las personas (v. Instrumento de valoración, Apéndice), familias o comunidades.

Razonamiento diagnóstico asociado a la valoración enfermera

Los principios deberían incluir:

- Las hipótesis diagnósticas son consideradas a lo largo de todo el proceso de valoración y se usan junto con la guía formal de valoración para generar los datos necesarios para los diagnósticos.

' En una valoración global, los diagnósticos no se dan por finalizados hasta haber completado la valoración. La valoración de cada patrón da información a la enfermera y al paciente sobre las hipótesis diagnósticas.

L: Cuando sea posible, la persona, la familia o la comunidad deben estar implicadas desde el principio hasta el final en los procesos de valoración y diagnóstico.

Reconocer la existencia de claves

Las enfermeras *reconocen mentalmente* de forma precoz las claves en el proceso diagnóstico y continúan integrando el reconocimiento de claves a lo largo de todo el proceso. Las claves son unidades de datos (p. ej., la frecuencia respiratoria de una persona) que la enfermera recoge durante una valoración intencionada o no. La valoración intencionada implica la recogida deliberada de datos como base de las acciones enfermeras. La valoración no intencionada se refiere a detectar claves que son importantes sin haber planificado hacerlo. En las situaciones clínicas, las enfermeras captan claves para los diagnósticos pensando en lo que ven, huelen, tocan y prueban. La información relativa al usuario de los cuidados de salud está *pensada* en relación al *conocimiento que la enfermera* tiene del estado de salud o proceso vital del usuario. Las enfermeras prestan atención a la información basándose en ideas establecidas sobre lo que debería ocurrir en diferentes situaciones. Una enfermera tal vez no se percate de la frecuencia respiratoria de una persona, por ejemplo, a menos que sea inusual en el contexto de un problema de salud (p. ej., la persona está en el primer día del postoperatorio de cirugía abdominal), u otros aspectos de la situación clínica (p. ej., la persona acaba de realizar un ejercicio vigoroso). El reconocimiento por parte de la enfermera de una unidad de datos como una clave con significado especial depende del *conocimiento almacenado en su memoria*. Las bases de conocimientos de la memoria se usan para comparar los datos actuales con los datos esperados.

Generar mentalmente posibles diagnósticos

El significado que la enfermera asigna a las claves detectadas precozmente en el proceso diagnóstico pueden comprenderse sólo si hay explicaciones posibles y plausibles para las mismas en el contexto de la situación. Esto es un *proceso de pensamiento activo* en el que la enfermera explora el conocimiento que tiene en su memoria en busca de posibles explicaciones para los datos. Con frecuencia, hay muchos posibles diagnósticos o explicaciones que pueden considerarse. Otras veces, sólo hay un significado plausible para las claves detectadas tempranamente en el proceso diagnóstico, por ejemplo, si una mujer que acaba de ingresar en una unidad de hospitalización para un proceso quirúrgico hace rápidamente muchas preguntas a la enfermera y tiene una frecuencia respiratoria rápida, las claves no son lo suficientemente específicas para considerar sólo un posible diagnóstico. La enfermera, en este caso, debería considerar varias posibles explicaciones para este grupo de claves, como temor, ansiedad,

patrón respiratorio ineficaz y otros. Una enfermera diagnosticadora evita decidir prematuramente sobre un diagnóstico, antes de tener suficientes datos para apoyar un juicio diagnóstico. La flexibilidad de pensamiento permite a las enfermeras hacer una amplia búsqueda mental de posibles diagnósticos. El razonamiento lógico en colaboración con el paciente permite a las enfermeras llegar al diagnóstico más exacto cuando los datos son suficientes para ello.

Comparar las claves con posibles diagnósticos

Las claves se analizan en relación con posibles diagnósticos mediante un *proceso de evaluación mental*. La evaluación implica un proceso de relacionar mentalmente las claves existentes con las claves esperadas en los diagnósticos que se están considerando. La información sobre las claves esperadas en los diagnósticos se encuentran en este libro y en la bibliografía actual sobre fenómenos específicos como el dolor, el afrontamiento y el volumen de líquidos. Durante la evaluación de claves y diagnósticos relacionados, la enfermera puede decidir que no hay suficiente evidencia para llegar a una decisión diagnóstica o que hay suficiente evidencia para un diagnóstico probable. Si la enfermera decide que no hay suficientes datos para formular un diagnóstico, el siguiente paso será la búsqueda focalizada de claves adicionales. Si la enfermera decide que hay suficientes evidencias que lo apoyen, se formula y se valida el diagnóstico.

Realizar una recogida focalizada de datos

Para confirmar o excluir los diagnósticos sometidos a consideración, pueden obtenerse claves adicionales focalizando las preguntas con el fin de obtener datos para uno o más diagnósticos. Con la paciente en situación preoperatoria mencionada anteriormente, por ejemplo, la enfermera puede preguntarle cómo se siente ante el procedimiento quirúrgico. La respuesta a una pregunta tan amplia como esta puede aportar datos para apoyar varios posibles diagnósticos del ámbito psicosocial. Si la paciente menciona el temor a la muerte o a lo desconocido en relación con la cirugía, la enfermera puede empezar a confirmar el *Temor* como diagnóstico y eliminar algunas otras posibilidades, como la ansiedad. Cuando la enfermera realiza una valoración médica y un examen físico, también pueden excluirse o confirmarse las razones de una frecuencia respiratoria elevada. La recogida focalizada de datos concluye cuando la enfermera sintetiza los datos disponibles y selecciona uno o más de los diagnósticos que están siendo considerados, excluye todos los diagnósticos considerados o los revisa para incorporar otros nuevos. Si uno de los diagnósticos que se consideran se ve apoyado por la recogida de datos focalizada, el siguiente paso es validar el diagnóstico. Si todos los diagnósticos son excluidos o no son confirmados, se consideran nuevos diagnósticos o la enfermera concluye que no hay ningún diagnóstico. Si se toman en consideración nuevos diagnósticos, la recogida focalizada de datos continúa hasta que el grupo de diagnósticos revisados es confirmado o excluido mediante las evidencias (claves) de apoyo.

Validación de los diagnósticos

Puesto que la conducta humana es compleja y las enfermeras no pueden «saber» realmente lo que experimentan otras personas (Munhall, 1993), es importante que los procesos de pensamiento y técnicos se acompañen de procesos colaborativos con los usuarios y otros proveedores de cuidados. La mayor parte de las veces, las enfermeras deberían decidir sobre los diagnósticos junto con los usuarios de cuidados de la salud; la enfermera puede decir «a partir de la información que acaba de darme, parece que siente *Temor* asociado a la cirugía. ¿Es esto correcto?». Basándose en la respuesta de la paciente, la enfermera valida o rechaza el diagnóstico. En los casos en que los pacientes son incapaces de colaborar con las enfermeras porque están demasiado enfermos, son incapaces por su etapa de desarrollo o son mentalmente incompetentes, la enfermera puede validar el diagnóstico con la familia o con otros proveedores de cuidados; la enfermera puede decir «a partir de la información que me ha dado sobre su hijo, parece que éste tiene dificultades para afrontar el estrés de la enfermedad. ¿Es esto correcto?». Para validarlo con otro proveedor, la enfermera puede decir «basándome en mi examen físico llego a la conclusión de que María tiene una limpieza ineficaz de las vías aéreas. ¿Estás de acuerdo?». La validación del diagnóstico con otros ayuda a asegurar la precisión como base para posteriores etapas del proceso enfermero. Para ahorrar el tiempo, energía y costes asociados a las intervenciones para los diagnósticos, éstos deberían validarse como muy precisos.

Ejemplo de estudio de un caso

El siguiente estudio de caso fue desarrollado por María Cruz, RN cuando era estudiante de grado en el College of Staten Island. Se usó el instrumento de valoración de los Patrones Funcionales de Salud del Apéndice de la página 18 y también se incluyó el uso de NIC y NOC, que se explican en la siguiente sección.

CW es un hombre de 30 años de edad que actualmente trabaja en el departamento de publicidad de una importante compañía de tarjetas de crédito en Manhattan. Asiste a la universidad a tiempo parcial por las tardes para completar un Máster en Administración de Empresas.

CW cree que en general goza de una buena salud y estar sano es muy importante para él. La última vez que estuvo «enfermo» fue el pasado otoño, cuando tuvo un resfriado. CW mantiene su buen estado de salud intentando seguir una alimentación saludable, haciendo ejercicio en un gimnasio y con una buena higiene personal. Limita su toma de alcohol a las ocasiones sociales y dice que fuma «de uvas a peras».

Tiene psoriasis, un problema cutáneo que desarrolló cuando era niño. Actualmente, tiene una gran mancha en la espinilla izquierda que está seca, descamada y que le pica mucho. Dice que la última vez que fue al dermatólogo fue hace dos años y que realmente debería ir más a menudo. Lo va «dejando pasar» porque sabe que se trata de una situación crónica. CW utiliza dos medicamen-

tos de manera regular: una crema a base de esferoides que emplea ocasionalmente para la psoriasis y minoxidil para el cabello, que tiene muy fino. Emplea la crema siempre que la psoriasis «hace acto de presencia», lo que temporalmente le alivia el picor. Manifiesta la posibilidad y el deseo de manejar mejor los brotes de psoriasis.

CW tiene antecedentes familiares de trastornos mentales y de sobrepeso. Sus dos abuelas fueron diagnosticadas de depresión y toman muchos medicamentos. Su padre ahora está muy obeso, pero cuando era joven estaba en forma y sano. Teme que a él pueda pasarle lo mismo.

CW expresa su preocupación por mantener su estado de salud, pero no ha realizado ninguna revisión física desde hace dos años. Afirma que si se encuentra bien no ve razón alguna para ir al médico. Como la psoriasis es una afección crónica, a veces piensa que las lesiones aparecerán haga lo que haga. Según él, la crema es sucia y lo mancha todo, lo que es un impedimento para usarla. Respecto a su autonomía, CW es capaz de usar la crema, pero no se ha comprometido a hacerlo. El hecho de que la crema sea sucia y lo manche todo crea en CW un efecto negativo relacionado con el uso.

CW intenta seguir una dieta equilibrada, pero a veces le resulta difícil debido a su frenético trabajo y a los horarios de la universidad. Toma alimentos bajos en grasas, sodio y azúcar, que son buenas fuentes de proteínas y productos lácteos. La dieta tipo de un día incluye vegetales y frutas y siente «debilidad» por los dulces y los postres. Tiene buen apetito y para mantener su peso ha estado acudiendo a «Vigilantes del Peso» durante el último año. Alcanzó el peso adecuado a su estatura y necesita «adherirse» a un plan para mantenerse. A veces le resulta difícil hacer elecciones saludables en el supermercado porque hay demasiadas cosas entre las que elegir, pero le gusta cocinar y probar cosas nuevas. Cuando se siente estresado, se muerde las uñas.

El patrón de eliminación urinaria de CW está dentro de los límites normales, eliminando orina de color amarillo claro unas cinco veces al día. No tiene problemas para defecar, aunque tiene unas pequeñas hemorroides que le molestan de vez en cuando.

Habitualmente camina cada día hasta la parada del autobús que está a unas tres manzanas de su casa para ir al trabajo. Está sentado en su despacho la mayor parte del tiempo, pero acude a un gimnasio tres veces por semana para hacer ejercicios cardiovasculares. También le gusta llevar a su perro a pasear. Tres tardes a la semana va a clase a la universidad. Le encanta cenar fuera con amigos o familiares, ir al cine o ver películas en su casa. Viaja frecuentemente a otros puntos del país y también le gusta salir al extranjero.

Durante la semana CW normalmente duerme alrededor de 8 horas por la noche, y los fines de semana duerme más. Para ayudarlo a conciliar el sueño, usa un aparato que emite «sonido blanco». Empezó a usarlo cuando se trasladó por primera vez a la ciudad, porque los ruidos nocturnos dificultaban que pudiera conciliar el sueño. Aunque ahora vive en una zona silenciosa, dice que no puede dormir sin los tranquilizadores sonidos que emite la máquina. Debido a su horario, CW no tiene demasiado tiempo para descansar durante el día, pero hace una siestecita en el autobús mientras va al trabajo.

Los órganos de los sentidos de CW están dentro de los límites normales, tienen una visión de 20/20 y su audición es normal. Niega tener problema alguno con el sentido del gusto, el tacto o el olfato; refiere que no tiene ningún dolor.

CW tiene una autopercepción positiva y una autoestima moderada. Se describe a sí mismo como extrovertido, espontáneo, orientado hacia la familia, con un círculo social íntimo de amigos y colegas. Sus puntos fuertes incluyen su determinación y su actitud de «todo o nada». Es ambicioso, aunque cree que es también sencillo y modesto. A veces «quiero abarcar demasiado» intentando conseguir demasiadas cosas a la vez. Esto puede añadirse a sus sentimientos de distraerse fácilmente y de tener problemas para concentrarse en el trabajo. Su yo físico también es bastante positivo. Se siente feliz por su aspecto general, altura y simetría corporal. Siente que tiene demasiado pelo en el cuerpo y poco en la cabeza, e intenta tapar las manchas de psoriasis, por ejemplo, lleva pantalones vaqueros, no pantalones cortos.

En el trabajo, CW asume un rol de liderazgo cuando dirige su equipo de publicidad. Como estudiante asume las responsabilidades de ir a clase y hacer las tareas asignadas. Se siente orgulloso de tener una casa propia. Describe sus relaciones como cariñosas, tranquilas, abiertas, no conflictivas y que le sirven de apoyo. Es el pequeño de tres hermanos y tiene una estrecha relación con su madre y sus hermanas. En general, se siente feliz y satisfecho con estos aspectos de su vida, aunque desearía estar más cerca de su padre. Tiene mucho apoyo de su familia, amigos y pareja.

CW dice que no tiene preocupaciones sobre la sexualidad. Practica sexo seguro y actualmente tiene una relación estable.

En este momento, CW tiene una larga lista de agentes estresantes. Tiene que equilibrar el estrés de la universidad y el trabajo, y está en el proceso de vender su casa y adquirir otra nueva antes de que se acabe el verano. Dice que, como en cualquier relación, se siente estresado por ayudar a su pareja a alcanzar objetivos tales como obtener la ciudadanía americana y sacarse el carné de conducir. Dice que a la rutina diaria de cumplir con las responsabilidades de tener una casa, ir al trabajo y a la universidad se añade su nivel de estrés, que califica de moderado. Al afrontar el estrés, tiene una mala costumbre (se muerde las uñas). El lado positivo es que trata de hacer el trabajo de modo que no «se le amontone» y que frecuentemente se toma vacaciones. Sorprendentemente, aunque tiene todos estos agentes estresantes, siente que los controla, no que ellos le atan o tienen un impacto negativo sobre su salud.

Las tradiciones culturales y familiares de CW promueven el equilibrio entre el trabajo intenso y el descanso. No es muy religioso y no está seguro de si la religión juega algún papel en su salud. En este momento de su vida, siente que está alcanzando sus objetivos y está satisfecho con su estado de salud.

Análisis de los datos de salud: diagnósticos enfermeros

Hay varios diagnósticos enfermeros de NANDA-I que la enfermera tomó en consideración. Estos incluían: *Deterioro de la integridad cutánea*, *Mantenimiento*

inefectivo de la salud, Conocimientos deficientes, Trastorno de la imagen corporal, Impotencia, Disposición para mejorar el atontamiento y Disposición para mejorar el manejo de la propia salud. Deterioro de la integridad cutánea no es el mejor diagnóstico para guiar los cuidados enfermeros porque el problema de psoriasis requiere principalmente intervenciones médicas. *Mantenimiento inefectivo de la salud* se rechazó porque CW generalmente tiene un estilo de vida saludable. Aunque se consideró *Conocimientos deficientes* como diagnóstico, es más apropiado como factor contribuyente a su manejo del régimen terapéutico para la psoriasis y la enfermera no puede enseñarle mucho más que él no sepa. No hay datos suficientes para apoyar los diagnósticos de *Trastorno de la imagen corporal* e *Impotencia*, y como CW percibe que no tiene problemas de salud, es más apropiado un diagnóstico de promoción de la salud. Aunque CW admite tener mucho estrés, incluye muchas técnicas para el manejo del estrés en sus hábitos diarios, por lo que hay menos datos que apoyen *Disposición para mejorar el atontamiento* que datos de soporte para *Disposición para mejorar el manejo de la propia salud (DMMPS)*. Este diagnóstico, definido como «patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un programa para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado», es el diagnóstico que CW y yo decidimos abordar.

Las características definitorias de DMMPS son que CW expresó el deseo de cambiar cómo maneja su problema de piel y la toma de conciencia de que quizás los brotes pueden reducirse. Su patrón de tratamiento esporádico puede no ser el más efectivo y quizás hay tratamientos más nuevos y fáciles de llevar a cabo que puede tomar en consideración. Además CW ya mantiene su salud de muchas formas, lo que reduce el riesgo de que su estado empeore.

Las influencias interpersonales que pueden tener un impacto en la conducta de CW son su pareja, su familia y su dermatólogo (Pender y cois., 2006). Quizás su familia y otras personas significativas podrían ayudarlo y animarlo a usar la crema diariamente recordándose y reforzando los resultados positivos. Una ventaja coyuntural en este caso es que, como CW no ha acudido al médico desde hace mucho tiempo, puede que no sea consciente de otras posibles opciones disponibles, que pueden ser incluso más efectivas que su tratamiento actual.

Clasificación de resultados enfermeros

Basándonos en nuestra discusión, decidimos usar el resultado *Conducta de promoción de la salud* (1602) de la Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC), definido como «acciones personales para mantener o aumentar el bienestar» (Moorhead y cois., 2004, pág. 307). La escala de resultados es 1 = nunca demostrado; 2 = raramente demostrado, 3 = demostrado algunas veces; 4 = demostrado con frecuencia, y 5 = demostrado constantemente. Su puntuación en el resultado general es 3 y el objetivo, 5. En el indicador 160207 «lleva a cabo habitualmente conductas saludables», CW está en el nivel 3, y el objetivo es 5. En el indicador 160213, «realiza los controles de salud recomendados», CW está en 2 y el objetivo es 5.

Clasificación de intervenciones enfermeras

Para tratar el diagnóstico y alcanzar el resultado deseado, elegimos la intervención enfermera de «*Hacer un contrato con el paciente*» (4420) de la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC), definida como «negociación y acuerdo con una persona que refuerza un cambio de conducta específico» (Dochterman y Bulechek, 2004, pág. 538). Las actividades de esta intervención que se usaron fueron: ayudar a CW a identificar las prácticas de salud que desea cambiar, es decir, mejorar el manejo del estado de su piel e identificar los objetivos de cuidados. Para CW, un objetivo es visitar regularmente a su dermatólogo y encontrar una manera de tratar su problema dermatológico que sea más factible que lo utilice habitualmente. Durante nuestra discusión aprendimos que hay algunas barreras para que CW lleve a cabo el plan propuesto y quizás trazar un plan teniendo presente estas barreras ayudará a mejorar su manejo. Es importante para la enfermera ayudar a CW a desarrollar un plan para alcanzar los objetivos y facilitarle un contrato escrito con todos los elementos con los que está de acuerdo. Otra actividad es ayudar a CW a desarrollar un diagrama de flujo mediante el uso de un diario para registrar el estado de su piel y la aplicación diaria de la crema. Quizás esto ayudaría a demostrar si el uso continuado de la crema tiene mejor efecto que su uso esporádico. Finalmente, coordinamos las oportunidades de revisar su contrato y objetivos. Esto nos dio a CW y a mí la posibilidad de ver sus progresos y determinar si el plan era efectivo o no.

Apéndice: patrones funcionales de salud como marco para la valoración

Directrices

1. Las categorías de la izquierda proporcionan una guía sobre el tipo de información incluida en la descripción del patrón. El patrón del cliente debería describirse en la parte derecha. La descripción escrita debería ser comprensible para otros. Por ejemplo,
Correcto: no hay antecedentes de problemas físicos o psicológicos relacionados.
Incorrecto: ninguno.
2. Usar las técnicas de entrevista descritas en la bibliografía, por ejemplo, incluir los silencios y las declaraciones, no sólo las preguntas.
3. Puesto que todos los datos recogidos son subjetivos, no deberían ponerse comillas. Cada frase debería representar las palabras textuales o parafraseadas de la persona o familia.
4. Como el sujeto de cada frase es «yo» o «nosotros», éste no debería repetirse cada vez. Las respuestas de la persona pueden escribirse como frases incompletas, por ejemplo, va a la iglesia cada día a las 9 de la mañana (se supone que el sujeto es «yo» o «nosotros»),
5. Cuando las personas cuentan largas historias en relación con una de las categorías de la valoración, los datos pueden acortarse parafraseándolos, pero teniendo sumo cuidado en mantener la esencia de la descripción.
6. En la medida de lo posible, registrar los datos en forma de claves, no de inferencias. Las claves son unidades de datos sensoriales. Las inferencias son el significado subjetivo que las personas dan a las claves.
7. Evitar incluir diagnósticos en los datos, por ejemplo, *ansioso* (un diagnóstico enfermero) a causa de su relación con la familia. Esta afirmación sólo podría incluirse en los datos si la dijera textualmente el paciente.
8. Considerar las categorías de la valoración de este formulario como incompletas para cada paciente en particular. *Seguir todas las claves que surgen en la valoración.* Por ejemplo, si María dice que fuma un paquete de cigarrillos al día, identificar si conoce los peligros del tabaco, cómo se siente por el hecho de fumar, cuál es su motivación para dejarlo, si el tabaco afecta a otros aspectos de su vida y si tiene otros factores de riesgo de enfermedad cardíaca y pulmonar,

Fecha_____Enfermera_____

Cliente_____Edad_____Sexo_____Ocupación_____

Médico/s_____Farmacéutico_____

Motivo de la consulta_____

Patrón de manejo-percepción de la salud

Significado de la salud	
Descripción del estado de salud	
Promoción de la salud: alimentos y líquidos, ejercicio, estilo y hábitos de vida, manejo del estrés	
Protección de la salud: programas de cribaje, visitas a los profesionales de salud de asistencia primaria, dieta, ejercicio, manejo del estrés, descanso, factores económicos	
Autoexamen de: mamas y/o testículos, presión arterial, otros	
Conocimientos sobre el autoexamen	
Historia médica, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, historia médica familiar	
Conductas para gestionar sus problemas de salud: dieta, ejercicio, medicamentos, tratamientos	
Nombre, dosis y frecuencia de los fármacos prescritos y no prescritos	
Factores de riesgo relacionados con la salud, por ejemplo, historia familiar, estilo o hábitos de vida, pobreza	
Datos relevantes del EF (examen físico): completar	

Patrón nutricional-metabólico

Número habitual de comidas y tentempiés	
Tipos y cantidad de alimentos y líquidos	
Alimentos ingeridos en 24 horas o historia de 3 días	
Hábitos de compra y cocina	
Satisfacción con el peso	
Influencias en la elección de alimentos, por ejemplo, religiosas, étnicas, culturales, económicas	
Percepción de las necesidades metabólicas	
Factores relacionados, por ejemplo, actividad, enfermedad, estrés	

Factores que influyen en la ingesta: apetito, malestar, gusto y olfato, dientes, mucosa oral, náuseas o vómitos, restricciones dietéticas, alergias alimentarias	
Historia de problemas físicos o psicológicos relacionados	
Datos relevantes del EF (examen físico): exploración general, piel, pelo, uñas, abdomen	

Patrón de eliminación

Patrón habitual de eliminación urinaria: frecuencia, cantidad, color, olor, malestar, nicturia, control, cualquier cambio	
Patrón habitual de defecación: regularidad, color, cantidad, consistencia, malestar, control, cualquier cambio	
Creencias relacionadas con la salud/culturales	
Nivel de autocuidado: uso del inodoro, higiene	
Ayudas para la eliminación, p. ej., medicamentos, enemas	
Acciones para prevenir la cistitis	
Historia de problemas físicos o psicológicos relacionados	
Datos relevantes del EF (examen físico): abdomen, genitales, próstata	

Patrón de actividad-ejercicio

Actividades típicas de la vida diaria (AVD)	
Ejercicio: tipo, frecuencia, duración, intensidad	
Actividades de ocio	
Creencias sobre el ejercicio	
Habilidad para el autocuidado: vestirse (las partes superior e inferior del cuerpo), bañarse, alimentarse, uso del inodoro independiente, dependiente o necesita ayuda	
Uso de ayuda suplementaria , por ejemplo, muleta o andador	
Factores relacionados, p. ej., autoconcepto	
Historia de problemas físicos o psicológicos relacionados	
Datos relevantes del EF (examen físico): respiratorio, cardiovascular, musculoesquelético, neurológico	

Patrón de reposo-sueño

Hábitos de sueño: número de horas, hora de dormirse y despertarse, rituales de inducción al sueño, entorno para el sueño, se siente descansado al despertar	
Creencias culturales	
Uso de ayudas para el sueño, por ejemplo, medicamentos, grabaciones para relajarse	
Descanso y relajación programados	
Síntomas de trastorno del patrón de sueño	
Factores relacionados, por ejemplo, dolor	
Historia de problemas físicos o psicológicos relacionados	
Datos relevantes del EF (examen físico): exploración general	

Patrón cognitivo-perceptual

Descripción de los órganos de los sentidos: vista, oído, olfato, gusto y tacto	
Ayudas, por ejemplo, gafas, audífono	
Cambios recientes en los órganos de los sentidos	
Percepción de confort/dolor	
Creencias culturales sobre el dolor	
Ayudas para aliviar el malestar	
Nivel educativo	
Capacidad para la toma de decisiones	
Historia de problemas físicos, de desarrollo o psicológicos relacionados	
Datos relevantes del EF (examen físico): exploración general, neurológico	

Patrón de autopercepción-autoconcepto

Yo social: ocupación, situación familiar, grupos sociales	
Identidad personal: descripción de sí mismo, fortalezas y debilidades	
Yo físico: preocupaciones sobre el cuerpo, preferencias/desagrados	
Autoestima: sentimientos sobre sí mismo	
Amenazas al autoconcepto, por ejemplo, enfermedades, cambios de rol, historia de problemas físicos o psicológicos relacionados	

Datos relevantes del EF (examen físico): exploración general
--

Patrón de rol-relaciones

Descripción de los roles con la familia, amigos, compañeros de trabajo	
Satisfacción/insatisfacción con el rol	
Efectos del estado de salud	
Importancia de la familia	
Estructura y apoyo familiar	
Procesos familiares de toma de decisiones	
Problemas o preocupaciones familiares	
Patrones de crianza de los hijos	
Relaciones con los demás	
Relaciones significativas	
Historia de problemas físicos o psicológicos relacionados	
Datos relevantes del EF (examen físico): exploración general	

Patrón de sexualidad-reproducción

Problemas o preocupaciones sexuales	
Descripción de la conducta sexual, por ejemplo, prácticas de sexo seguro	
Conocimientos relacionados con la sexualidad y la reproducción	
Impacto en el estado de salud	
Historia menstrual y reproductiva	
Historia de problemas físicos o psicológicos relacionados	
Datos relevantes del EF (examen físico): exploración general, genitales, mamas, recto	

Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés

Naturaleza de los agentes estresantes habituales	
Percepción del nivel de estrés	
Descripción de las respuestas generales y específicas al estrés	
Estrategias habituales para la gestión del estrés y efectividad de las mismas	

Cambios vitales y pérdidas	
Estrategias de afrontamiento usadas habitualmente	
Percepción de control sobre los acontecimientos	
Conocimiento y uso de las técnicas de manejo del estrés	
Relación de la gestión del estrés con la dinámica familiar	
Historia de problemas físicos o psicológicos relacionados	
Datos relevantes del EF (examen físico): exploración general	

Patrón de valores-creencias

Antecedentes culturales-étnicos	
Situación económica, conductas de salud que se relacionan con su grupo étnico-cultural	
Objetivos en la vida	
Lo que es importante para el cliente y familia	
Importancia de la religión-espiritualidad	
Impacto de los problemas de salud en la espiritualidad	
Datos relevantes del EF (examen físico): exploración general	

Análisis de los datos, diagnósticos enfermeros, objetivos e intervenciones

- :' Registrar los puntos clave de la discusión con la persona y familia respecto a sus *fortalezas y debilidades*.
 - : Analizar *cada uno* de los patrones y las relaciones entre ellos. Incorporar los datos del EF (examen físico) (normales y anormales) en la toma de decisiones.
 - ∴ Establecer el diagnóstico enfermero prioritario de acuerdo con la persona/familia ¿Está usted de acuerdo? Si no lo está, ¿por qué no? Considerar los diagnósticos de promoción de la salud, de riesgo y reales.
- Registrar los objetivos apropiados y realistas que se decidan con el paciente. Explicar qué tipo de intervención/es puede usar la enfermera (que estén dentro del dominio de enfermería) para *apoyar* a esa persona en el logro de sus objetivos.

Diagnósticos enfermeros en la formación

Martha Craft-Rosenberg, PhD, RN, FAAN
y Kelly Smith, MSN, RN

El uso de los diagnósticos enfermeros es fundamental en la formación enfermera. La valoración y el diagnóstico de las personas, las familias y las comunidades enseña a los estudiantes el razonamiento hipotético y el pensamiento crítico. Además, quienes acuden a las enfermeras en demanda de cuidados esperan alcanzar objetivos de mejora de la salud de los que las enfermeras son cada vez más responsables. Tanto los resultados como la selección de intervenciones se apoyan en unos diagnósticos enfermeros adecuados y válidos.

La enseñanza a los estudiantes de enfermería sobre cómo usar los diagnósticos enfermeros empieza con la valoración y la obtención de la historia. A medida que los estudiantes valoran y recogen datos (información) respecto a las personas, las familias y las comunidades, están identificando los «signos y síntomas» o las características definitorias de los conceptos diagnósticos enfermeros. Los factores o variables que influyen en los diagnósticos se integran en la historia, los registros y otras evidencias. Estas variables proporcionan el contexto, los «factores relacionados» que se combinan con las características definitorias para formular el diagnóstico enfermero. Cuando es posible, las enfermeras tratan los factores relacionados con intervenciones para prevenir o reducir su impacto. Cuando no es posible, para las enfermeras, tratar un factor relacionado, deben tratar las características definitorias con intervenciones enfermeras seleccionadas.

Valoración e identificación de las características definitorias

Las características definitorias son las características de las personas, las familias y las comunidades que son observables y verificables. Sirven como claves o inferencias que se agrupan como manifestaciones de una enfermedad o estado de bienestar, o un diagnóstico enfermero. Imagine, por ejemplo, que una persona (Sara) le dice a una estudiante de enfermería que tiene «el estómago revuelto» y le pide una batea para vomitar. La estudiante observa, además, que Sara traga una gran cantidad de saliva y tiene náuseas. Estas características definitorias sugieren el diagnóstico enfermero de *náuseas*.

Historia e identificación de los factores relacionados

Los factores relacionados proporcionan el contexto para las características definitorias. Los factores relacionados son factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con los diagnósticos enfermeros. Estos factores pueden describirse como antecedentes de, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o favorecedores del diagnóstico. Se identifican como características

o historia de las personas, las familias y las comunidades. En el caso de Sara, ella puede decirnos que está tomando grandes dosis de aspirina por consejo de su médico y que la toma con el estómago vacío. En este caso, la estudiante puede establecer como resultado «desaparición de las náuseas» y usar la intervención enfermera de la NIC «Gestión de las náuseas» (Dochterman y Bulechek, 2004), especialmente la actividad de «Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (tomar aspirina con el estómago vacío)».

Selección de la etiqueta diagnóstica

La etiqueta diagnóstica se selecciona basándose en dos características. Primero, la definición de la etiqueta diagnóstica debería transmitir una combinación de las características definitorias y los factores relacionados. Segundo, el diagnóstico seleccionado es el término junto con las características definitorias y los factores relacionados que encajan con los datos obtenidos por el estudiante en la valoración y en la historia. En este caso, la definición de *Náuseas* es «Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar», (pág. 351). En el ejemplo, Sara dice que «tiene el estómago revuelto» y muestra otras características definitorias. Su historia proporciona un antecedente de las náuseas -la toma de grandes dosis de aspirina con el estómago vacío-.

Diagnósticos de riesgo

Las enfermeras siempre han sido responsables de identificar a las personas, familias y comunidades en riesgo y protegerlas del mismo. Un diagnóstico de riesgo «describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Se sustenta en los factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad» (pág. 311). Por ejemplo, el diagnóstico *riesgo de deterioro de la integridad cutánea* incluye tanto factores internos como externos que influyen en la vulnerabilidad. Las intervenciones que la enfermera selecciona para alcanzar los resultados se basan en estos factores influyentes.

Diagnósticos de promoción de la salud

Un diagnóstico de promoción de la salud es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas de salud tales como la nutrición o el ejercicio. Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse en cualquier situación de salud y no requieren un nivel determinado de bienestar. Esta disposición se apoya en las características definitorias. Las intervenciones se seleccionan de

acuerdo con la persona, familia o comunidad para asegurar al máximo su capacidad para alcanzar los resultados deseados.

Diagnósticos de bienestar

Un diagnóstico de bienestar describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar. Esta disposición se apoya en las características definitorias. Al igual que con los restantes diagnósticos, se identifican resultados sensibles a las intervenciones enfermeras y se seleccionan las intervenciones que proporcionan una alta probabilidad de alcanzar los resultados.

Priorización de los diagnósticos

La priorización de los diagnósticos es un tipo de pensamiento crítico que la mayoría de profesores de enfermería esperan de sus estudiantes. Los profesores con frecuencia solicitan a sus estudiantes una lista de diagnósticos enfermeros. Los estudiantes la confeccionan mientras leen la historia de las personas, familias y comunidades. Tras la valoración, los estudiantes deben tomar decisiones respecto a la priorización de los diagnósticos. Las prioridades se establecen basándose en las necesidades de las personas, familias y comunidades. Cuando los estudiantes de enfermería realizan una práctica clínica durante un corto período de tiempo, los profesores deberían pedirles que elijan los diagnósticos enfermeros que pueden abordar durante ese tiempo determinado.

Relación de los diagnósticos enfermeros con los resultados e intervenciones

Un diagnóstico enfermero adecuado y válido determina el resultado sensible a la actuación enfermera. Estos resultados guían la selección de intervenciones que probablemente producirán el efecto terapéutico deseado. De nuevo, las intervenciones tratarán bien los factores relacionados (o factores de riesgo) o bien las características definitorias. Los profesores y estudiantes pueden usar el libro sobre la unión de las tres terminologías (Johnson y cois., 2006) o la vinculación con los diagnósticos enfermeros proporcionada al final del libro de NIC (Dochterman y Bulechek, 2004) y de NOC (Moorhead, Johnson y Vlaas, 2004). Estos vínculos con los diagnósticos enfermeros proporcionan ejemplos claros de la unión entre diagnósticos, resultados e intervenciones. No obstante, algunos profesores pueden pedir a sus estudiantes que identifiquen resultados y seleccionen intervenciones enfermeras independientemente para que apliquen sus habilidades de pensamiento crítico.

Los profesores que usen los diagnósticos enfermeros detectarán un incremento en el pensamiento crítico y analítico de los estudiantes, que se centrarán claramente en las necesidades priorizadas en la persona, familia o comunidad. Los profesores que sean inexpertos en este proceso aprenderán inicialmente al

mismo tiempo que sus estudiantes, pero ambos se asombrarán ante la velocidad a la que se aplica este proceso «natural».

Valor de los diagnósticos enfermeros en los registros de salud electrónicos

Jane Brokel, PhD, RN y Crystal Heath, MSN, RN

En 2004, la industria de cuidados de la salud gastó 1,9 trillones de dólares, el 16% del producto interior bruto de Estados Unidos (Doeksen, 2006). MECON (1995) y la Healthcare Financial Management Association informaron en 1995 de que el coste del trabajo enfermero representaba más del 50% del coste total de los salarios de los profesionales de la salud. Como resultado de esto, a mitad de la década de 1990, las corporaciones hospitalarias disminuyeron el coste laboral reduciendo el número de enfermeras (Wunderlich y cois., 1996; DeMoro, 2000). En consecuencia, el sistema de pago prospectivo fue impulsando la reducción del número de ingresos y la reducción de la estancia de los enfermos, a pesar de que en los hospitales se producía un aumento de la complejidad en los cuidados de los enfermos. Además, el sistema de pago prospectivo fue desplazando los cuidados del entorno hospitalario a otros entornos ambulatorios como los cuidados a domicilio. Estos cambios tienen implicaciones en lo que respecta a los requerimientos de recursos para el trabajo enfermero (Kovner y cois., 2000). Sin embargo, en ningún momento se usaron datos enfermeros específicos para guiar las decisiones sobre dónde debería producirse la reducción de personal.

Estudios previos han observado que los diagnósticos enfermeros asociados con cada paciente explicaban una parte de la duración de la estancia hospitalaria, la duración de la estancia en la UC1 y los costes hospitalarios totales (Welton y Halloran, 1999). Los diagnósticos enfermeros también explicaban una porción del número de visitas de la enfermera a domicilio (Marek, 1996). Titler y su equipo (2006) estudiaron el traslado de pacientes con fractura de cadera desde el hospital. Su equipo encontró que las intervenciones enfermeras documentadas durante los cuidados hospitalarios permitían predecir si tales pacientes eran dados de alta a su domicilio o a otro centro de cuidados de menor complejidad. Teniendo en cuenta el hecho de que las intervenciones enfermeras y los costes de las mismas son una fuente importante de gastos para el hospital, todavía hay muy pocos análisis cuantitativos sobre la contribución de las enfermeras a los resultados globales del paciente. Ahora, los niveles de dotación de personal enfermero están en continua revisión, con debates importantes para determinar la proporción de pacientes por enfermera. El uso de los lenguajes enfermeros estandarizados dentro de los sistemas de información clínica puede proporcionar a las enfermeras y a otros la información que demuestra la contribución de los cuidados enfermeros (Titler y cois., 2006). Estos complejos estudios reúnen los datos de múltiples sistemas de información de cuidados de la salud, e incluso sistemas en soporte de papel, con una amplia variación en los métodos de documentación.

Los servicios enfermeros no siempre se identifican como generadores de ingresos para el hospital, ya que tales servicios históricamente se han considerado

gastos generales de habitación y alimentación (Hendricks y Baume, 1997). Puesto que los cuidados proporcionados por las enfermeras no se han recogido ni analizado, no se ha cuantificado el efecto sobre los resultados y los beneficios de la valoración e intervenciones enfermeras, y de la coordinación de los cuidados para los pacientes y el hospital. Para proporcionar la información cuantificable requerida para evaluar efectivamente el valor de las enfermeras, las terminologías enfermeras estandarizadas deben incluirse uniformemente en el registro de salud electrónico (RSE) de modo que los datos sean sistemáticamente recogidos y analizados (Lavin y cois., 2004).

Puesto que el personal enfermero constituye la principal fuente de gastos del hospital, la capacidad para obtener términos enfermeros estándar del RSE proporcionará respuestas para gestionar los costes de los cuidados de salud. Actualmente, los datos enfermeros son más importantes que nunca para mejorar la seguridad del paciente y gestionar los cuidados de salud de forma eficaz y coste-eficiente (Jerant y cois., 2001). El análisis coste-efectividad depende de un método de componentes (Levin y McEwan, 2001). Básicamente, cada intervención usa componentes que tienen un valor o coste. Si los ingredientes pueden ser *identificados* y sus costes determinados, puede calcularse el coste total de la intervención y el coste por unidad de efectividad, beneficio o utilidad (Levin y McEwan, 2001). Las terminologías como los diagnósticos enfermeros de NANDA, las intervenciones de NIC y los resultados e indicadores de NOC, cuando se usan conjuntamente, proporcionan la mejor oportunidad de responder a las preguntas sobre la seguridad, eficiencia y coste-efectividad de la práctica enfermera para las poblaciones de pacientes. Se han propuesto varios marcos para usar conjuntamente las terminologías en el RSE, como el Modelo VIPS (Ehnforss y cois., 1998), el Modelo OPT (Pesut y Hermán, 1999), la Taxonomía NNN para la Práctica Enfermera (McCloskey y Bulechek, 2004) y el Modelo KPO (von Krogh y cois., 2005).

La documentación enfermera en la práctica actual consiste principalmente en largas notas narrativas en soporte de papel. Este enfoque tiene variaciones significativas en términos de descripción de los hallazgos y acciones enfermeras y, por tanto, pone a prueba la habilidad de cualquiera para analizar los cuidados. Las notas narrativas son ambiguas, contienen redundancias y diversos matices dentro del texto. Además, puesto que estas anotaciones habitualmente se escriben a mano, con frecuencia son ilegibles, se malinterpretan y solamente pueden ser usadas por una única persona a la vez. Como consecuencia de estos problemas, las anotaciones narrativas son difíciles de introducir en un sistema computarizado donde puedan ser recuperadas para la evaluación diaria de los cuidados del paciente o analizadas para la investigación y soporte en la toma de decisiones (Bates y cois., 2003).

La inclusión de los diagnósticos enfermeros junto con la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) (McCloskey y Bulechek, 2004) y la Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC) (Moorhead, Johnson y Maas, 2004) en el RSE proporciona un medio global para captar la contribución única de las enfermeras en un formato consistente y cuantificable. Esta consistencia puede aportar los siguientes beneficios:

- ' Facilitan la comunicación del equipo de cuidados de la salud. Estos términos enfermeros junto con la uniformidad de los términos médicos y farmacológicos proporcionarán la continuidad de los cuidados en las unidades de hospitalización y en todos los entornos donde trabajen las enfermeras (Figoski y Downey, 2006).
- ∴ Constituyen un lenguaje que une los conceptos enfermeros del proceso con el RSE y facilita el eventual intercambio de datos acerca de los conceptos del proceso enfermero.
 - Son un medio para describir el conocimiento y las habilidades esenciales para la práctica enfermera (Lunney, 2006).
- : Un método común que permita a las enfermeras gestoras y administradoras recoger y analizar datos enfermeros específicos que proporcionen evidencias de los efectos y contribuciones de la provisión de cuidados enfermeros, así como delimitar el coste de los servicios enfermeros para los financiadores (Jerant et al, 2001). Son un medio común para capturar información sobre los resultados de los pacientes, que ayudará a diseñar y construir nuevo conocimiento para apoyar la práctica basada en la evidencia (Lavin y cois., 2004).
- !• Suponen un mecanismo para facilitar el debate y el desarrollo de políticas por parte de las autoridades competentes (Lavin y cois., 2004).
- L; Constituyen un lenguaje común en el proceso de formación para enseñar la toma de decisiones clínicas a los estudiantes de enfermería (García y cois., 2006; Gloskey y cois., 2006; Gordon, 2006; Johnson, 2006).
- ' Recogen información para avanzar en la ciencia de los cuidados enfermeros.
- u Permiten que el RSE refleje verdaderamente el total de cuidados brindados por los profesionales de la salud, ya que incluyen los datos que reflejan el proceso enfermero (Von Krogh y cois., 2005).

Las terminologías enfermeras estandarizadas como NANDA, NIC y NOC proporcionan los medios para recoger los datos enfermeros que son sistemáticamente analizados dentro y a través de las organizaciones de cuidados de la salud. Además, estos datos son esenciales para proporcionar las bases para cualquier análisis coste/beneficio de la práctica enfermera.

Diagnósticos enfermeros e investigación

Margaret Lunney, PhD, RN

Desde 1973 los diagnósticos aprobados en la *Taxonomía de Diagnósticos Enfermeros* de NANDA-I fueron desarrollados y propuestos para su aceptación por enfermeras usando una gran variedad de métodos de investigación. Cada diagnóstico está basado en la investigación, aunque las evidencias que los sustentan son mayores en unos casos que en otros. En las últimas cuatro décadas los métodos de investigación se han sofisticado cada vez más, y el Comité para el Desarrollo de los Diagnósticos ha requerido evidencias cada vez más rigurosas como base para aprobar nuevos diagnósticos.

Sin embargo, para seguir estando basada en la evidencia, la Taxonomía de NANDA-I requiere el apoyo continuo de la investigación (Whitley, 1999). Algunos de los tipos de estudios necesarios son análisis conceptuales, validación del contenido, validez del constructo y criterios relacionados, validación por consenso, estudios de adecuación de los diagnósticos enfermeros y estudios de implementación. La bibliografía citada puede usarse como recurso para estos métodos de investigación.

Análisis conceptual

El desarrollo y análisis conceptual ha sido y sigue siendo un aspecto importante en el desarrollo y aprobación de nuevos diagnósticos (Avant, 1990). La identificación y formulación de los conceptos es el primer paso para desarrollar un nuevo diagnóstico y/o retinar uno ya existente. Cada diagnóstico enfermero es un concepto que necesita ser desarrollado usando métodos sistemáticos (Walker y Avant, 2005). Un estudio clásico, por ejemplo, fue el análisis del concepto *temor* de Whitley (1992). En la NNN Alliance Conference de 2006 se informó del análisis conceptual para desarrollar un nuevo diagnóstico de promoción de la salud-bienestar: *Apoyo familiar en el desempeño del Rol* (Lamont, 2006). Meló Ade, Campos de Carvalho y Rotter Pela (2007) usaron análisis de contenido para recomendar cambios en el diagnóstico de disfunción sexual y de patrones sexuales ineficaces.

Validación del contenido

Los estudios de validación del contenido con frecuencia resultan básicos para retinar diagnósticos aprobados y desarrollar nuevos. En estos estudios hay dos posibles grupos de sujetos: las enfermeras que trabajan con pacientes que experimentan los diagnósticos específicos y pacientes que actualmente están experimentando el diagnóstico (Fehring, 1986). Sin embargo, el problema de las enfermeras como sujetos, especialmente si es un diagnóstico nuevo, es que se les pide que establezcan de memoria la relevancia de las características definitorias. Los estudios de validación clínica, en los que se valora a los pacientes

para detectar las características definitorias al tiempo que experimentan la respuesta humana específica, proporcionan mejores datos para los estudios de validación del contenido.

Durante décadas, los datos de los estudios clínicos de validación han servido de apoyo a los diagnósticos enfermeros (Zeitoun, de Barros, Michel y de Bettencourt, 2007; Bartek y cois., 1999; Carlson-Catalano y cois., 1998, y Kim y cois., 1984). Los retos de llevar a cabo estudios clínicos son significativos, pero merece la pena, puesto que los datos proceden de pacientes reales que están experimentando en ese momento la respuesta humana que es de interés para el investigador. Las consideraciones metodológicas para tales estudios fueron descritas por Carlson-Catalano y Lunney (1995); Grant y cois. (1990) y Maas y cois. (1990). Sparks y Lien-Gieschen (1994) proporcionaron guías revisadas para la puntuación e interpretación de las características definitorias como altamente relevantes o moderadamente relevantes para hacer un diagnóstico. Estas revisiones de puntuación son importantes para evitar el desarrollo de largas listas de características definitorias. Algunos de los diagnósticos actualmente aprobados tienen largas listas de características definitorias que podrían reducirse si se hicieran estudios clínicos donde se usaran las guías anteriormente mencionadas.

Validez del constructo y criterios relacionados

«El desarrollo de conocimiento de los diagnósticos en la Taxonomía NANDA implica la necesidad de llevar a cabo una serie de estudios para cada diagnóstico individual, así como para grupos de diagnósticos» (Parker y Lunney, 1998, pág. 146). Los diferentes tipos de estudios necesarios para establecer la validez del constructo y de los criterios relacionados son los análisis de fiabilidad, epidemiológicos, de resultados, análisis causal, y estudios de generalización (Parker y Lunney, 1998).

Los estudios de fiabilidad pueden establecer la estabilidad y coherencia del diagnóstico. Los estudios epidemiológicos de la incidencia y prevalencia de diagnósticos específicos en entornos y poblaciones pueden mostrar la importancia y co-ocurrencia de diagnósticos. Por ejemplo, en análisis retrospectivos de 123 y 241 ingresos consecutivos en un hospital universitario, Welton y Halloran (2005) demostraron que los diagnósticos enfermeros eran buenos predictores de los resultados de la hospitalización, aumentando del 30-146% el poder explicativo a los grupos de diagnósticos relacionados (GDR) y a todos los GDR refinados por los financiadores.

Los estudios epidemiológicos también pueden hacerse para mostrar la relación entre diagnósticos, intervenciones y resultados.

Los estudios de resultados, o efectividad, pueden ilustrar los pronósticos de los diagnósticos y las mejores intervenciones para ayudar a las personas que experimentan un diagnóstico específico.

Estudios de efectividad están siendo realizados por un equipo en Iowa, Shever, Titler, Dochterman, Fei y Picone (2007). Un estudio de Müller-Staub, Needham, Odenbreit, Lavin y van Achterberg (2007) mostró que la documentación de los resultados de los pacientes había mejorado después de enseñar a las

enfermeras a usar los diagnósticos y las intervenciones de enfermería. En la NNN Alliance Conference de 2006 se presentó un simposio de tres ejemplos de estudios de efectividad (Dochterman, 2006). Los estudios de análisis causal, usando diseños experimentales, pueden mostrar la relación de los diagnósticos con teorías y la importancia de usar diagnósticos estandarizados para lograr cuidados enfermeros de alta calidad. Los estudios de generalización pueden demostrar la importancia de los diagnósticos enfermeros a través de las instituciones y diagnósticos médicos o las categorías del Clasificación Internacional de Enfermedades (CIÉ), 9.ª ed. (ICD-9, Mortality Statistics Branch 1987, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention). Un buen recurso para llevar a cabo estudios de validez y fiabilidad es un libro de mediciones (p. ej, Waltz y cois., 2005).

Validación por consenso

Las técnicas de validación por consenso se empezaron a usar para establecer las conexiones de la NANDA, NIC y NOC para poblaciones específicas con el propósito de desarrollar estándares para la práctica e identificar los términos específicos que se deben incluir en los registros de salud electrónicos (Westmoreland y cois., 2000; Carlson, 2006a, 2006b; Minthorn, 2006). El estudio de Westmoreland y cois, validó que su guía para la práctica clínica delineaba «los servicios adecuados y el conocimiento relacionado con dichos servicios» (pág. 19). Carlson (2006a) recomienda métodos de investigación de acción participativa para que las enfermeras asistenciales identifiquen los términos específicos de la NANDA, NIC y NOC aplicables a los pacientes que atienden. Este proceso empieza a usarse en una variedad de entornos y puede ser adoptado por las enfermeras en cualquier centro y localidad. En un futuro próximo, el Comité para la Investigación promoverá este proceso como método estandarizado para establecer los estándares de la práctica y seleccionar términos para los registros de salud electrónicos.

Estudios de precisión de los diagnósticos enfermeros

Son necesarios estudios de precisión de los diagnósticos enfermeros y de los factores que influyen en ella, porque estudios previos determinaron que tal precisión variaba ampliamente (Lunney, 2008). La precisión de los diagnósticos enfermeros es importante porque es la base para la elección de intervenciones y resultados. Algunos ejemplos son los estudios clínicos de Lunney, Karlik, Kiss y Murphy (1997) y una revisión por correo de Hasegawa, Ogasawara y Katz (2007). Crosetti y Saurín (2006) presentaron un estudio relacionado con la precisión en la conferencia de la NNN Alliance en 2006.

Estudios de implementación

La importancia de usar los diagnósticos enfermeros en la práctica clínica es que se espera que mejoren la calidad de los cuidados enfermeros (Lunney,

2008). Sin embargo, en el momento actual no hay suficientes datos para convencer a otros de que esto es así. Dos recientes estudios demostraron los efectos positivos de implementar lenguajes enfermeros estandarizados (Müller-Staub, 2007; Thoroddsen & Enfors, 2007), pero se necesitan muchos estudios más como estos.

Resumen

Los estudios de diagnósticos enfermeros son extremadamente necesarios para mantener y reforzar las evidencias en las que se basa la Taxonomía de NANDA International. El Comité para la Investigación está dispuesto a proporcionar ayuda a cualquiera que considere la posibilidad de llevar a cabo un estudio. Contacte con margell@si.rr.com o Lunney@mail.csi.cuny.edu.

Diagnósticos enfermeros en la gestión

Dickon Weir-Hughes, EdD, RN, FRSH

Desde el inicio de los diagnósticos enfermeros a principios de la década de 1970, algunas de las mejores teóricas enfermeras se han visto atraídas a apoyar este trabajo. Muchas de estas activistas eran académicas centradas en la clínica, investigadoras y educadoras, y algunas eran enfermeras clínicas expertas. Cabe destacar, sin embargo, que las enfermeras que ocupan cargos de dirección, administración o gestión generalmente han sido menos activas en esta importante área de desarrollo enfermero. Esto resulta sorprendente porque los diagnósticos enfermeros son fundamentales para brindar cuidados enfermeros de alta calidad, y sus beneficios son tan numerosos que parece obvio que, incluso la enfermera líder más ocupada, tendría que hacer de su desarrollo y puesta en práctica, una prioridad. En una era en que tanto la contención de los costes como la práctica basada en la evidencia son objetivos clave para las líderes de enfermería, es esencial clasificar, clarificar y documentar los fenómenos que son del ámbito profesional de las enfermeras.

¿Por qué implementar los diagnósticos enfermeros en el entorno clínico?

La implementación de los diagnósticos enfermeros comporta numerosos beneficios para el cuidado de los pacientes: una planificación de cuidados mejor y más consistente; mejora de la comunicación enfermera-enfermera, enfermera-médico y enfermera-paciente, y un mejor reconocimiento de los fenómenos que a las enfermeras les resulta más difícil valorar y describir, como los aspectos psicológicos, espirituales y sexuales. Desde el punto de vista organizativo, los diagnósticos enfermeros ayudan a mejorar la organización clínica y la gestión del riesgo; y demuestran claramente el compromiso de aunar la teoría, la práctica y la formación enfermera -en otras palabras, la enfermería basada en la evidencia-. Y también, algo muy importante es que, permiten a las líderes e investigadoras enfermeras evaluar la práctica enfermera en una organización, de una forma consistente y que incita a la reflexión.

Numerosos estudios, incluido el de Halloran y Kiley (1987), publicados en diversas revistas profesionales entre 1985 y 1987 examinan la noción completa del uso de Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD) y otros sistemas relacionados que vinculan el pago a procedimientos o situaciones médicas en vez de hacerlo al grado de dependencia real del paciente. Halloran y Kiley examinaron a 1.288 pacientes adultos de unidades médicas y quirúrgicas en un hospital docente, urbano de EE.UU. La complejidad del tratamiento médico se medía usando el peso relativo del coste de los GRD. El indicador enfermero se derivó de un grupo de diagnósticos enfermeros. Los hallazgos del estudio mostraron que el peso del coste de los GRD es un mal indicador de dependencia (y, por tanto, del coste de los cuidados), y que el índice de dependencia de los cuidados

enfermeros, basándose en una serie de 61 diagnósticos enfermeros, añadió información relevante al peso de los GRD a la hora de explicar la duración de la estancia y otras cuestiones. Dado que el trabajo enfermero es una de las partidas de gastos más significativas en cualquier organización de cuidados de la salud, y que las organizaciones con frecuencia se basan en el número de enfermeras de que disponen para asumir más trabajo, éste es un hallazgo significativo. El estudio de Halloran y Kiley, y el de Frank y Lave (1985), indican que para ser coste-eficiente en relación con la duración del ingreso es esencial incluir el factor de dependencia de las enfermeras basándose en los diagnósticos enfermeros al realizar la planificación. Da mucho que pensar el hecho de que 20 años después, las líderes en enfermería aún no se hayan comprometido con el uso de los diagnósticos enfermeros tal como recomiendan estas referencias clave.

Práctica basada en la evidencia: integración de la teoría y la práctica

La investigación enfermera y las oportunidades de resultados que emergen como consecuencia del uso de los diagnósticos enfermeros son excepcionales y no corren paralelas. Hace casi 150 años Florence Nightingale (1863) comentó la escasez de datos de resultados comparativos sobre las intervenciones enfermeras. «En un intento de llegar a la verdad, he solicitado información en todas partes, pero en raras ocasiones he podido obtener registros hospitalarios adecuados para hacer cualquier comparación. Esto demostraría a los suscriptores cómo se ha gastado su dinero, el bien que se ha hecho con él. Además nos permitiría a nosotras determinar la influencia del hospital sobre el curso de las operaciones y enfermedades que pasan por sus salas; y la verdad así averiguada nos permitiría salvar vidas y ahorrar sufrimiento, y mejorar la gestión de los enfermos» (págs. 175-176).

Aunque en algunos lugares se han hecho grandes avances, es preocupante que 150 años después muchas organizaciones enfermeras, ya sea en el entorno hospitalario o comunitario, todavía no sean capaces de evaluar su práctica de forma consistente. La recogida de datos de diagnósticos enfermeros en áreas clínicas permite a las enfermeras evaluar su práctica clínica individual e integrar explícitamente teoría y práctica. Del mismo modo, los datos permiten a las líderes e investigadoras enfermeras evaluar, auditar y establecer desde la organización prioridades para la práctica realizando estudios de prevalencia. Esta información puede entonces ayudar a definir el contenido de la formación en servicio e incluso las ofertas educativas de la universidad.

Enfermería en la era de los registros electrónicos de los pacientes

La esencia de la enfermería es la relación terapéutica profesional entre la enfermera y el paciente. Aunque pueda parecer que los sistemas de información son fríos y literales, no hay razón para que un sistema electrónico de registro del paciente no pueda ayudar a mejorar el rol clínico de la enfermera ahorrando

tiempo y mejorando la documentación. Dentro de algunos sistemas, sin embargo, existe la tendencia a ver la enfermería reducida a una lista automatizada de tareas generadas a partir de cuidados estandarizados. Este enfoque reduccionista de la profesión enfermera no es ni clínicamente seguro ni comercialmente adecuado porque hace caso omiso de las necesidades individuales de los pacientes. La valoración, satisfacción y evaluación de tales necesidades es clave para unos cuidados seguros del paciente, y para alcanzar los niveles de satisfacción del paciente omnipresentes en los sectores de la salud en los que las enfermeras brindan cuidados cada vez más orientados al paciente.

Está ampliamente reconocido que la implementación de cualquier sistema de información de cuidados de la salud proporciona una oportunidad de revisar y mejorar la práctica clínica. Por desgracia, también se reconoce que la implementación de algunos sistemas ha tenido consecuencias extremadamente negativas para la práctica enfermera y, por consiguiente, para el cuidado de los pacientes. Estas consecuencias se manifestaron de muy diferentes maneras. Desde el punto de vista clínico, sistemas mal planificados y poco profesionales redujeron el trabajo enfermero a listas de tareas generadas a partir de vías críticas que omiten las necesidades de las personas, y que sólo sirven para dar un paso atrás en el desarrollo de cuidados centrados en el paciente. Este tipo de implementación ha demostrado que da lugar a una práctica enfermera poco segura, irreflexiva, que causa importantes problemas en la gestión clínica.

Desde la perspectiva de liderazgo, los sistemas que cambian radicalmente la práctica enfermera de la noche al día crean enormes problemas en el equipo, que no sólo tiene que usar un nuevo sistema informático, sino numerosos conceptos nuevos en la documentación y planificación de cuidados, como por ejemplo, usar un lenguaje enfermero estandarizado. No obstante, cuando están bien diseñados y profesionalmente dirigidos, se derivan numerosos beneficios del hecho de unir los diagnósticos enfermeros con un registro electrónico del paciente. Los sistemas que incluyen la funcionalidad de los diagnósticos enfermeros permiten a las enfermeras planificar los cuidados usando el estándar de oro, la enfermería basada en la evidencia. Esto es clave para la reputación del vendedor del sistema, y esencial para la credibilidad y el estatus legal de las organizaciones de cuidados de la salud. Desde la perspectiva de la investigación y la auditoría, el uso de un registro electrónico del paciente basado en diagnósticos enfermeros significa que los datos comparativos sobre diagnósticos enfermeros, prevalencia, incidencia y vinculación con las intervenciones y resultados pueden recuperarse rápida y fácilmente. Esta información puede emplearse para documentar la estrategia enfermera de una organización, diseñar la plantilla, planificar el currículo y definir las prioridades de formación en servicio.

Liderar la implementación de los diagnósticos enfermeros en la práctica clínica

El reto clave de los diagnósticos enfermeros para las líderes en enfermería es su implementación en la práctica clínica diaria. Su puesta en práctica varía en los países desarrollados e incluso dentro de los mismos sistemas de salud. Su im-

plementación con éxito requiere, sin embargo, experiencia, un alto nivel de liderazgo en enfermería, idealmente a nivel de Director o del «máximo responsable» de la organización. Se requiere una amplia gama de habilidades de liderazgo para su puesta en práctica con éxito -altos niveles de habilidad técnica, autoridad, capacidad de delegar, pensamiento estratégico, trabajo en equipo y seguimiento-. Es vital que los líderes en enfermería comprendan plenamente el uso y desarrollo de los diagnósticos enfermeros, y pueda estimular, dirigir el entusiasmo, controlar la disensión, y responder a las preguntas de las enfermeras clínicas con una comprensión profunda de los desafíos que comporta. Como depositarios del futuro de la enfermería, es vital reclutar enfermeras de todos los niveles en este importante trabajo de desarrollo.

El grado de atención que se presta a los diagnósticos enfermeros en los programas de grado varía significativamente en todo el mundo. En términos de formación en servicio y apoyo a su puesta en práctica, las enfermeras suelen necesitar preparación y/o actualización en pensamiento crítico y el uso de los diagnósticos enfermeros e instrumentos de valoración asociados. Esta enseñanza puede llevarse a cabo en un programa intensivo de uno o dos días con soporte de seguimiento en las áreas clínicas por parte de mentores que poseen estos conocimientos. Las enfermeras también necesitan manuales de diagnósticos en soporte de papel. En muchos entornos los diagnósticos enfermeros se usan en los registros electrónicos de los pacientes, y por consiguiente se requiere entrenamiento informático para su uso. Es importante comprender que la enseñanza de los diagnósticos enfermeros y el pensamiento crítico deben estar dirigidos por enfermeras, no por el sistema informático, de modo que el foco de atención sea la enfermería. Entre las formas que se sugieren para captar a profesionales y despertar la toma de conciencia, se encuentran incluir los diagnósticos enfermeros en todos los programas de enseñanza regular, estimular la asistencia a las conferencias internacionales sobre diagnósticos enfermeros, organizar sesiones clínicas en las que se presenten casos usando los diagnósticos enfermeros, e iniciar grupos de debate de artículos de revistas profesionales centrados en el diagnóstico enfermero.

Conclusión

El uso de los diagnósticos enfermeros es clave para el futuro de los diagnósticos enfermeros profesionales basados en la evidencia. Por consiguiente, es preciso que se conviertan en una prioridad para todas las enfermeras líderes en gestión y administración, a fin de hacer visible la práctica enfermera, lo que es vital para el futuro de nuestra profesión y nos permitirá satisfacer las necesidades de los pacientes de manera más eficiente.

Proceso para el desarrollo de un diagnóstico enfermero aprobado por NANDA-I

Leann M. Scroggins, MS, RN, CRRN-A, APRN BC

*Clinical Nurse Specialist
Mayo Clinic, Rochester, MN
Chair, Diagnosis Development Committee
NANDA International*

Este artículo está diseñado para ayudar en el desarrollo de diagnósticos enfermeros que satisfagan los criterios de inclusión para ser aceptados en el sistema de clasificación de NANDA. Se recomienda que la persona o personas que hagan la propuesta sigan los siguientes pasos para avanzar en el proceso. Si surgen preguntas en cualquier punto del mismo, por favor contacte/n con la Presidenta del Comité para el Desarrollo de los Diagnósticos para obtener ayuda y guía: info@nanda.org.

Un recurso adicional que facilitará completar el proceso es:

B Página web de NANDA-I: www.nanda.org/html/nursing_diagnosis_de-vmt.html.

La revisión de la siguiente información proporcionará una buena base sobre la que empezar este importante trabajo.

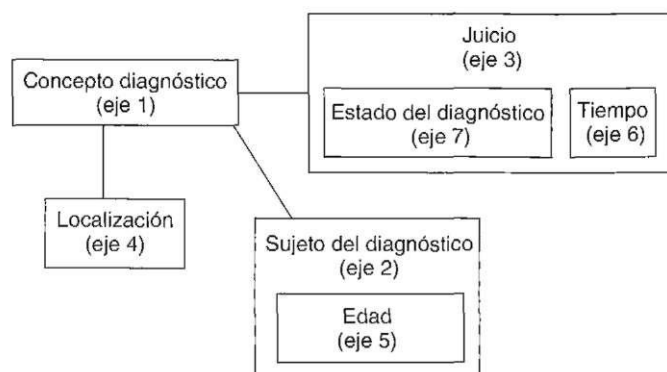
Para ser aceptado para su publicación e inclusión en la Taxonomía II de NANDA-I, el diagnóstico enfermero propuesto tiene que tener como mínimo una etiqueta, definición, características definitorias o factores de riesgo, factores relacionados (si es un diagnóstico real), apoyado por bibliografía y ejemplos de intervenciones y resultados apropiados. La definición oficial de un diagnóstico enfermero es «Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable» (NANDA-I, 2007-2008, pág. 344).

La Taxonomía II es una estructura multiaxial. Los siete ejes de la taxonomía son dimensiones de la respuesta humana. Para crear un diagnóstico es esencial considerar los siete ejes (fig. 1.1).

Eje 1: Concepto diagnóstico

El concepto diagnóstico es el componente principal del diagnóstico. El concepto diagnóstico puede constar de una o más palabras. Cuando se emplea más de una palabra (p. ej, *tolerancia a la actividad*) cada una contribuye a dar al conjunto un significado único, como si todas fueran un solo término; el significado es

Figura 1.1 Modelo de la NANDA-I para un diagnóstico enfermero



distinto del de las palabras por separado. En algunos casos se añade un adjetivo (p. ej., espiritual) al nombre (p. ej., sufrimiento) para formar el concepto diagnóstico de *sufrimiento espiritual*.

En otros casos, el concepto diagnóstico y el propio diagnóstico son idénticos, p. ej., *dolor*. Esto sucede cuando el diagnóstico se formula al nivel de mayor utilidad clínica y la separación del concepto diagnóstico no añade nada significativo al nivel de abstracción. Los siguientes son ejemplos de conceptos diagnósticos. Para la lista completa consultar *Diagnósticos enfermeros de NANDA-I: Definiciones y clasificación, 2009-2011*, págs. 377-379.

Ejemplos de conceptos diagnósticos de la Taxonomía II:

- Dolor.
- Duelo.
- Esperanza.
- Intolerancia a la actividad.
- Limpieza de las vías aéreas.
- Movilidad.
- Parental.

Eje 2: Sujeto del Diagnóstico

El sujeto del diagnóstico se define como la persona o personas para las que se formula un diagnóstico. NANDA-I ha identificado los siguientes sujetos a los que se puede formular un diagnóstico enfermero:

- Individuo.
- Familia (p. ej., *Interrupción de los procesos familiares*).
Grupo (hasta este momento no se han identificado diagnósticos para grupos).
- Comunidad (p. ej., *Afrontamiento inefectivo de la comunidad*).

Eje 3: Juicio

El juicio es el descriptor o modificador (tabla 1.1) que limita o especifica el significado del concepto diagnóstico. Los siguientes son ejemplos de modificadores o descriptores. Para la lista completa consultar *Diagnósticos enfermeros de NANDA-I: Definiciones y clasificación, 2009-2011*, págs. 380.

Dependiendo de su nivel de especificidad, algunos diagnósticos no requieren ningún modificador o descriptor. Los ejemplos incluyen diagnósticos como «Náuseas» y «Fatiga»

Tabla 1.1 *Juicio*

Descriptor/modificador	Definición
Alterado	Agitado, interrumpido, que ha sufrido una interferencia
Comprometido	Lesionado, vulnerable a una amenaza
Deteriorado	Debilitado, lesionado
Disminuido	Reducido (en tamaño, cantidad o grado)
Disposición para	En un estado apropiado para una actividad o situación
Retrasado	Tardío, lento o pospuesto

Eje 4: Localización

La localización describe las partes o regiones corporales y las funciones relacionadas -todos los tejidos, órganos, regiones o estructuras anatómicas-. Los siguientes son ejemplos de localizaciones. Para la lista completa consultar *Diagnósticos enfermeros de NANDA-I: Definiciones y clasificación, 2009-2011*, págs. 380-381.

LI Cerebral.

- Cenestésica.
- Oral.
- Renal.
- ... Táctil.

La localización no está presente en todos los diagnósticos.

Eje 5: Edad

La edad se refiere a la edad de la persona sujeto del diagnóstico. La tabla 1.2 muestra las edades específicas identificadas por NANDA-I.

TABLA 1.2 *Edad específica de los sujetos del diagnóstico*

Feto	Escolar
Neonato	Adolescente
Lactante	Adulto
Niño pequeño	Anciano
Preescolar	

Eje 6: Tiempo

Describe la duración del concepto diagnóstico. Los parámetros temporales identificados por NANDA-I incluyen:

- n Agudo.
- Crónico.
- Intermitente.
- /; Continuo.

Eje 7: Estado del diagnóstico

El estado del diagnóstico se refiere a la existencia real o potencialidad del problema o a la categorización del diagnóstico. NANDA-I ha identificado los siguientes:

- ;.. Real: existente de hecho o en la realidad, existente en ese momento. Todos los diagnósticos se consideran «reales» si no se especifica otra cosa. Un diagnóstico real describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en la persona, familia o comunidad. Se apoya en características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas. Un ejemplo de diagnóstico real es «*Náuseas*».
- ;~ Promoción de la salud: comportamiento motivado por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano en materia de salud (Pender, Murduagh & Parsons, 2006).

Los diagnósticos de promoción de la salud son juicios clínicos sobre la motivación y deseo de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar, actualizar su potencial humano de salud, y mejorar conductas de salud específicas como nutrición y ejercicio. Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren ningún nivel específico de bienestar. Esta disponibilidad está apoyada por características definitorias.

Un ejemplo de diagnóstico de promoción de la salud existente es «*Disposición para mejorar la esperanza*». Todas las etiquetas de los diagnósticos de promoción de la salud empiezan con «Disposición para mejorar».

- 1. Riesgo: vulnerabilidad, especialmente como resultado de la exposición a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida. Un diagnóstico de riesgo describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerable. Está apoyado por los factores de riesgo que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad. Un ejemplo de diagnóstico de riesgo es «*Riesgo de deterioro de la integridad cutánea*». Todas las etiquetas de los diagnósticos de riesgo empiezan con la frase «Riesgo de»,
- 2. Salud: calidad o estado de estar sano. Un diagnóstico de salud describe las respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que tienen la disposición para mejorarlo. Esta disposición está apoyada en características definitorias. Un ejemplo de diagnóstico de salud es «*Disposición para mejorar el afrontamiento familiar*». Todas las etiquetas de los diagnósticos de salud empiezan con la frase «Disposición para mejorar».

Para empezar a desarrollar un diagnóstico enfermero considere lo siguiente:

1. ¿Este concepto es una respuesta humana? (Eje 1). Si la respuesta es afirmativa, siga adelante.
2. ¿Este concepto es consistente con la definición de diagnóstico enfermero?

«Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable» (NANDA-I, 2009-2011, pág. 415).

Si la respuesta es afirmativa, siga adelante.

3. ¿Quién es el sujeto de este concepto? (Eje 2)
 - ☐ Paciente/cliente individual.
 - ☐ Familia.
 - ☐ Grupo.
 - ☐ Comunidad.
4. ¿Este concepto está ya incluido en la NANDA-I?

Revisar los diagnósticos relacionados existentes actualmente en la taxonomía de la NANDA-I.

¿Está actualmente representado el concepto? Si hay un diagnóstico similar puede ser apropiado revisar los diagnósticos existentes en vez de crear uno nuevo. Si el concepto no está incluido actualmente como diagnóstico en NANDA-I, es apropiado seguir adelante con el desarrollo del nuevo diagnóstico.
5. ¿Se requiere un descriptor o modificador para identificar con exactitud el concepto? (Eje 3). Si es así, seleccione el descriptor/modificador apropiado (véase a continuación):

- Alterado: Agitado, interrumpido, que ha sufrido una interferencia.
- Anticipado: Hecho de antemano, previsto.
- Bajo: Por debajo de la norma.
- Comprometido: Lesionado, vulnerable a una amenaza.
- Defensivo: Usado o intentado usar como defensa o protección.
- Deficiente: Inadecuado, insuficiente.
- Desequilibrado: Que ha perdido la proporción o equilibrio.
- Desorganizado: Dispuesto o controlado de manera inadecuada.
- Desproporcionado: Demasiado grande o pequeño en comparación con la norma.
- Deteriorado: Debilitado, lesionado.
- Disfuncional: De funcionamiento anormal.
- Disminuido: Reducido (en tamaño, cantidad o grado).
- Disposición para: En un estado apropiado para una actividad o situación.
- Eficaz: Que produce el efecto pretendido o deseado.
- Excesivo: Mayor de lo necesario o deseable.
- Incapacitado: Limitado, discapacitado.
- Interrumpido: Que se ha roto su continuidad.
- Ineficaz: Que no produce el efecto pretendido o deseado.
- Mejorado: Acrecentado en calidad, valor o extensión.
- Organizado: Adecuadamente dispuesto o controlado.
- Percibido: Observado a través de los sentidos.
- Retrasado: Tardío, lento, pospuesto.
- Situacional: Relacionado con una circunstancia particular.

¿Se necesita un descriptor/modificador diferente de los identificados anteriormente para este concepto?

Si es así, identificar y definir el descriptor o modificador que mejor describe este concepto.

Descriptor /modificador:_____

Definición:_____

6. ¿Es relevante la localización (Eje 4) para el concepto diagnóstico? Entre los ejemplos de conceptos diagnósticos actuales que requieren que se especifique la localización se encuentran «Deterioro de la integridad cutánea» y «Riesgo de disfunción neurovascular periférica».

Si es así, identifique la localización.

7. ¿Debería especificarse la edad (Eje 5) en este concepto diagnóstico? Un ejemplo de diagnóstico actual que requiere especificar la edad es «Deterioro generalizado del adulto».

Si en su concepto diagnóstico debe especificarse la edad, por favor, identifique el término de edad apropiado:_____

8. ¿Se requiere el Eje 6, tiempo, para describir el concepto diagnóstico? Si es así, seleccione el término apropiado:
- Agudo.
 - Crónico.
 - Intermitente.
 - Continuo.
9. Seleccione el estado apropiado (Eje 7) para el concepto diagnóstico:
- Diagnóstico de promoción de la salud: conductas motivadas por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano de salud (Pender, Murduagh & Parxons, 2006).
 - Diagnóstico real: existente de hecho o en la realidad, existente en este momento. Un diagnóstico se considera «Real» a menos que se especifique otra cosa.
 - Diagnóstico de riesgo: vulnerabilidad, especialmente como resultado de la exposición a factores que aumentan las probabilidades de lesión o pérdida.
 - Diagnóstico de salud: calidad o estado de estar sano.
 - Síndrome: grupo o conjunto de signos y síntomas que casi siempre se dan juntos. Juntos, estos grupos representan una imagen clínica concreta (McCourt, 1991, pág. 79).

Ahora es adecuado empezar a crear el nuevo diagnóstico. La Taxonomía II es una estructura multiaxial. Los siete ejes de la taxonomía son dimensiones de la respuesta humana. Para crear un diagnóstico, es esencial considerar los siete ejes (fig. 1.1).

¡Felicidades! Ha dado muchos pasos para desarrollar este diagnóstico y ahora puede ser identificada la etiqueta diagnóstica. Verifique que en su propuesta de etiqueta se han incorporado los ejes apropiados:

ES Concepto diagnóstico.

- Sujeto del diagnóstico.
- Juicio sobre el diagnóstico (descriptor/modificador).
- Localización.
- Edad.

5 Tiempo.

S Estado del diagnóstico.

Escriba aquí la etiqueta diagnóstica propuesta:_____

Etiqueta y definición

El siguiente paso en la creación de este diagnóstico es definir la etiqueta que se ha seleccionado.

Busque en la bibliografía, centrándose en las publicaciones de los 5 últimos años. La mayor parte de la bibliografía debería ser enfermera, pero puede hallar literatura de apoyo en campos relacionados como las ciencias psicosociales.

Es mejor disponer de bibliografía basada en la investigación pero, si ésta no existiera, puede citarse bibliografía no basada en investigaciones. La literatura debe apoyar tanto la etiqueta como la definición. La bibliografía referida a intervenciones enfermeras no es apropiada como referencia de apoyo para la etiqueta y definición.

La definición debe proporcionar una descripción clara, precisa, de la etiqueta sin usar los términos de la etiqueta. La definición da significado y ayuda a diferenciar este diagnóstico de otros diagnósticos similares. Cree la definición aquí:

Identifique la bibliografía usada para apoyar la etiqueta y la definición:

Características definitorias frente a factores de riesgo

Si se trata de un diagnóstico real, de promoción de la salud o de salud, identifique las Características definitorias del diagnóstico.

En el caso de un diagnóstico de riesgo, identifique los Factores de riesgo del diagnóstico. De lo siguiente, seleccione lo que es apropiado para este diagnóstico:

- Características definitorias
Las características definitorias son claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de promoción de la salud o de salud.
- Factores de riesgo
Los factores de riesgo son factores ambientales y fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad a un acontecimiento no saludable. En los diagnósticos de riesgo se identifican los factores de riesgo.

Las características definitorias o los factores de riesgo deben estar apoyados por la literatura. Al igual que la literatura de apoyo de la etiqueta y definición de este diagnóstico, la literatura de apoyo de cada característica definitoria o factor de riesgo debería centrarse en las publicaciones de los 5 últimos años. De nuevo, la mayor parte de la bibliografía debería ser enfermera, pero también puede usarse bibliografía de apoyo procedente de campos relacionados, como las ciencias psicosociales.

Es preferible disponer de literatura basada en investigaciones pero, si la misma no existiera, puede referenciarse bibliografía no basada en investigaciones. La literatura debe apoyar las características definitorias o factores de riesgo. La bibliografía sobre intervenciones enfermeras no es apropiada como referencias de apoyo para las características definitorias o factores de riesgo.

TABLA 1.3 *Características definitorias con bibliografía*

Características definitorias	Bibliografía de apoyo (n.º de la siguiente lista)
Característica definitoria # 1	Referencia bibliográfica #__
Característica definitoria # 2	Referencia bibliográfica #__
Característica definitoria # 3	Referencia bibliográfica #__

Bibliografía

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

TABLA 1.4 *Factores de riesgo*

Factores de riesgo	Bibliografía de apoyo (n.º de la siguiente lista)
Factor de riesgo # 1	Referencia bibliográfica #__
Factor de riesgo # 2	Referencia bibliográfica #__
Factor de riesgo # 3	Referencia bibliográfica #__

Bibliografía

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Si se trata de un diagnóstico *Real, de Salud*, o de *Promoción de la salud*, haga una lista de las características definitorias en la tabla 1.3. Después de la lista de las características definitorias, haga un listado y numere la bibliografía de apoyo de las características definitorias. Indique el número de la referencia bibliográfica de apoyo de cada característica definitoria.

Si es un diagnóstico de *Riesgo*, haga una lista de los factores de riesgo en la tabla 1.4. Después de la lista de los factores de riesgo, haga un listado y numere la bibliografía de apoyo de los factores de riesgo. Indique el número de la referencia bibliográfica de apoyo de cada factor de riesgo.

Reglas de la taxonomía

Las siguientes son algunas «reglas de la taxonomía» que se aplican a atributos de los diagnósticos enfermeros, tanto a las características definitorias como a los factores de riesgo. Compruebe cada una de estas reglas para asegurarse de que ha formulado correctamente los atributos de cada diagnóstico.

- Los atributos de un diagnóstico enfermero no pueden contener las siguientes palabras, siglas o puntuación (es decir, «y», «&», «o», «:», «;», «/», «()», «p. ej.,»).
- Los atributos de un diagnóstico enfermero no deben contener citas.
El número de atributos debería limitarse a aquellos que realmente guíen la decisión sobre la existencia o no del diagnóstico.

¡Felicidades! ¡Ha desarrollado la etiqueta, la definición, las características definitorias o factores de riesgo, todo ello apoyado por la literatura! Si es un diagnóstico de *salud, promoción de la salud o de riesgo*, ha completado todos los pasos necesarios para someter su propuesta a la consideración de NANDA-I para su inclusión en la Taxonomía II. Por favor, para obtener ayuda en el proceso de propuesta del diagnóstico, consulte el «Protocol for Submission of Diagnoses» en:

∴ *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011.*

∴ Página web de NANDA-I: www.nanda.org/html/nursing_diagnosis_de-vmt-html.

Factores relacionados

Si es un diagnóstico *real*, todavía quedan cosas por hacer...

Identificar los factores relacionados

Los factores relacionados muestran un patrón de relación con los diagnósticos enfermeros. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o favorecedores de. Sólo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados. Los factores relacionados deben estar apoyados por la literatura.

Al igual que la literatura de apoyo de la etiqueta, definición y características definitorias o factores de riesgo, la literatura de apoyo de los factores relacionados debería haber sido publicada en los 5 últimos años. De nuevo, la mayor parte de la bibliografía debería ser enfermera, pero también puede encontrar bibliografía de apoyo en campos relacionados, como las ciencias psicosociales,

Es preferible disponer de literatura basada en investigaciones pero, si la misma no existiera, puede referenciarse bibliografía no basada en investigaciones. La literatura debe apoyar los factores relacionados. La bibliografía sobre intervenciones enfermeras no es apropiada como bibliografía de apoyo de los factores relacionados,

Por favor, haga una lista de los Factores *relacionados* en la tabla 1.5 y una del factor relacionado con la bibliografía de apoyo identificando el número de la referencia o referencias bibliográficas. Indique el número de la bibliografía de apoyo para cada factor relacionado.

TABLA 1.5 Factores relacionados

Factores relacionados	Bibliografía de apoyo (n.º de la siguiente lista)
Factor relacionado # 1	Referencia bibliográfica #
Factor relacionado # 2	Referencia bibliográfica #
Factor relacionado # 3	Referencia bibliográfica #

Bibliografía

- i.
- ±.
- 2.
- 3.
- 4.

Las siguientes «reglas de la taxonomía» se aplican a los factores relacionados. Compruebe cada una de estas reglas para asegurarse de que ha formulado correctamente los factores relacionados.

i: Los factores relacionados de un diagnóstico enfermero no pueden contener las siguientes palabras, siglas o puntuación (es decir, «y», «&», «o», «:», «;», «/», «()», «p. ej.,»).

; Los factores relacionados de un diagnóstico enfermero no deben contener citas.

¡Felicidades! ¡Ha desarrollado la etiqueta, la definición, las características definitorias y factores relacionados, todo ello apoyado por la literatura!

Ha completado todos los pasos necesarios para someter su propuesta a la consideración de NANDA-I para su inclusión en la Taxonomía II. Por favor, para obtener ayuda en el proceso de propuesta del diagnóstico, consulte el «Protocol for Submission of Diagnoses» en:

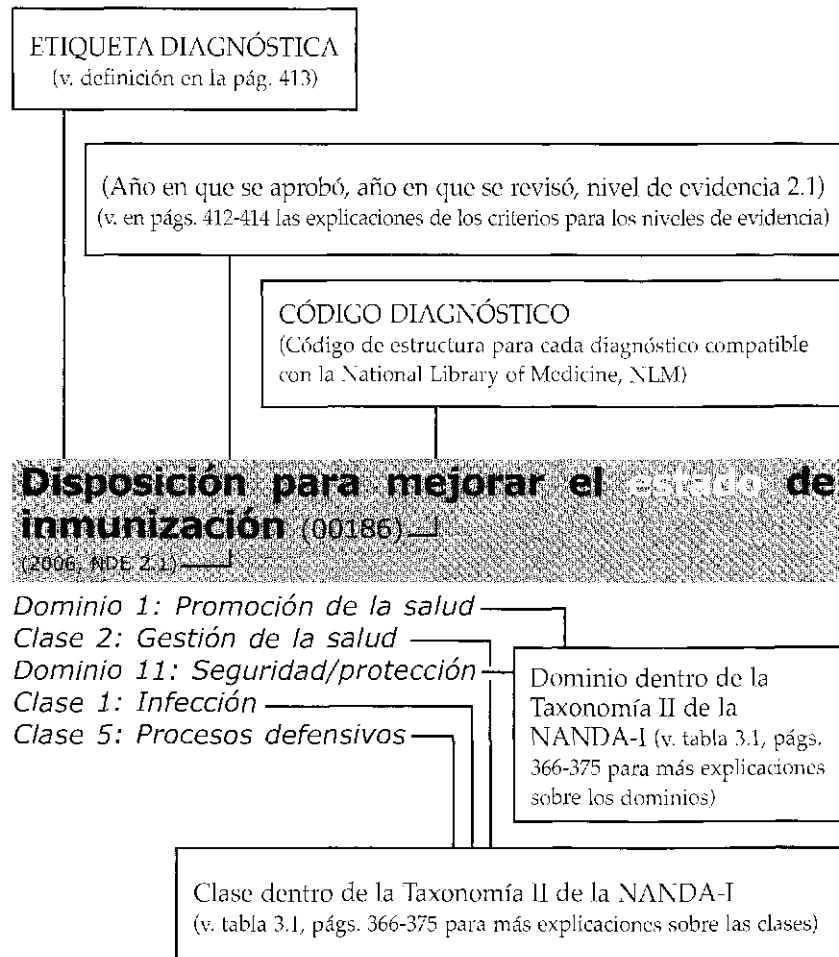
L; Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011.

—j Página web de NANDA-1: www.nanda.org/html/nursing_diagnosis_devmt.html.

Bibliografía

- NANDA International (2007). *Nursing diagnoses: Definitions & classification, 2007-2008*. Philadelphia: NANDA-I. Available at: www.nanda.org/html/nursing_diagnosis_devmt.html (accessed May 23, 2008).
- Pender, N.J., Murduagh, C., & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice*, 5th edn. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall.
- McCourt, A.E. (1991). Syndromes in nursing: a continuing concern. In: Carrol-Johnson, R.M. (ed.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the ninth Conference of North American Nursing Diagnosis Association*, pp. 79-82. Philadelphia: JB Lippincott.

Segunda parte
Diagnósticos enfermeros
de NANDA-I
2009-2011



Dominio: «una esfera de actividad, estudio o interés» (Roget, 1980, pág. 287).

Clase: «una subdivisión de un grupo mayor; una clasificación de personas o cosas por su calidad, grupo o grado» (Roget, 1980, pág. 157).

Etiqueta diagnóstica: proporciona un nombre para el diagnóstico. Es un término conciso o frase que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificadores.

Código diagnóstico: número entero de 32 bits o código de 5 dígitos asignado a un diagnóstico enfermero; compatible con las recomendaciones de la NLM respecto a los códigos de las terminologías de cuidados de la salud.

Roget's II: The new thesaurus (1980). Boston: Houghton Mifflin

Dominio 1

Promoción de la salud

Descuido personal (00193)	57
Disposición para mejorar el estado de inmunización (00186)	60
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)	62
Gestión ineficaz de la propia salud (00078)	64
Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar (00080)	67
Deterioro del mantenimiento del hogar (00098)	68
Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)	69
Disposición para mejorar la nutrición (00163)	70

Desorden personal (00193) (2008, NDE 2.1)

personal (00193;

Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

Definición Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables (Gibbons, Lauder & Ludwick, 2006).

Características definitorias

- a Higiene personal inadecuada,
- No adherencia a las actividades relacionadas con la salud.
- ¡i Higiene del entorno inadecuada.

Factores relacionados

- | | |
|---|---|
| B Síndrome de Capgras. | ÍI Estilo de vida/elección. |
| m Deterioro cognitivo | Ii Mantenimiento del control. |
| (p. ej., demencia), | m Simulación de enfermedad. |
| ü Depresión. | i Trastorno obsesivo-compulsivo. |
| • Dificultad para el aprendizaje. | • Trastorno esquizotípico de la personalidad. |
| • Temor a la institucionalización. | « Trastorno paranoide de la personalidad, |
| ii Disfunción del lóbulo frontal y de la habilidad de procesamiento ejecutivo. | a Abuso de sustancias. |
| B Deterioro funcional. | ii Agentes estresantes vitales. |

Disposición para mejorar el estado de inmunización (00186)

(2006, NDE 2.1)

Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 1: Infección

Clase 5: Procesos defensivos

Definición Patrón de seguimiento de los estándares de inmunización locales, nacionales y/o internacionales para prevenir las enfermedades infecciosas, que es suficiente para proteger a la persona, familia o comunidad y que puede ser reforzado.

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">s Expresa deseos de mejorar la conducta para prevenir las enfermedades infecciosas. | <ul style="list-style-type: none">• Expresa deseos de mejorar el estado de inmunización, |
| <ul style="list-style-type: none">i! Expresa deseos de mejorar la identificación de posibles problemas asociados con las inmunizaciones. | <ul style="list-style-type: none">a Expresa deseos de mejorar el conocimiento sobre los estándares de inmunización, |
| <ul style="list-style-type: none">ii Expresa deseos de mejorar la identificación de proveedores de inmunizaciones. | <ul style="list-style-type: none">i Expresa deseos de mejorar el registro de las inmunizaciones. |

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)

(2002, NDE 2.1)

Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

Definición Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Características definitorias

;- Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos (p. ej. prevención o tratamiento).

ii Describe la reducción de factores de riesgo.

n Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad (p. ej., tratamiento, prevención de secuelas).

Expresa mínimas dificultades con los tratamientos prescritos.

No hay una aceleración inesperada de los síntomas de la enfermedad.

Gestión ineficaz de la propia salud (00078)

(1994, 2008, NDE 2,1)

ineficaz de la propia salud (000TB)

, NDE 2,1)

Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

Definición Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud.

Características definitorias

- | | |
|---|---|
| ES Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria. | Verbaliza deseos de manejar la enfermedad. |
| & Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo. | Verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos. |
| S En su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud. | |

Factores relacionados

- | | |
|---|--|
| m Complejidad del sistema de cuidados de la salud. | ü Inadecuación del número de claves para la acción. |
| H Complejidad del régimen terapéutico. | Déficit de conocimientos. |
| 3 Conflicto de decisiones. | • Régimen. |
| • Dificultades económicas. | • Percepción de barreras. |
| a Demandas excesivas (p. ej., individuales, familiares). | • Impotencia. |
| • Conflicto familiar. | • Percepción de gravedad. |
| s Patrones familiares de cuidado de la salud. | • Percepción de susceptibilidad. |
| | • Percepción de beneficios, |
| | si Déficit de soporte social. |

Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar (00080)

{1992}

Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

Definición Patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| •z Aceleración de los síntomas de enfermedad de un miembro de la familia. | Falta de atención a la enfermedad. |
| Actividades familiares inapropiadas para alcanzar objetivos de salud. | Verbaliza deseos de manejar la enfermedad. |
| LÍ Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo. | Verbaliza dificultad con el régimen prescrito. |

Factores relacionados

- | | |
|---|-----------------------------------|
| •i Complejidad del sistema de cuidados de la salud. | G Conflicto de decisiones. |
| • Complejidad del régimen terapéutico. | • Dificultades económicas. |
| | • Demandas excesivas. |
| | • Conflicto familiar. |

Deterioro del mantenimiento del hogar

(00098)

(1980)

Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

Definición Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro que promueva el crecimiento.

Características definitorias

Objetivas

- "i Entorno desordenado.
- ¹⁻³ Temperatura doméstica inadecuada.
- L : Ropa de vestir insuficiente.
- Ropa de cama insuficiente.
- Falta de ropa de vestir.
- Falta de ropa de cama.
- L Falta del equipo o las ayudas necesarias.
- E Olores ofensivos.
- Sobrecarga de los miembros de la familia.
- L Presencia de parásitos.
- Repetidas alteraciones higiénicas.
- Repetidas infecciones por alteraciones higiénicas.

- u* Falta de equipo de cocina.
- : Acumulación de suciedad en el entorno.

Subjetivas

- Los miembros de la casa refieren crisis económica.
- : Los miembros de la casa refieren obligaciones externas.
- Los miembros de la casa expresan dificultad para mantenerla confortable.
- Los miembros de la casa solicitan ayuda para su mantenimiento.

Factores relacionados

- Falta de conocimientos.
- Enfermedad.
- Sistemas de soporte inadecuados.
- Lesión.
- Deterioro del funcionamiento.
- ∴ Organización familiar insuficiente.
- Planificación familiar insuficiente.
- Recursos económicos insuficientes.
- Falta de modelo del rol.
- ∴ Falta de familiaridad con los recursos del vecindario.

Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)

(1982;

Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

Definición Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| ., Falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios en el entorno. | Antecedentes de falta de conductas de búsqueda de salud. |
| : Falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas. | Incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las prácticas básicas de salud. |
| Falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud. | Deterioro de los sistemas de soporte personal. |

Factores relacionados

- | | |
|---|--|
| • Deterioro cognitivo. | Afrontamiento individual ineficaz. |
| • Duelo complicado. | Recursos insuficientes |
| .:! Habilidades para la comunicación deficientes. | (p. ej., equipo, finanzas). |
| '_ Disminución de las habilidades motoras finas. | Falta de habilidades motoras finas. |
| . Disminución de las habilidades motoras gruesas. | Falta de habilidades motoras gruesas. |
| ; Incapacidad para realizar juicios apropiados. | Deterioro perceptivo |
| Atontamiento familiar ineficaz. | Sufrimiento espiritual. |
| | Falta de logro de las tareas del desarrollo. |

Disposición para mejorar la nutrición

(00163)

(2002, NDE 2.1)

Disposición para mejorar h

(00163)

(2002, NDE 2, L)

Definición: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

La actitud hacia el acto de beber es congruente con los objetivos de salud.

Características definitorias

js La actitud hacia el acto de beber es congruente con los objetivos de salud.

s La actitud hacia el acto de comer es congruente con los objetivos de salud.

Ri Aporte adecuado de líquidos.

- Aporte adecuado de alimentos.

- Ingestas regulares.

- Manifestación de conocimientos sobre elecciones saludables de líquidos.

=i Manifestación de conocimientos sobre elecciones saludables de alimentos.

t" Expresa deseo de mejorar la nutrición.

- Seguimiento de un estándar apropiado para los aportes (p. ej., la pirámide alimentaria o las guías de la American Diabetic Association)

- Seguridad en la preparación de los líquidos.

- Seguridad en la preparación de los alimentos.

a Seguridad en el almacenaje de los líquidos.

ra Seguridad en el almacenaje de los alimentos.

Dominio 2

Nutrición

Deterioro de la deglución (00103)	73
Desequilibrio nutricional : ingesta inferior a las necesidades (00002)	75
Desequilibrio nutricional : ingesta superior a las necesidades (00001)	76
Riesgo de desequilibrio nutricional : ingesta superior a las necesidades (00003)	77
Patrón de alimentación ineficaz del lactante (00107)	78
Riesgo de deterioro de la función hepática (00178)	79
Ictericia neonatal (00194)	80
Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)	81
Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195)	82
Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos (00160)	83
Déficit de volumen de líquidos (00027)	84
Exceso de volumen de líquidos (00026)	85
Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028)	86
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)	87

Deterioro de la deglución (00103)

(1986, 1998)

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

Definición Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

Características definitorias

Deterioro de la fase esofágica

- ~ Anomalía en la fase esofágica de la deglución, demostrada por estudio de la deglución.
- Aliento con olor ácido.
- Bruxismo.
- Quejas de tener «algo atascado». Dolor epigástrico.
- Rechazo de los alimentos.
- Ardor de estómago,
- a Hematemesis.
- m Hiperextensión de la cabeza (p. ej., arqueamiento durante o después de las comidas).
- Despertarse por la noche.
- Tos nocturna.
- Observación de evidencias de dificultad en la deglución (p. ej., estasis de los alimentos en la cavidad oral, tos/ atragantamiento).
- Odinofagia.
- Regurgitación del contenido gástrico (eructos húmedos).
- Deglución repetitiva.
- Irritabilidad inexplicada en las horas cercanas a las comidas.
- Limitación del volumen.
- Vómitos.
- Vómito en la almohada.
- Atragantamiento antes de la deglución. Tos antes de la deglución.
- Babeo.
- Caída de la comida de la boca.
- 'i Expulsión de la comida fuera de la boca.
- :: Náuseas antes de la deglución.
- ;; Incapacidad para vaciar la cavidad oral.
- Cierre incompleto de los labios.
- Falta de masticación.
- Falta de la acción de la lengua para formar el bolo.
- Alargamiento de las comidas con un menor consumo de alimentos.
- Reflujo nasal.
- Deglución por etapas.
- Estancamiento en los surcos laterales.
- Entrada prematura del bolo.
- Sialorrea,
- ~. Enlentecimiento en la formación del bolo.
- ": Debilidad para aspirar que se refleja en una mordida ineficaz.

Deterioro de la fase faríngea

Anomalía en la fase faríngea evidenciada por estudio de la deglución.

- ' Alteración de las posturas de la cabeza.
- ; Atragantamiento.

Deterioro de la fase oral

- Anomalía en la fase oral evidenciada por un estudio de deglución.

- Tos.
Retraso en la deglución.
- Rechazo de los alimentos.
- "Náuseas.
- c. Voz gorgojeante.
- E! Elevación faríngea inadecuada.

- . Degluciones múltiples.
- Reflujo nasal.
- Infecciones pulmonares recurrentes.
- Fiebre inexplicada.

Factores relacionados

Déficits congénitos

- * Problemas con la conducta alimentaria.
- Estados con una hipotonía significativa.
- Cardiopatía congénita.
- Incapacidad para desarrollarse.
- Antecedentes de alimentación por sonda.
- Obstrucción mecánica (p. ej., edema, tubo de traqueostomía, tumor).
- H Deterioro neuromuscular (p. ej., disminución o ausencia de reflejo nauseoso, disminución de la fuerza o movimiento de los músculos implicados en la masticación, deterioro perceptual, parálisis facial).
- Malnutrición de proteínas-energía.
- Trastornos respiratorios.
- Conducta autolesiva.
- Anomalías de la vía aérea superior.

Problemas neurológicos

- m Acalasia.
- Defectos anatómicos adquiridos.
- Parálisis cerebral.
- Implicación de los nervios craneales.
- Retraso en el desarrollo.
- Defectos esofágicos.
- ; l Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Anomalías laríngeas.
- Defectos laríngeos.
- L̄ Defectos nasales.
- i.. Defectos de la cavidad nasofaríngea,
- "l Anomalías de la cavidad orofaríngea.
- j i Prematuridad.
- ..! Defectos traqueales.
- Traumatismos.
- Traumatismo craneal.
- L Anomalías de la vía aérea superior.

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002) (1975, 2000)

Desequilibrio a las necesidades (00002} ingesta inferior

(1975, 2000)

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

Definición Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| • Cólico abdominal. | Incapacidad subjetiva para ingerir alimentos. |
| • Dolor abdominal. | Bajo tono muscular. |
| • Aversión a comer. | Informes de alteración del sentido del gusto. |
| ... Peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal. | Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas. |
| • Fragilidad capilar. | Saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos. |
| • Diarrea. | Inflamación o ulceración de la cavidad bucal. |
| • Caída excesiva del pelo. | Esteatorrea. |
| • Ruidos abdominales hiperactivos. | Debilidad de los músculos requeridos para la masticación o la deglución. |
| • Falta de alimentos. | |
| • Falta de información. | |
| n Falta de interés en los alimentos. | |
| ; Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado. | |
| .: Conceptos erróneos. | |
| • Información errónea. | |
| Palidez de las membranas mucosas. | |

Factores relacionados

- | | |
|--|---|
| : Factores biológicos. | Incapacidad para ingerir los alimentos. |
| Factores económicos. | Factores psicológicos. |
| :: Incapacidad para absorber los nutrientes. | |
| :: Incapacidad para digerir los alimentos. | |

Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001)

(1975. 2000)

Desequilibrio ingesta superior a las necesidades (0000i)

(1975. 2000)

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

Definición Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

Características definitorias

- j Concentración de alimentos al final del día.
 - ; Patrones alimentarios disfuncionales (p. ej., emparejar los alimentos con otras actividades).
 - i Comer en respuesta a claves externas (como la hora del día, la situación social).
 - ej Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (como la ansiedad).
- Sedentarismo.
 - Pliegue cutáneo del tríceps > 25 mm en las mujeres y > 15 mm en los varones.
 - Peso corporal superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal.

Factores relacionados

..! Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.

Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00003)

(1980, 2000)

n T?PTTETI-

ingesta superior a las necesidades (00003)

Dominio 2: Nutrición

Clase: Ingestión

Definición Riesgo de aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

Factores de riesgo

... Concentrar la toma de alimentos al final del día. Patrones alimentarios disfuncionales.	Observaciones del uso de alimentos como medida de recompensa. Emparejar la comida con otras actividades.
' Comer en respuesta a claves externas (como la hora del día, la situación social). Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (como la ansiedad).	Obesidad parental. Transición rápida a través de los percentiles de crecimiento en los niños.
• Peso basal cada vez más alto al inicio de cada embarazo.	Informes del uso de alimentos sólidos como principal fuente de alimentación antes de los 5 meses de edad.
J Observaciones del uso de alimentos como medida de bienestar.	

Patrón de alimentación ineficaz del lactante (00107)

(1992, 2006, NDE 2.1)

de alimentación ineficaz lactante (00107)

(1992, 2006, NDE 2.1)

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

Definición Deterioro de la habilidad del lactante para succionar o coordinar la respuesta de succión y deglución, lo que comporta una nutrición oral inadecuada para las necesidades metabólicas.

Características definitorias

Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración.

: Incapacidad para iniciar una succión eficaz.

Incapacidad para mantener una succión eficaz.

Factores relacionados

- . : Anomalía anatómica.
- Retraso neurológico.
- Deterioro neurológico.

- Hipersensibilidad oral.
- Prematuridad.
- . Dieta absoluta prolongada.

Riesgo de deterioro de la función hepática (00178)

(2006, 2008, NDE 2.1)

(2006, 2008, NDE 2.1)

Dominio 2: Nutrición

Clase 4: Metabolismo

Definición Riesgo de disminución de la función hepática que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">; Medicamentos hepatotóxicos
(p. ej., paracetamol, estatinas): Coinfección por VIH.Abuso de sustancias
(p. ej., alcohol, cocaína). | <p>Infecciones víricas (p. ej., hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C, virus de Epstein-Barr).</p> |
|--|--|

Ictericia neonatal (00194)

(2008, NDE 2.1)

Dominio 2: Nutrición

Clase 4: Metabolismo

Definición Coloración amarillo-anaranjada de la piel y membranas mucosas del neonato que aparece a las 24 horas de vida como resultado de la presencia de bilirrubina no conjugada en sangre.

Características definitorias

Perfil sanguíneo anormal (hemólisis; bilirrubina sérica total > 2mg/dl; trastorno hereditario; bilirrubina sérica total en rango de alto riesgo para la edad en el normograma horario específico).

Hematomas anormales en la piel.
Piel amarillo-anaranjada.
Esclerótica amarilla.

Factores relacionados

Pérdida de peso anormal (> 7-8% en el neonato con lactancia materna; 15% en el neonato a término).
· Patrón de alimentación mal establecido.

El neonato tiene dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina.
Edad del neonato de 1-7 días.
Retraso en la eliminación de heces (meconio).

Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)

(2006, NDE 2.1)

Riesgo de

(2006, NDE 2.1)

Dominio 2: Nutrición

Clase 4: Metabolismo

Definición Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre,

Factores de riesgo

Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes (p. ej., plan de acción).	Falta de plan terapéutico de la diabetes (p. ej., plan de acción).
• Nivel de desarrollo.	Manejo de la medicación.
m Aporte dietético,	Estado de salud mental.
i; Monitorización inadecuada de la glucemia.	Nivel de actividad física,
L: Falta de aceptación del diagnóstico,	Estado de salud física,
i.: Falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes (p. ej., plan de acción).	Embarazo.
	Períodos de crecimiento rápido.
	Estrés.
	Aumento de peso.
	Pérdida de peso.

Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195)

(2008, NDE 2.1)

Riesgo de

(2008, NDE 2.1)

Dominio 2: Nutrición

Clase 5: Hidratación

Definición Riesgo de cambio en el nivel de electrolitos séricos que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Diarrea,
- Disfunción endocrina.
- Desequilibrio de líquidos (p. ej., deshidratación, intoxicación por agua).
- Deterioro de los mecanismos reguladores (p. ej., diabetes insípida, síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética).
- Disfunción renal.
- Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (p. ej., medicamentos, drenajes).
- Vómitos.

Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos (00160)

(2002, NDE 2.1)

(2002, NDE 2.1)

Dominio 2: Nutrición

Clase 5: Hidratación

Definición Patrón de equilibrio entre el volumen de líquidos y la composición química de los líquidos corporales que es suficiente para satisfacer las necesidades físicas y puede ser reforzado.

Características definitorias

∴ Deshidratación.

Manifiesta deseos de mejorar el balance de líquidos.

Buen turgor cutáneo.

Ingesta adecuada para las necesidades diarias.

Membranas mucosas hidratadas.

No evidencia de edema.

No hay una sed excesiva.

Densidad específica dentro de la normalidad.

Peso estable.

Orina de color pajizo.

La diuresis es adecuada en relación con la ingesta.

Déficit de volumen de líquidos (00027)

(1978, 1996)

(1978, 1996)

Dominio 2: Nutrición

Clase 5: Hidratación

Definición Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| : Cambio en el estado mental. | • Sequedad de la piel. |
| ." Disminución de la presión arterial. | " Aumento del hematócrito. |
| • Disminución de la presión del pulso. | Aumento de la temperatura corporal. |
| • Disminución del volumen del pulso. | : Aumento de la frecuencia del pulso. |
| • Disminución del turgor de la piel, | : Aumento de la concentración de la orina. |
| • Disminución del turgor de la lengua. | ;- Pérdida súbita de peso (excepto en el tercer espacio). |
| • Disminución de la diuresis. | • Sed. |
| • Disminución del llenado venoso. | : Debilidad. |
| :J Sequedad de las membranas mucosas. | |

Factores relacionados

- | | |
|---|--|
| Pérdida activa del volumen de líquidos. | Fracaso de los mecanismos reguladores. |
|---|--|

Exceso de volumen de líquidos (00026)

(1982, 1996)

Dominio 2: Nutrición

Clase 5: Hidratación

Definición Aumento de la retención de líquidos isotónicos.

Características definitorias

- Sonidos respiratorios adventicios.
- Alteración de los electrolitos.
- Anasarca.
- Ansiedad.
- Azoemia.
- Cambios de la presión arterial.
- Cambio en el estado mental.
- Cambios en el patrón respiratorio.
- Disminución del hematocrito.
- Disminución de la hemoglobina.
- Disnea.
- Edema.
- u Aumento de la presión venosa central.
- r: Aportes superiores a las pérdidas.
- Ingurgitación yugular.
- Oliguria.
- Ortopnea.
- Derrame pleural.
- Reflejo hepatoyugular positivo.
- Cambios de la presión de la arteria pulmonar.
- Congestión pulmonar,
- m Agitación.
- Cambios de la densidad específica de la orina.
- Ruido cardíaco S3.
- Aumento de peso en un corto período de tiempo.

Factores relacionados

- Compromiso de los mecanismos reguladores.
- Exceso de aporte de líquidos.
- : Exceso de aporte de sodio.

Riesgo de déficit de volumen de líquidos

(00028)

(1978)

(00028)

(1978)

Dominio 2: Nutrición

Clase 5: Hidratación

Definición Riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular.

Factores de riesgo

:: Alteraciones que afectan el acceso a los líquidos.

Alteraciones que afectan el aporte de líquidos.

., Alteraciones que afectan la absorción de los líquidos.

Pérdidas excesivas a través de vías normales (p. ej., diarrea).

- Edades extremas.

Extremos ponderales.

Factores que influyen en la necesidad de líquidos (p. ej., estados hipermetabólicos).

Pérdida excesiva de líquidos a través de vías anormales (p. ej., catéteres permanentes).

Déficit de conocimientos.

Medicamentos (p. ej., diuréticos).

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)

(1998, 2008, NDE 2.1)

(1998, 2008, NDE 2.1)

Dominio 2: Nutrición

Clase 5: Hidratación

Definición Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares, intersticiales y/o intracelulares. Se refiere a pérdida o aumento de líquidos corporales o ambos.

Factores de riesgo

- | | |
|---------------------------|---|
| Cirugía abdominal. | Sufrir una aféresis. |
| • Ascitis. | Sepsis. |
| • Quemaduras. | Lesión traumática (p. ej., fractura de cadera). |
| • Obstrucción intestinal. | |
| • Pankreatitis. | |

Dominio 3

Eliminación e intercambio

Deterioro de la eliminación urinaria (00016)	91
Disposición para mejorar la eliminación urinaria (00166)	92
Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017)	93
Incontinencia urinaria de urgencia (00019)	95
Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia (00022)	96
Incontinencia urinaria funcional (00020)	97
Incontinencia urinaria por rebosamiento (00176)	98
Incontinencia urinaria refleja (00018)	99
Retención urinaria (00023)	100
Diarrea (00013)	101
Estreñimiento (00011)	102
Estreñimiento subjetivo (00012)	104
Riesgo de estreñimiento (00015)	105
Incontinencia fecal (00014)	107
Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196)	108
Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197)	110
Deterioro del intercambio de gases (00030)	112

Deterioro de la eliminación urinaria (00016)

(1973, 2006, NDE 2.1)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 1: Función urinaria

Definición Disfunción en la eliminación urinaria,

Características definitorias

- | | |
|----------------|------------|
| Disuria. | Nicturia. |
| • Frecuencia. | Retención. |
| • Vacilación. | Urgencia. |
| Incontinencia. | |

Factores relacionados

- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| Obstrucción anatómica. | Deterioro sensitivo-motor. |
| Multicausalidad. | Infección del tracto urinario. |

Disposición para mejorar la eliminación urinaria (00166)

(2002, NDE 2.1)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 1: Función urinaria

Definición Patrón de la función urinaria que es suficiente para satisfacer las necesidades de eliminación y que puede ser reforzado.

Características definitorias

∴ Diuresis dentro de los límites normales.

: • Expresa su deseo de reforzar la eliminación urinaria.

El aporte de líquidos es adecuado para satisfacer las necesidades diarias.

Adopta la postura adecuada para vaciar la vejiga.

La densidad específica está dentro de la normalidad.

Orina inodora.

Orina de color pajizo.

Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017)

(1986, 2006, NDE 2.1)

urinaria de esfuerzo (00017)

(1986, 2006, NDE 2.1)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 1: Función urinaria

Definición Pérdida súbita de orina al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal.

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| " Observación de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina en ausencia de contracción del detrusor. | ∴ Informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina en ausencia de contracción del detrusor. |
| ∴ Observación de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina en ausencia de sobredistensión vesical. | Informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina en ausencia de sobredistensión vesical. |
| ' Observación de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina con el ejercicio. | ' Informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina con el ejercicio. |
| Observación de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina al toser. | Informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina al toser. |
| Observación de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina al reír. | Informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina al reír. |
| r Observación de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina al estornudar. | ' Informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina al estornudar. |

Factores relacionados

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ∴ Cambios degenerativos en los músculos pélvicos, | Debilidad de los músculos pélvicos. |
| i Presión intraabdominal alta. | |
| Deficiencia del esfínter uretral interno. | |

Incontinencia urinaria de urgencia (00019)

(1986, 2007, NDE 2.1)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 1: Función urinaria

Definición Emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| : Observación de incapacidad para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida de orina. | Informes de pérdida involuntaria de orina con espasmos vesicales. |
| • Informes de urgencia urinaria. | Informes de incapacidad para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida de orina. |
| "" Informes de pérdida involuntaria de orina con contracciones vesicales. | |

Factores relacionados

- | | |
|--------------------------------------|---|
| Ingesta de alcohol. | Hiperactividad del detrusor con deterioro de la contractilidad vesical. |
| Uretritis atrófica. | Impactación fecal. |
| Vaginitis atrófica. | Toma de diuréticos. |
| Infección vesical. | |
| Ingesta de cafeína. | |
| Disminución de la capacidad vesical. | |

Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia (00022)

(1998)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 1: Función urinaria

Definición Riesgo de sufrir una emisión involuntaria de orina asociada a una sensación súbita e intensa de urgencia de orinar.

Factores de riesgo

- | | |
|---|---|
| • Efecto del alcohol. | Deterioro de la contractilidad vesical. |
| • Efecto de la cafeína. | Relajación esfinteriana involuntaria. |
| • Efecto de medicamentos. | Hábitos de eliminación ineficaces. |
| : Hiperreflexia del detrusor (p. ej., por cistitis, uretritis, tumores, cálculos renales, trastornos del sistema nervioso central por encima del centro pontino de la micción). | Poca capacidad vesical. |

Incontinencia urinaria funcional (00020)

(1986, 1998)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 1: Función urinaria

Definición Incapacidad de una persona, normalmente continente, para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina.

Características definatorias

- ¡ Capacidad para vaciar completamente la vejiga.
El tiempo requerido para llegar hasta el inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada.
- ! Pérdida de orina antes de llegar al inodoro.
- Incontinencia que puede presentarse sólo temprano por la mañana.
- " Percepción de la necesidad de miccionar.

Factores relacionados

- Alteración de los factores ambientales.
- Deterioro de la cognición.
- Deterioro de la visión.
- Limitaciones neuromusculares.
- Factores psicológicos.
- Debilidad de las estructuras pélvicas de soporte.

Incontinencia urinaria por rebosamiento (00176)

(2006, NDE 2.1)

(00176)

(2006, ND.E2.1)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase: Función urinaria

Definición Pérdida involuntaria de orina asociada a una sobredistensión de la vejiga.

Características definitorias

- Distensión vesical.
- Volumen residual alto después de la micción.
- .: Nicturia.
- : Observación de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina.
- : Informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina,

Factores relacionados

- Obstrucción del drenaje vesical.
- Disinergia del esfínter detrusor externo.
- Hipocontractilidad del detrusor.
- Impactación fecal.
- Prolapso pélvico severo.
- Efectos secundarios de medicamentos anticolinérgicos.
- Efectos secundarios de los bloqueantes de los canales del calcio.
- Efectos secundarios de medicamentos descongestivos.
- Obstrucción uretral.

Incontinencia urinaria refleja (00018)

urinaria refleja (000is)

(1986,1998)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 1: Función urinaria

Definición Pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical específico.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| • Incapacidad para inhibir voluntariamente la micción, | :~ Falta de sensación de urgencia para miccionar. |
| r. Incapacidad para iniciar voluntariamente la micción. | Falta de sensación de micción. |
| .. Vaciado incompleto con lesión por encima del centro pontino de la micción. | ;' Patrón previsible de micción. |
| Vaciado incompleto con lesión por encima del centro sacro de la micción. | • ~ Sensación de urgencia sin inhibición voluntaria de la contracción vesical. |
| i'; Falta de sensación de repleción vesical. | .: Sensaciones asociadas con la repleción vesical (p. ej., sudoración, agitación, malestar abdominal). |

Factores relacionados

Lesión tisular (p. ej., debida a cistitis por radiación, estados vesicales inflamatorios, cirugía pélvica radical).

Deterioro neurologico por encima del centro pontino de la micción.
Deterioro neurológico por encima del centro sacro de la micción.

Retención urinaria (00023)

(1986)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 1: Función urinaria

Definición Vaciado incompleto de la vejiga.

Características definitorias

- Ausencia de diuresis.
- Distensión vesical.
- Goteo.
- Disuria.
- Micciones frecuentes.
- i.-* Incontinencia por rebosamiento.
- Orina residual.
- * Sensación de repleción vesical.
- Micciones de poca cantidad.

Factores relacionados

- Obstrucción.
- Alta presión uretral.
- Inhibición del arco reflejo.
- Esfínter potente.

Diarrea (00013)

(1975, 1998)

Dominio 3: Eliminación e intercambio
Clase 2: Función gastrointestinal

Definición Eliminación de heces líquidas, no formadas.

Características definitorias

- | | |
|---|------------------------------------|
| " Dolor abdominal. | Calambres. |
| " Eliminación mínima de tres deposiciones líquidas por día. | Sonidos intestinales hiperactivos. |
| | Urgencia para defecar. |

Factores relacionados

Psicológicos

- :i Ansiedad.
- ¡ Alto grado de estrés.

- Irradiación.
- Toxinas.
- Viajes.
- Alimentación por sonda.

Situacionales

- Efectos adversos de los medicamentos.
- Abuso de alcohol.
- Contaminantes.
- Abuso de laxantes.

Fisiológicos

- Procesos infecciosos.
- Inflamación
- Irritación.
- Malabsorción.
- Parásitos.

Estreñimiento (00011)

(1975, 1998)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 2: Función gastrointestinal

Definición Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o incompleta de heces .excesivamente duras y secas.

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| ∴ Dolor abdominal. | Eliminación de heces duras, secas y formadas. |
| ,~ Sensibilidad abdominal con resistencia muscular palpable. | Cefaleas. |
| : • Sensibilidad abdominal sin resistencia muscular palpable. | Sonidos abdominales hiperactivos. |
| ∴ Anorexia. | Sonidos abdominales hipoactivos. |
| • Presentaciones atípicas en adultos ancianos (p. ej., cambios del estado mental, incontinencia urinaria, caídas inexplicables, aumento de la temperatura corporal). | Aumento de la presión abdominal. |
| Ruidos abdominales. | Indigestión. |
| • Sangre roja brillante en las heces. | Náuseas. |
| • Cambios en el patrón intestinal. | Rebosamiento de heces líquidas. |
| • Disminución de la frecuencia. | Masa abdominal palpable. |
| • Disminución del volumen de las heces. | Masa rectal palpable. |
| • Distensión abdominal. | Presencia de heces de consistencia pastosa en el recto. |
| • Sensación de plenitud rectal. | Matidez a la percusión abdominal. |
| • Sensación de presión rectal. | Dolor al defecar. |
| ': Fatiga generalizada. | Flatulencia grave. |
| | Esfuerzo con la defecación. |
| | Incapacidad para eliminar las heces. |
| | Vómitos. |

Factores relacionados

Funcionales

- | | |
|---|-------------------------------------|
| Debilidad de los músculos abdominales. | • Hábitos de defecación irregulares |
| • Negación habitual de la urgencia para defecar. | • Actividad física insuficiente. |
| Ü Ignorar la urgencia para defecar | • Cambios ambientales recientes, |
| Uso inadecuado del inodoro (p. ej., falta de tiempo, postura para la defecación, privacidad). | |

Psicológicos

- Depresión.
- Estrés emocional.
- Confusión mental.

Farmacológicos

.... Antiácidos que contengan aluminio.

- Anticolinérgicos,
- Anticonvulsivos.
- Antidepresivos.
- Agentes antilipémicos.
- Sales de bismuto.

M Carbonato calcico.

- Bloqueantes de los canales del calcio.
- Diuréticos.
- Sales de hierro.
- Sobredosis de laxantes.

i Antiinflamatorios no esteroideos.

- Opiáceos.
- Fenotiazidas.
- Sedantes.

•j. Simpaticomiméticos.

Mecánicos

- Desequilibrio electrolítico.
- Hemorroides.
- .. Enfermedad de Hirschsprung (Megacolon congénitoagangliónico).

,; Deterioro neurológico.

- Obesidad.
- Obstrucción posquirúrgica.
- Embarazo.
- Agrandamiento prostático.
- Absceso rectal.
- Fisura rectal o anal.
- Estenosis rectal o anal.
- Prolapso rectal.
- Úlcera rectal.
- Rectocele.
- Tumores.

Fisiológicos

Cambio en el patrón de alimentación.

: Cambio en el tipo de alimentos ingeridos.

Disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal.

Deshidratación.

: Dentición inadecuada.

- Higiene oral inadecuada.
- Aporte insuficiente de fibras.
- Aporte insuficiente de líquidos.
- Malos hábitos alimentarios.

Estreñimiento subjetivo (00012)
(1988)

subjetivo (00012)

(1988)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 2: Función gastrointestinal

Definición Autodiagnóstico de estreñimiento y abuso de laxantes, enemas y/o supositorios para asegurar una evacuación intestinal diaria.

Características definitorias

Expectativa de una eliminación intestinal diaria.

Expectativa de una eliminación intestinal diaria a la misma hora.

Abuso de laxantes.

Abuso de enemas.

Abuso de supositorios.

Factores relacionados

Creencias culturales de salud.

• Creencias familiares de salud.

"" Apreciación errónea.

Deterioro de los procesos de pensamiento.

Riesgo de estreñimiento (00015)

(1998)

Riesgo de

(1998)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 2: Función gastrointestinal

Definición Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas,

Factores de riesgo

Funcionales

- Negación habitual de la urgencia para defecar.
- r Ignorar de forma habitual la urgencia de defecar.
- .. Cambios ambientales recientes.
- Uso inadecuado del inodoro (p. ej., falta de tiempo, postura para la defecación, privacidad).
- Hábitos de defecación irregulares.
- u Actividad física insuficiente.
- Debilidad de los músculos abdominales.

Psicológicos

- Depresión.
- Estrés emocional.
- Confusión mental.

Fisiológicos

- * Cambio en los patrones de alimentación habituales.
- Cambio en los alimentos habituales.
- Disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal.
- Deshidratación.
- Dentición inadecuada.
- Higiene oral inadecuada.
- Aporte insuficiente de fibras.
- Aporte insuficiente de líquidos.
- Malos hábitos alimentarios.

Farmacológicos

- " Antiácidos que contengan aluminio.
- ; Anticolinérgicos.
- Anticonvulsivos.
- Antidepresivos.
- Agentes antilipémicos.
- Sales de bismuto.
- Carbonato calcico.
- Bloqueantes de los canales del calcio.
- l: Diuréticos.
- Sales de hierro.
- Abuso de laxantes.
- Antiinflamatorios no esteroideos.
- Opiáceos.
- Fenotiazidas.
- Sedantes.
- Simpaticomiméticos.

Mecánicos

- m Desequilibrio electrolítico.
- Hemorroides.
- Enfermedad de Hirschsprung (megacolon congénito agangliónico).
- Deterioro neurológico.
- Obesidad.
- Obstrucción posquirúrgica.
- Embarazo.
- Agrandamiento prostático.
- Absceso rectal.
- L Fisura rectal o anal.

Estenosis rectal o anal.

Prolapso rectal.

Úlcera rectal.

:~ Rectocele.

Tumores.

Incontinencia fecal (00014)

(1975, 1988)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 2: Función gastrointestinal

Definición Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

Características definitorias

- : Goteo constante de heces blandas.
- :i Olor fecal.
- : Manchas fecales en la ropa de cama.
- Manchas fecales en la ropa.
- Incapacidad para retrasar la defecación.
- :: Incapacidad para reconocer la urgencia de defecar.
- Falta de atención a la urgencia de defecar.
- . Reconoce la repleción rectal pero informa de incapacidad para eliminar las heces formadas,
- .. Piel perianal enrojecida.
- Informes de incapacidad para notar la sensación de repleción rectal.
- ; Urgencia.

Factores relacionados

- Presión abdominal anormalmente alta.
- Presión intestinal anormalmente alta.
- Diarrea crónica.
- Lesiones colorrectales.
- Hábitos dietéticos.
- Factores del entorno (p. ej., inodoro inaccesible).
- Declinación general en el tono muscular.
- Inmovilidad.
- Deterioro cognitivo.
- Deterioro de la capacidad de contener las heces.
- Vaciado intestinal incompleto,
- Abuso de laxantes.
- Pérdida de control del esfínter rectal.
- Lesión de los nervios motores inferiores.
- Medicamentos.
- Anomalías del esfínter rectal,
- a Impactación.
- Estrés.
- Déficit de autocuidado en el uso del inodoro.
- . ' Lesión de los nervios motores superiores.

Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196)¹ (2008, NDE 2.1)

gastrointestinal disfuncional (ooise)

(2008, NDE 2.1)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 2: Función gastrointestinal

Definición Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

Características definitorias

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| ... Ausencia de ventosidades. | • Diarrea. |
| • Calambres abdominales. | • Heces secas. |
| • Distensión abdominal, | • Eliminación dificultosa de las |
| a Dolor abdominal. | heces. |
| • Vaciado gástrico acelerado. | • Heces duras. |
| • Residuo gástrico de color bilioso. | • Aumento del residuo gástrico. |
| Cambio en los ruidos intestinales | • Náuseas. |
| (p. ej., ausentes, hipoactivos, | u Regurgitación. |
| hiperactivos). | : Vómitos. |

Factores relacionados

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| • Envejecimiento. | • Malnutrición. |
| ' Ansiedad. | • Agentes farmacológicos (p. ej., |
| • Nutrición enteral. | narcóticos/opiáceos, laxantes, |
| Intolerancia alimentaria (p. ej., | antibióticos, anestesia). |
| al gluten, a la lactosa). | m Prematuridad. |
| ...: Inmovilidad. | • Sedentarismo. |
| •! Ingestión de contaminantes | : Cirugía. |
| (p. ej., alimentos, agua). | |

Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197)

Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197)

(2008, NDE 2.1)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 2: Función gastrointestinal

Definición Riesgo de aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

Factores de riesgo

- | | |
|---|---|
| Cirugía abdominal. | Inmovilidad. |
| • Envejecimiento. | . Infección (p. ej., bacteriana, parasitaria, vírica). |
| • Ansiedad. | M Agentes farmacológicos (p. ej., antibióticos, laxantes, narcóticos/opiáceos, inhibidores de la bomba de protones). |
| • Cambio en la alimentación. | • Prematuridad. |
| • Cambio en el agua. | I Sedentarismo. |
| : Disminución de la circulación gastrointestinal. | • Estrés. |
| : Diabetes mellitus. | : Preparación insalubre de alimentos. |
| Intolerancia alimentaria (p. ej., al gluten, a la lactosa). | |
| : Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). | |

Deterioro del intercambio de gases (00030)

(1980, 1996, 1998)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 4: Función respiratoria

Definición Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar.

Características definitorias

- | | |
|---|-----------------------|
| Gasometría arterial anormal. | Disnea. |
| • pH arterial anormal. | Cefalea al despertar. |
| • Respiración anormal (p. ej., frecuencia, ritmo, profundidad). | Hipercapnia. |
| • Color anormal de la piel (p. ej., pálida, cianótica). | Hipoxemia. |
| a Confusión. | Hipoxia. |
| • Cianosis (sólo en neonatos). | Irritabilidad. |
| Disminución del dióxido de carbono. | Aleteo nasal. |
| :: Diaforesis. | Agitación. |
| | Somnolencia. |
| | Taquicardia. |
| | Trastornos visuales. |

Factores relacionados

- | | |
|---|------------------------|
| Cambios de la membrana alveolo-capilar. | Ventilación-perfusión. |
|---|------------------------|

Dominio 4

Actividad/reposo

Deprivación de sueño (00096)	115
Insomnio (00095)	116
Trastorno del patrón de sueño (00198)	118
Disposición para mejorar el sueño (00165)	119
Déficit de actividades recreativas (00097)	120
Deterioro de la ambulación (00088)	121
Deterioro de la habilidad para la traslación (00090)	122
Deterioro de la movilidad en la cama (00091)	124
Deterioro de la movilidad en silla de ruedas (00089)	125
Deterioro de la movilidad física (00085)	127
Retraso en la recuperación quirúrgica (00100)	128
Sedentarismo (00168)	130
Riesgo de síndrome de desuso (00040)	131
Perturbación del campo de energía (00050)	132
Fatiga (00093)	133
Disminución del gasto cardíaco (00029)	134
Intolerancia a la actividad (00092)	136
Riesgo de intolerancia a la actividad (00094)	137
Patrón respiratorio ineficaz (00032)	138
Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz (00202)	139
Riesgo de perfusión renal ineficaz (00203)	140
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200)	141
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)	142
Perfusión tisular periférica ineficaz (00204)	143
Respuesta ventilatoria disfuncional al destete (00034)	144
Riesgo de sangrado (00206)	146
Riesgo de shock (00205)	148
Deterioro de la ventilación espontánea (00033)	149
Disposición para mejorar el autocuidado (00182)	150
Déficit de autocuidado : alimentación (00102)	151
Déficit de autocuidado : baño (00108)	152
Déficit de autocuidado : uso del inodoro (00110)	153
Déficit de autocuidado : vestido (00109)	154

Deprivación de sueño (00096) (1998)

Deprivación de sueño (00096)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 1: Sueño/reposo

Definición Períodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia).

Características definitorias

- Confusión aguda.
- Agitación.
- Ansiedad.
- Apatía.
- Agresividad.
- Somnolencia diurna.
- Disminución de la capacidad de funcionamiento.
- Fatiga.
- Nistagmus pasajero.
- Alucinaciones.
- Temblor de manos.
- Aumento de la sensibilidad al dolor.
- Incapacidad para concentrarse.
- Irritabilidad.
- Letargo.
- Apatía.
- Malestar.
- Desórdenes perceptuales (p. ej., alteración de las sensaciones corporales, ilusiones, sensación de flotar).
- Agitación.
- Enlentecimiento de la reacción.
- Paranoia transitoria.

Factores relacionados

- Cambio de las etapas de sueño relacionado con el aumento de edad.
- Demencia.
- Parálisis familiar del sueño.
- Actividad diurna inadecuada.
- Síndrome de hipersomnolencia nerviosa central idiopática.
- Narcolepsia.
- Pesadillas.
- Prácticas parentales no inductoras al sueño.
- Movimientos periódicos de las extremidades (p. ej., síndrome de las piernas inquietas, mioclonía nocturna).
- Malestar prolongado (físico, psicológico).
- Persistencia de una higiene del sueño inadecuada.
- Uso prolongado de estimulantes farmacológicos o dietéticos.
- Apnea del sueño.
- Terrores nocturnos.
- Sonambulismo.
- Enuresis nocturna.
- Erecciones dolorosas durante el sueño.
- Síndrome vespertino.
- Asincronía circadiana mantenida.
- Estimulación ambiental sostenida.
- Persistencia de un entorno para el sueño incómodo o desconocido.

Insomnio (00095)

(2006, NDE 2.1)

Dominio 4: Actividad/reposo *Clase 1: Sueño/reposo*

Definición Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Características definitorias

- Observación de cambios de la emotividad.
Observación de falta de energía.
 - . Aumento del absentismo (p. ej., trabajo/escuela).
El paciente informa de cambios de humor.
 - . El paciente informa de disminución de su estado de salud.
 - .. El paciente informa de disminución de su calidad de vida.
El paciente informa de dificultad para concentrarse,
El paciente informa de dificultad para conciliar el sueño.
- El paciente informa de dificultad para permanecer dormido.
 - El paciente informa de insatisfacción con el sueño (habitual).
 - El paciente informa de aumento de los accidentes.
 - El paciente informa de falta de energía.
 - El paciente informa de sueño no reparador.
 - El paciente informa de trastornos del sueño que tienen consecuencias al día siguiente.
 - El paciente informa de despertarse demasiado temprano.

Factores relacionados

- Patrón de actividad (p. ej., tiempo, cantidad).
 - Ansiedad.
 - Depresión.
 - Factores del entorno (p. ej., ruido ambiental, exposición a la luz del día/oscuridad, temperatura/humedad ambiental, entorno no familiar).
 - Temor.
 - Siestas frecuentes durante el día.
 - Cambios hormonales relacionados con el sexo.
 - Duelo.
 - Higiene del sueño inadecuada (habitual).
- Toma de estimulantes,
 - Toma de alcohol.
 - Deterioro del patrón de sueño normal (p. ej., viaje, trabajo por turnos).
 - Sueño interrumpido.
 - Medicamentos.
 - Responsabilidades parentales.
 - Malestar físico (p. ej., dolor, falta de aliento, tos, reflujo gastroesofágico, náuseas, incontinencia/urgencia).
 - Estrés (p. ej. patrón de alta concentración antes del sueño).

Trastorno del patrón de sueño (00198)

(2006, NDE 2.1)

Trastorno

; (2006, NDE 2.1)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 1: Sueño/reposo

Definición Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

Características definitorias

Cambio en el patrón normal de sueño.	Disminución de la capacidad para funcionar.
•" Quejas verbales de no sentirse bien descansado.	Informes de haberse despertado.
Insatisfacción con el sueño.	Informes de no tener dificultad para conciliar el sueño.

Factores relacionados

• Humedad, temperatura ambiental.	Iluminación.
• Responsabilidades como cuidador.	Ruidos.
• Cambio en la exposición a la luz diurna-oscuridad.	Olores nocivos.
Interrupciones (p. ej., administración de terapias, control, pruebas de laboratorio).	Sujeciones físicas.
Falta de intimidad/control del sueño.	Compañero de sueño.
	Mobiliario desconocido en el dormitorio.

Disposición para mejorar el sueño (00165)

(2002, NDE 2.1)

DISPOSICIC

(2002, WDE 2.1)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 1: Sueño/reposo

Definición Patrón de suspensión natural y periódica de la conciencia que proporciona el reposo adecuado, permite el estilo de vida deseado, y puede ser reforzado.

Características definitorias

La cantidad de sueño es congruente con las necesidades de desarrollo.
...: Tras el sueño manifiesta una sensación de estar descansado.
Manifiesta deseos de mejorar el sueño.

Sigue rutinas de inducción al sueño que promueven los hábitos de sueño.
Uso ocasional de medicamentos para inducir el sueño.

Déficit de actividades recreativas (00097) (1980)

Déficit de recreativas (00097)
(1980)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Definición Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas o de ocio,

Características definitorias

∴ Afirmaciones del paciente de que se aburre (p. ej., desea tener algo que hacer, que leer).	Los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el hospital,
--	---

Factores relacionados

Entorno desprovisto de actividades recreativas.

Deterioro de la ambulación (00088)

(1998, 2006, NDE 2.1)

(1998, 2006, NDE 2.1)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Definición Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

Características definitorias

Deterioro de la habilidad para subir escaleras.

Deterioro de la habilidad para sortear obstáculos.

Deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas

Deterioro de la habilidad para subir una rampa.

Deterioro de la habilidad para bajar una rampa.

Deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares.

Factores relacionados

Deterioro cognitivo.

Deterioro del estado físico.

Estado de ánimo depresivo.

Restricciones ambientales (p. ej., escaleras, rampas, superficies irregulares, obstáculos inseguros, distancias, falta de personas o dispositivos de ayuda, limitaciones).

Miedo a las caídas.

- Deterioro del equilibrio.
- Deterioro de la visión.
- Fuerza muscular insuficiente.
- Falta de conocimientos.
- Resistencia limitada.
- Deterioro musculoesquelético (p. ej., contracturas).
- Deterioro neuromuscular.
- Obesidad.
- Dolor.

Deterioro de la habilidad para la traslación (00090)

(1998, 2006, NDE 2.1)

Deterioro de la para la traslación (00090)

(1998, 2006, NDE 2.1)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Definición Limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| ∴ Incapacidad para trasladarse entre superficies irregulares. | Incapacidad para trasladarse de la silla al suelo. |
| . Incapacidad para trasladarse de la cama a la silla. | Incapacidad para trasladarse del suelo a la silla. |
| Incapacidad para trasladarse de la silla a la cama. | Incapacidad para agacharse hasta el suelo. |
| ... Incapacidad para trasladarse desde o hasta el inodoro. | Incapacidad para levantarse del suelo. |
| Incapacidad para trasladarse desde o hasta el orinal. | Incapacidad para levantarse de la cama. |
| Incapacidad para entrar o salir de la bañera. | Incapacidad para acostarse en la cama, |
| — Incapacidad para entrar o salir de la ducha. | Incapacidad para levantarse de la silla. |
| ∴ Incapacidad para trasladarse de la silla al coche. | Incapacidad para sentarse en una silla. |
| Incapacidad para trasladarse del coche a la silla. | |

Factores relacionados

- | | |
|---|--|
| "" Deterioro cognitivo. | • Deterioro de la visión. |
| Deterioro del estado físico. | • Fuerza muscular insuficiente. |
| Limitaciones del entorno (p. ej., altura de la cama, espacio inadecuado, tipo de silla de ruedas, equipo de tratamiento, sujeciones). | <i>m</i> Falta de conocimientos. |
| Deterioro del equilibrio. | • Deterioro musculoesquelético (p. ej., contracturas). |
| | • Deterioro neuromuscular. |
| | • Obesidad. |
| | • Dolor. |

Deterioro de la movilidad en la cama (00091)

(1998, 2006, NDE 2.1)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Definición Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama.

Características definitorias

Deterioro de la habilidad para pasar de la posición supina a sentada.	Deterioro de la habilidad para pasar de la posición supina a sentada con las piernas estiradas.
Deterioro de la habilidad para pasar de la posición sentada a supina.	Deterioro de la habilidad para pasar de la posición sentada con las piernas estiradas a supina.
...: Deterioro de la habilidad para pasar de la posición supina a prona.	Deterioro de la capacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.
. Deterioro de la habilidad para pasar de la posición prona a supina.	Deterioro de la habilidad para cambiar de posición sobre uno u otro costado.

Factores relacionados

Deterioro cognitivo.	Falta de fuerza muscular.
• Deterioro del estado físico.	Deterioro musculoesquelético.
• Conocimientos deficientes.	Deterioro neuromuscular.
.: Limitaciones ambientales (p. ej., tamaño de la cama, tipo de cama, equipo de tratamiento, sujeciones).	Obesidad.
	Dolor.
	Medicamentos sedantes.

Deterioro de la movilidad en silla de ruedas (00089)

(1998, 2006, NDE 2.1)

de ruedas (00089)

(1998, 2006, NDE 2.1)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Definición Limitación de la manipulación independiente de la silla de ruedas en el entorno.

Características definitorias

Deterioro de la capacidad para maniobrar la silla de ruedas manual en los bordillos.

Deterioro de la capacidad para maniobrar la silla de ruedas eléctrica en los bordillos.

" Deterioro de la capacidad para maniobrar la silla de ruedas manual en superficies regulares.

Deterioro de la capacidad para maniobrar la silla de ruedas eléctrica en superficies regulares.

Deterioro de la capacidad para maniobrar la silla de ruedas manual en superficies irregulares.

Deterioro de la capacidad para maniobrar la silla de ruedas eléctrica en superficies irregulares.

Deterioro de la capacidad para maniobrar la silla de ruedas manual para subir una rampa.

Deterioro de la capacidad para maniobrar la silla de ruedas eléctrica para subir una rampa.

Deterioro de la capacidad para maniobrar la silla de ruedas manual para bajar una rampa.

Deterioro de la capacidad para maniobrar la silla de ruedas eléctrica para bajar una rampa.

Factores relacionados

Deterioro cognitivo.

- Deterioro del estado físico.
- Conocimientos deficientes.
- ∴ Humor depresivo.
- : Limitaciones del entorno (p. ej., escaleras, rampas, superficies irregulares, obstáculos inseguros, distancia, falta de dispositivos o personas de ayuda, tipo de silla de ruedas).

Deterioro de la visión.

- ' Falta de fuerza muscular.
- Resistencia limitada.
- Deterioro musculoesquelético (p. ej., contracturas).
- 9 Deterioro neuromuscular.
- M Obesidad.
- Dolor.

Deterioro de la movilidad física (00085)

(1973, 1998)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Definición Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| • Disminución del tiempo de reacción. | Limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras. |
| • Dificultad para girarse. | Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas. |
| • Ocuparse en sustituciones del movimiento (p. ej., aumento de la atención a la actividad de otro, conducta controladora, centrarse en la incapacidad/actividad previa a la enfermedad). | Limitación de la amplitud de movimientos. |
| • Disnea de esfuerzo. | Temblor inducido por el movimiento. |
| • Cambios en la marcha. | Inestabilidad postural. |
| : Movimientos espasmódicos. | Enlentecimiento del movimiento. |
| | Movimientos descoordinados. |

Factores relacionados

- | | |
|---|--|
| : Intolerancia a la actividad. | • Malestar. |
| • Alteración del metabolismo celular. | • Falta de uso. |
| • Ansiedad. | • Rigidez articular. |
| • Índice de masa corporal por encima del percentil 75 para la edad. | • Falta de apoyos ambientales (p. ej., físicos o sociales) |
| • Deterioro cognitivo. | • Limitación de la resistencia cardiovascular. |
| • Contracturas. | • Pérdida de la integridad de las estructuras óseas. |
| • Creencias culturales respecto a la actividad adecuada para la edad. | • Malnutrición. |
| • Deterioro del estado físico. | • Medicamentos. |
| • Disminución de la resistencia. | • Deterioro musculoesquelético. |
| • Estado de humor depresivo. | • Deterioro neuromuscular. |
| • Disminución del control muscular. | • Dolor. |
| • Disminución de la masa muscular. | • Prescripción de restricción de movimientos. |
| • Disminución de la fuerza muscular. | • Reticencia a iniciar el movimiento. |
| • Conocimientos deficientes sobre el valor de la actividad física. | • Sedentarismo. |
| <i>m</i> Retraso en el desarrollo. | Deterioro sensorio-perceptivo. |

Nota: Especificar el nivel de independencia usando una escala funcional estandarizada.

Retraso en la recuperación quirúrgica

(00100)

(1998, 2006 NDE 2.1)

Retraso en la ^{^ ^ ^}EjjWyj

(00100)

2.1) ^{ΛΛΛΛΛΛΛΛ}H

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Definición Aumento del número de días del postoperatorio requeridos por una persona para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Características definitorias

- | | |
|--|--|
| Dificultad para moverse en el entorno. | Percepción de que se requiere más tiempo para recuperarse. |
| Evidencia de interrupción de la curación de la herida quirúrgica (p. ej., enrojecimiento, induración, drenaje, inmovilidad). | Retraso en la reanudación del trabajo o las actividades laborales. |
| Fatiga. | Necesidad de ayuda para completar el autocuidado. |
| • Pérdida de apetito con náuseas. | Informes de malestar. |
| • Pérdida de apetito sin náuseas. | Informes de dolor, |

Factores relacionados

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ; Procedimiento quirúrgico extenso, | Expectativas preoperatorias. |
| • Obesidad. | Procedimiento quirúrgico prolongado. |
| • Dolor. | |
| • Infección postoperatoria de la zona quirúrgica. | |

Bibliografía

- Bruggeman N., Turner N., Dahm D., Voll A., Hoskin T., Jacofsky D., & Haidukewych, G. (2004). Wound complications after open Achilles tendon repair: an analysis of risk factors. *Clinical Orthopedics* 427: 63-6.
- Burger J., Luijendijk R., Hop W., Halm J., Verdaasdonk E., & Jeekel, J. (2004). Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. *Annals of Surgery* 240: 578-83.
- Callesen T. (2003). Inguinal hernia repair: Anaesthesia, pain and convalescence. *Danish Medical Bulletin* 50: 203-18.
- Chung, F. (1995). Recovery pattern and home-readiness after ambulatory surgery. *Anesthesia & Analgesia* 80: 896-902.
- Fallis, W. & Scurrah, D. (2001). Outpatient laparoscopic cholecystectomy: home visit versus telephone follow-up. *Canadian Journal of Surgery* 44(1): 39-44.
- Harrington, G., Russo, P., Spelman, D., et al. (2004). Surgical-site infection rates and risk

Sedentarismo (00168)

(2004, NDE 2.1)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Definición Informes sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

Características definitorias

- Elige una rutina diaria con falta de ejercicio físico.
 - Demuestra falta de condición física.
- tj Verbaliza preferencia por actividades con poca actividad física.

Factores relacionados

- Conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud.
 - Falta de interés.
 - ∴ Falta de motivación.
- Falta de recursos (p. ej., tiempo, dinero, compañía, instalaciones).
Falta de entrenamiento para la realización de ejercicio físico.

Riesgo de síndrome de desuso (00040)

(1988)

Riesgo de

(1988)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Definición Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable.

Factores de riesgo

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| Alteración del nivel de conciencia. | Inmovilización prescrita. |
| • Inmovilización mecánica, | Dolor grave. |
| ; Parálisis. | |

Nota. Las complicaciones de la inmovilidad pueden incluir úlceras por presión, estreñimiento, estasis de las secreciones pulmonares, trombosis, infección del tracto urinario y/o retención de orina, disminución de la fuerza o la resistencia, hipotensión ortostática, reducción de la movilidad articular, desorientación, deterioro de la imagen corporal o impotencia.

Perturbación del campo de energía (00050)

(1994, 2004, NDE 2.1):

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 3: Equilibrio de la energía

Definición Desorganización del flujo de energía que rodea a una persona, lo que ocasiona una falta de armonía del cuerpo, la mente y/o el espíritu.

Características definitorias

Percepción de cambios en los patrones de flujo de energía, como:

- Movimiento (ondulante, dentado, titilante, denso, fluido).
- ¡ Sonidos (tono, palabras).
- L Cambios de temperatura (calor, frío).

Cambios visuales (imagen, color).
Alteración del campo (déficit, vacío, espigado, protuberante, obstruido, congestionado, disminución del flujo en el campo de energía).

Factores relacionados

Enlentecimiento o bloqueo del flujo de energía secundario a:

Factores de maduración

- Crisis de desarrollo relacionadas con la edad.
- Dificultades de desarrollo relacionadas con la edad.

Factores fisiopatológicos

- Enfermedad.
- Lesión.
- Embarazo.

Factores situacionales

- Ansiedad.
- Temor.
- Duelo.
- Dolor.

Factores relacionados con el tratamiento

M Quimioterapia.
L: Inmovilidad.
..: Parto y alumbramiento.
; Experiencia perioperatoria.

Fatiga (00093)

(1988, 1998)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 3: Equilibrio de la energía

Definición Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.

Características definitorias

- | | |
|---|---|
| Compromiso de la concentración. | Aumento de los requerimientos de descanso. |
| Compromiso de la libido. | |
| Disminución en la ejecución de las tareas. | : Introspección, |
| Desinterés por el entorno. | Falta de energía. |
| <i>m</i> Somnolencia. | • Letargo. |
| • Sentimientos de culpa por no cumplir con sus responsabilidades. | • Apatía. |
| <i>m</i> Incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física. | H Percepción de necesitar energía adicional para realizar las tareas habituales. |
| ' : Incapacidad para mantener las actividades habituales. | • Cansancio. |
| • Incapacidad para restaurar la energía incluso después del sueño. | • Verbalización de una falta de energía que no desaparece. |
| • Aumento de las quejas físicas. | Verbalización de una falta de energía abrumadora. |

Factores relacionados

Psicológicos

- m* Ansiedad.
- Estilo de vida aburrido.
 - Depresión.
- : Estrés.

Fisiológicos

- :: Anemia.
- Estados de enfermedad.
- L Aumento del ejercicio físico.
- Malnutrición.
 - Mal estado físico.
 - Embarazo.
- .,: Deprivación del sueño.

Del entorno

- :**J** Humedad.
- Iluminación.
 - Ruido.
- :: Temperatura.

Situacionales

- c Acontecimientos vitales negativos.
- _ • Ocupación.

Disminución del gasto cardíaco (00029)

Disminución de

{1975,1996,2000}

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.

Características definitorias

Alteración de la frecuencia y ritmo cardíacos

- Arritmias.
- Bradicardia.
- Cambios en el ECG.
- Palpitaciones.
- Taquicardia.

Alteración de la precarga

- Edema.
- Disminución de la presión venosa central (PVC).
- .. Disminución de la presión de enclavamiento de la arteria pulmonar (PEAP).
- . Fatiga.
- Aumento de la PVC.
- Aumento de la PEAP.
- Ingurgitación yugular.
- Murmullos.
- Aumento de peso.

Alteración de la poscarga

- Piel fría y sudorosa.
- Disnea.
- ' Disminución de los pulsos periféricos,
- Disminución de la resistencia vascular pulmonar (RVP).
- .. Disminución de la resistencia vascular sistémica (RVS).

Aumento de la resistencia vascular pulmonar RVP.

- .. Aumento de la resistencia vascular sistémica RVS.
- . Oliguria.
- Prolongación del tiempo de llenado capilar.
- Cambios del color de la piel.
- ' Variaciones en la lectura de la presión arterial.

Alteración de la contractilidad

Crepitantes.

- Tos.
- Disminución de la fracción de eyección.
- Disminución del índice de trabajo ventricular izquierdo (LVSWI).
- Disminución del índice de volumen sistólico (IVS).
- Disminución del índice cardíaco.
- Ortopnea.
- Disnea paroxística nocturna.
- Sonidos S3.
- .. Sonidos S4,

Conductuales/emocionales

Ansiedad.

Agitación.

Factores relacionados

Alteración de la frecuencia cardíaca.
Alteración del ritmo cardíaco.
Alteración del volumen de eyección.

Alteración de la poscarga.
Alteración de la contractilidad.
Alteración de la precarga.

Intolerancia a la actividad (00092) (1982)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Características definatorias

- | | |
|--|--|
| Presión arterial anormal en respuesta a la actividad. | . Cambios electrocardiográficos indicadores de isquemia. |
| Frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad. | ∴ Malestar debido al esfuerzo. |
| Cambios electrocardiográficos indicadores de arritmias. | • Disnea de esfuerzo. |
| | • Informes verbales de fatiga. |
| | Informes verbales de debilidad. |

Factores relacionados

- | | |
|--|------------------------------|
| " ^o Reposo en cama. | • ^o Inmovilidad. |
| • Debilidad generalizada. | • ^o Sedentarismo. |
| • Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno. | |

Riesgo de intolerancia a la actividad (00094)

Dominio 4: Actividad/reposo

Ciase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Características definitorias

≈ Deterioro del estado físico.
∴ Antecedentes de intolerancia
previa.
∴ Inexperiencia en la actividad,

Presencia de problemas
circulatorios.
Presencia de problemas
respiratorios.

Patrón respiratorio ineficaz (00032)

(1980, 1996, 1998)

respiratorio ineficaz (00032)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

Características definitorias

Alteraciones en la profundidad respiratoria.	Disminución de la capacidad vital.
• Alteración de los movimientos torácicos.	Disnea.
• Asunción de la postura de trípode.	Aumento del diámetro anteroposterior del tórax.
• Bradipnea.	Aleteo nasal.
:i Disminución de la presión espiratoria,	Ortopnea.
i Disminución de la presión inspiratoria.	Fase espiratoria prolongada.
; Disminución de la ventilación por minuto.	Respiración con los labios fruncidos.
	Taquipnea.
	Uso de los músculos accesorios para respirar.

Factores relacionados

; Ansiedad.	i Inmadurez neurológica.
• Posición corporal.	• Disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios.
• Deformidad ósea.	• Obesidad.
• Deformidad de la pared torácica.	• Dolor.
• Deterioro cognitivo.	• Deterioro de la percepción.
• Fatiga.	. Fatiga de los músculos respiratorios.
• Hiperventilación.	. : Lesión de la médula espinal.
• Síndrome de hipoventilación.	
.. Deterioro musculoesquelético.	

Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz¹ (00202)

(2008, NOE 2.1)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición Riesgo de disminución de la circulación gastrointestinal.

Factores de riesgo

- | | |
|---|--|
| ..; Aneurisma aorto-abdominal. | Inestabilidad hemodinámica. |
| Síndrome compartimental abdominal. | Disfunción hepática. |
| :J Tiempo de tromboplastina parcial anormal. | Infarto de miocardio. |
| • Tiempo de protrombina anormal. | Eyección ventricular izquierda disminuida. |
| • Sangrado gastrointestinal agudo. | Fallo renal. |
| • Hemorragia gastrointestinal aguda. | Accidente cerebrovascular. |
| • Edad > 60 años. | Trauma. |
| • Anemia. | Tabaquismo. |
| • Coagulopatía (p. ej., anemia de células falciformes). | Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (p. ej., <i>bypass</i> cardiopulmonary medicamentos, anestesia, cirugía gástrica). |
| .. Diabetes mellitus. | Enfermedad vascular |
| .. Coagulación intravascular diseminada. | (p. ej., enfermedad vascular periférica, enfermedad oclusiva aortoiliaca). |
| .. Sexo femenino. | |
| • Paresia gástrica (diabetes mellitus). | |
| • Varices gastroesofágicas. | |
| :; Enfermedad gastrointestinal (p. ej., úlcera gástrica o duodenal, colitis isquémica, pancreatitis isquémica). | |

Bibliografía

- McSweeney, M.E., Garwood, S., et al. (2004). Adverse gastrointestinal complications after cardiopulmonary bypass: Can outcome be predicted from preoperative risk factors? [Electronic version] *Anesthesia & Analgesia* 98: 1610-17.
- O'Donnell, J.M. & N'acul, F., eds (2001). *Surgical intensive care medicine*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Scott-Conner, C.E.H. & Ballinger, B. (2005). Abdominal angina. eMedicine, Available at: www.emedicine.com/med/topic2.htm (accessed May 23, 2008).
- Swearingen, PL. & Hicks Keen, J., eds (2001). *Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management*, 4th edn. St Louis: Mosby.

1. Este diagnóstico anteriormente llevaba la etiqueta de *Perfusión tisulnr inefectiva (especificar el tipo: Gastrointestinal)*.

Riesgo de perfusión renal ineficaz² (00203)

(2008/NDE 2.1)

Riesgo de perfusión renal ineficaz² (00203)

[2008/NDE 2.1]

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición Riesgo de disminución de la circulación sanguínea renal que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> :: Síndrome compartimental abdominal. ¡ Edad avanzada. • Necrosis cortical bilateral. • Quemaduras. • Cirugía cardíaca. • Bypass cardiopulmonar. • Diabetes mellitus. • Exposición a toxinas. • Glomerulonefritis femenina. • Hiperlipidemia. • Hipertensión. • Hipovolemia. • Hipoxemia. • Hipoxia. -, Infección (p. ej., sepsis, infección localizada). | <ul style="list-style-type: none"> Malignidad. • Hipertensión maligna. • Acidosis metabólica. • Politraumatismo. • Pielonefritis. 1 Estenosis de la arteria renal. • Enfermedad renal (riñón poliquístico). • Tabaquismo. • Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS). • Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (p. ej., medicamentos). Vasculitis por embolia vascular. |
|---|--|

Bibliografía

- O'Donnell, J.M. & N'acul, F., eds (2001). *Surgical intensive care medicine*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Spinovitz, B. & Rodriguez, (J. 2006). Renal artery stenosis. Available at: www.emedicine.com/med/topic2001.htm (accessed May 23, 2008).
- Swearingen, P.L. & Hicks Keen, J., eds (2001). *Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management*, 4th edn. St Louis: Mosby.

2. Este diagnóstico anteriormente llevaba la etiqueta de *Perfusión tisular inefectiva (especificar el tipo: Renal)*.

Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca³ (00200)

(2008, NDE 2.1)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición Riesgo de disminución de la circulación cardíaca (coronaria).

Factores de riesgo

- | | |
|---|--|
| • Anticonceptivos orales. | : Hiperlipidemia. |
| • Cirugía cardíaca. | • Hipertensión, |
| • Taponamiento cardíaco. | • Hipovolemia. |
| • Espasmo de la arteria coronaria, | • Hipoxemia. |
| • Diabetes mellitus. | • Hipoxia. |
| • Abuso de drogas. | • Falta de conocimientos sobre los factores de riesgo modificables (p. ej., tabaquismo, sedentarismo, obesidad). |
| • Elevación de la proteína C reactiva. | |
| • Antecedentes familiares de enfermedad arterial coronaria. | |

Bibliografía

- Alzamora, M.T., Bena-Diez, J.M., Sorribes, M., et al. (2007). Peripheral arterial disease study (PERART): Prevalence and predictive values of asymptomatic peripheral arterial occlusive disease related to cardiovascular morbidity and mortality. *BMC Public Health* 7: 348.
- Dogan, A., Ozgul, M., Oxaydin, M., Suleyman, M.A., Gedikli, O., & Altinbas, A. (2005). Effect of clopidogrel plus aspirin on tissue perfusion and coronary flow in patients with ST-segment elevation myocardial infarction: A new reperfusion strategy. *American Heart Journal* 149: 1037-42.
- Hung, J., Knuiman, M., Divitini, M., Davis, T., & Beiby, J. (2008, January). Prevalence and risk factor correlates of elevated c-reactive protein in an adult Australian population. *The American Journal of Cardiology*, 101(2): 193-8,
- O'Donnell, J.M. & N'acul, F., eds (2001). *Surgical intensive care medicine*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Sharma, S. (2006). Pulmonary embolism. *eMedicine*. Available at: www.emedicine.com/med/TOP!C1958.HTM (accessed May 23, 2007).
- Steen, H., Lehrke, S., Wiegand, U.K.H., et al. (2005). Very early cardiac magnetic resonance imaging for quantification of myocardial tissue perfusion in patients receiving tirofiban before percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction. *American Heart Journal*, 149: 564.
- Swearingen, PL. & Hicks Keen, J., eds (2001). *Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management*, 4th edn. St Louis: Mosby.

3. Este diagnóstico anteriormente llevaba la etiqueta de *Perfusión tisular inefectiva (especificar el tipo: Cardíaca)*.

Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz⁴ (00201)

(2008, NDE.2.1)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición Riesgo de disminución de la circulación tisular cerebral

Factores de riesgo

": Tiempo de tromboplastina parcial anormal.	Embolismo.
Tiempo de protrombina anormal.	N Traumatismo cerebral.
Segmento ventricular izquierdo acinético.	• Hipercolesterolemia,
• Aterosclerosis aórtica.	• Hipertensión.
• Disección arterial.	• Endocarditis infecciosa.
• Fibrilación auricular.	• Trombosis de la aurícula izquierda.
• Mixoma auricular.	• Prótesis valvular mecánica,
9 Tumor cerebral.	• Estenosis mitral.
• Estenosis carotídea.	• Neoplasia cerebral.
• Aneurisma cerebral.	• Infarto de miocardio reciente.
:: Coagulopatía (p. ej., anemia de células falciformes).	• Síndrome del nodo sinusal.
• Miocardiopatía dilatada.	Abuso de sustancias.
Coagulación intravascular diseminada.	Terapia trombolítica.
	: Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (<i>bypciss</i> cardiopulmonar, medicamentos).

Bibliografía

- Asanle-Siaw, J., Tyrrell, J., & Hoschtitzky, A. (2006). Does the use of a centrifugal pump offer any additional benefit for patients having open heart surgery? *Best BETS*, Record 01148. Available at: www.bestbets.org/cgi-bin/bets.pl?recordMH148 (accessed May 23, 2008).
- Barnard, J., Musleh, G., & Bitla, M. (2004). In aortic arch surgery is there any benefit in using antegrade cerebral perfusion or retrograde cerebral perfusion as an adjunct to hypothermic circulatory arrest? *BestBETS*, Record 00690. Available at: www.bestbets.org/cgi-bin/bets.pl?record=00690 (accessed October 23, 2006).
- O'Donnell, J.M. & N'acul, F., eds (2001). *Surgical intensive care medicine*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Sharma, M., Clark, H., Armour, T., Stotts, G., Cote, R., & Hill, M.D. (2005). *Acute stroke: Evaluation and treatment*. Agency for Healthcare Research and Quality, 127. Publication number 05-E023-1.
- Swearingen, PL. & Hicks Keen, J., eds (2001). *Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management*, 4th edn. St Louis: Mosby.

4. Este diagnóstico anteriormente llevaba la etiqueta de *Perfusión tisular inefectiva (especificar el tipo: Cerebral)*.

Perfusión tisular periférica ineficaz⁵ (00204)

(2008, NDE 2.1)

tisular periférica ineficaz⁵ (00204)

(2008, NPE 2-1)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud.

Características definitorias

- | | |
|--|--|
| • Ausencia de pulsos. | Las extremidades inferiores no recuperan su color al bajarlas. |
| • Alteración de la función motora. | Retraso en la curación de las heridas periféricas. |
| Alteración de las características de la piel (color, elasticidad, vello, hidratación uñas, sensibilidad, temperatura). | Disminución de los pulsos, Edema. |
| • Cambios de presión arterial en las extremidades. | Dolor en las extremidades. Parestesia. |
| • Claudicación. | Palidez de la piel a la elevación. |

Factores relacionados

- | | |
|--|----------------------|
| Conocimientos deficientes sobre los factores agravantes (p. ej., tabaquismo, sedentarismo, traumatismo, obesidad, aporte de sal, inmovilidad). | m Diabetes mellitus. |
| • Conocimientos deficientes sobre el proceso de la enfermedad (p. ej., diabetes, hiperlipidemia). | • Hipertensión. |
| | • Sedentarismo. |
| | ... Tabaquismo. |

Bibliografía

- Lopez Rowe, V. (2005). Peripheral arterial occlusive disease. *eMedicine*, Available at: www.emedicine.com/med/topic391.htm (accessed May 23, 2008).
- O'Donnell, J.M. & N'acul, F., eds (2001). *Surgical intensive care medicine*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Silva, R.C.G., Cruz, D.A.L.M., Bortolotto, L.A., et al. (2006). Ineffective peripheral tissue perfusion: Clinical validation in patients with hypertensive cardiomyopathy. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17(2): 97-107.
- Stephens, E. (2005). Peripheral vascular disease. *eMedicine*. Available at: www.emedicine.com/emerg/topic862.htm (accessed May 23, 2008).
- Swearingen, P.L. & Hicks Keen, J. eds (2001). *Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management*, 4th edn. St Louis: Mosby.

5. Este diagnóstico anteriormente llevaba la etiqueta de *Perfusión tisular inefectiva* {especificar el tipo: *Periférica*).

Respuesta ventilatoria disfuncional al destete (00034) (1992)

ventilatoria disfuncional al destete (00034) (1992)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición Incapacidad para adaptarse a la reducción de los niveles del soporte ventilatorio mecánico, lo que interrumpe y prolonga el período de destete.

Características definitorias

/leve

- Malestar al respirar.
- Expresión de la sensación de necesidad creciente de oxígeno.
- .. Fatiga.
- :: Concentración creciente en la respiración.
- Preguntas sobre la posibilidad de mal funcionamiento de la máquina.
- Agitación.
- ... Ligero aumento de la frecuencia respiratoria en comparación con la frecuencia de referencia.
- ; Sensación de calor.

Moderada

- :: Aprensión.
- Aumento de la frecuencia respiratoria basal (< 5 respiraciones/minuto).
- .. Cambios de coloración.
- : Disminución de la entrada de aire en la auscultación.
- Diaforesis.
- : Hipervigilancia de las actividades.
- : Incapacidad para cooperar.
- . Incapacidad para responder a las instrucciones.
- Palidez.
- .. Ligera cianosis.
- . Ligero aumento de la presión arterial respecto a la basal (< 20 mmHg).

- i Ligero aumento de la frecuencia cardíaca respecto a la basal (< 20 latidos/minuto).
- . Uso discreto de los músculos accesorios de la respiración.
- Ojos desorbitados.

Grave

- Sonidos respiratorios adventicios.
- Agitación.
- :: Respiración descoordinada con el ventilador.
- : Secreciones audibles en la vía aérea.
- :: Cianosis.
- : Disminución del nivel de conciencia.
- " Deterioro de la gasometría arterial respecto a la basal.
- : Uso intenso de los músculos accesorios de la respiración.
- : Respiración agónica (Gaspings)
- " Aumento de la presión arterial respecto a la basal (> 20 mmHg).
- Aumento de la frecuencia cardíaca respecto a la basal (> 20 latidos/minuto).
- : Respiración abdominal paradójica.
- Diaforesis profusa.
- : Aumento significativo de la frecuencia respiratoria respecto a la basal.
- Respiración superficial.

Factores relacionados

Fisiológicos

- Nutrición inadecuada.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- Deterioro del patrón del sueño.
- Dolor no controlado,

Psicológicos

- Ansiedad.
- Disminución de la motivación.
- Disminución de la autoestima.
- Temor.
- Desesperanza.
- Falta de confianza en la enfermera.
- Conocimientos deficientes sobre el proceso de destete.
- Percepción del paciente de ineficacia en la habilidad para el destete.
- Impotencia.

Situacionales

Entorno adverso (p. ej., entorno ruidoso, activo; acontecimientos negativos en la habitación; baja proporción enfermera-paciente, equipo de enfermeras desconocido para el paciente).

Antecedentes de múltiples fracasos en el intento de destete.

Historia de dependencia ventilatoria de más de 4 días.

Soporte social inadecuado.

Ritmo inapropiado en la reducción del soporte ventilatorio.

Episodios de demanda de energía incontrolados.

Riesgo de sangrado (00206)

(2008, NDE 2.1)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- | | |
|---|---|
| Aneurisma. | Complicaciones relacionadas con el embarazo (p. ej., placenta previa, embarazo molar, desprendimiento prematuro de placenta). |
| • Circuncisión. | Trauma. |
| • Conocimientos deficientes. | Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (p. ej., cirugía, medicamentos, administración de hemoderivados deficientes en plaquetas, quimioterapia). |
| • Coagulación intravascular diseminada, | |
| m Antecedentes de caídas. | |
| • Desórdenes gastrointestinales (p. ej., enfermedad ulcerosa gástrica, pólipos, varices). | |
| • Deterioro de la función hepática (p. ej., cirrosis, hepatitis). | |
| • Coagulopatías esenciales (p. ej., trombocitopenia). | |
| :: Complicaciones postparto (p. ej., atonía uterina, retención de la placenta). | |

Bibliografía

- Brozenec, S.A. (2007). Hepatic Problems. In F.D. Monahan, J.K. Sands, M. Neighbors, J.F. Marek, & C.J. Green, (Eds.), *Phipp's Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives* (8th ed., pp. 1209-1212). St Louis: Mosby Elsevier.
- Callahan, L. (2004). Surgery in Pregnancy. In S. Mattson & J.E. Smith (Eds.), *Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing* (3rd ed., pp.727-749). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Deitch, E.A. & Dayal, S.D. (2006). Intensive care unit management of the trauma patient. *Critical Care Medicine* 34: 2294-301.
- Erickson, J. & Field, R. (2007). Cancer. In F.D. Monahan, J.K. Sands, M. Neighbors, J.F. Marek, & C.J. Green, (Eds.), *Phipp's Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives* (8th ed., pp. 1209-1212). St Louis: Mosby Elsevier.
- Garrigues, A.L. (2007). Hematologic problems. In: Monahan, F.D., Sands, J.K., Neighbors, M., Marek, J.F., & Green, C.J. (eds), *Phipp's medical-surgical nursing: Health and illness perspectives*, 8th edn. St Louis: Mosby Elsevier, pp. 923-8,
- Haney, S. (2004). Trauma in Pregnancy. In S. Mattson & J.E. Smith (Eds.), *Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing* (3rd ed., pp.703-726). St Louis: Elsevier Saunders.
- Higgins, P.G. (2004). Postpartum complications. In: Mattson, S. & Smith, J.E. (eds), *Core curriculum for maternal-newborn nursing*, 3rd edn.. St Louis: Elsevier Saunders, pp. 850-4.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2006). *Maternity Nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier, pp.599-601.

Riesgo de shock (00205)

(2008, NDE 2.1)

Riesgo de (00205)

(2008, NDE 2.1).

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición Riesgo de aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que constituye una amenaza para la vida.

Factores de riesgo

; Hipotensión.	: Infección,
Hipovolemia.	i: Sepsis.
L: Hipoxemia.	:: Síndrome de respuesta
: Hipoxia.	inflamatoria sistèmica (SIRS).

Bibliografía

- Bridges, E.J. & Dukes, M.S. (2005). Cardiovascular aspects of septic shock: Pathophysiology, monitoring, and treatment. *Critical Care Nurse* 25: 14-36.
- Goodrich, C. (2006). Endpoints of resuscitation. *AACN Advanced Critical Care* 17: 306-16.
- Goodrich, D. (2006). Continuous central venous oximetry monitoring. *Critical Care Nursing Clinics* 18: 203-9.
- O'Donnell, J.M. & N'acul, E, eds (2001). *Surgical intensive care medicine*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Swearingen, PL. & Hicks Keen, J., eds (2001). *Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management*, 4th edn. St Louis: Mosby.

Deterioro de la ventilación espontánea

(00033)

(1992)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| Aprensión, | • Disnea. |
| j Disminución de la cooperación. | • Aumento de la frecuencia cardíaca. |
| :: Disminución de la presión de oxígeno (pO_2). | • Aumento de la tasa metabólica, |
| .i Disminución de la saturación de oxígeno (SaO_2). | • Aumento de la pCO_2 , |
| Disminución del volumen circulante (volumen Tidal o volumen corriente). | • Agitación creciente. |
| | ∴, Uso creciente de los músculos accesorios. |

Factores relacionados

Factores metabólicos.
Fatiga de los músculos respiratorios.

Disposición para mejorar el autocuidado

(00182)

(2006, NDE 2.1)

Disposición para mejorar el

(00182)

(2006, NDEH)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 5: Autocuidado

Definición Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que le ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud

Características definitorias

- | | | |
|----|--|--|
| i | Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la vida, | Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento del bienestar. |
| i- | Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud. | Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado, |
| i" | Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento del desarrollo personal. | Expresa deseos de aumentar la responsabilidad en el autocuidado.
Expresa deseos de aumentar el autocuidado. |

Bibliografía

- Artinian, N.T., Magnan, M., Sloan, M., & Lange, M.P. (2002). Self care behaviors among patients with heart failure. *Heart & Lung* 31:161-72.
- Backscheider, J.E. (1974). Self care requirements, self care capabilities and nursing systems in the diabetic nurse management clinic. *American Journal of Public Health* 64: 1138-46.
- Becker, G., Gates, R. J., & E. Newsom (2004). Self-care among chronically ill African Americans: Culture, health disparities, and health insurance status. *American Journal of Public Health* 94: 2066-73.
- Biggs, A.J. (1990). Family caregiver versus nursing assessments of elderly self-care abilities. *Journal of Gerontological Nursing* 16(8): 11-16.
- Conn, V. (1991). Self care actions taken by older adults for influenza and colds. *Nursing Research* 40: 176-81.
- 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.
- Harris, J.L. & Williams, L.K. (1991). Universal self-care requisites as identified by homeless elderly men. *Journal of Gerontological Nursing* 17(6): 39-43.
- Hartweg, D.L. (1993). Self-care actions of healthy middle-aged women to promote well-being. *Nursing Research* 42: 221-7.
- Moore, J.B. & Beckwitt, A.E. (2004). Children with cancer and their parents: Self care and dependent care practices. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 27: 1-17.
- Oliver, M. (2005). Reaching positive outcomes by assessing and teaching patient self efficacy. *Home Healthcare Nurse* 23: 559-62.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts and practice*, 6th edn. St Louis: Mosby.
- Richardson, A. & Ream, E.K. (1997). Self-care behaviours initiated by chemotherapy patients in response to fatigue. *International Journal of Nursing Studies* 34(1): 35-43.
- Smils, M.W. & Kee, C.C. (1992). Correlates of self-care among the independent elderly: Self care affects well-being. *Journal of Gerontological Nursing* 18(9): 13-18.
- Weston-Eborn, R. (2004). Home care and the adult learner. *Home Healthcare Nurse* 22: 522-3.

Déficit de autocuidado: alimentación (00102) (1980, 1998)

Dominio 4: Actividad/reposo
Clase 5: Autocuidado

Definición Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación.

Características definitorias

- " incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente a la boca.
- ". Incapacidad para masticar la comida.
Incapacidad para completar una comida.
- "" Incapacidad para coger los alimentos con los utensilios.
Incapacidad para manejar los utensilios.
- " Incapacidad para ingerir los alimentos de forma socialmente aceptable.
Incapacidad para ingerir los alimentos de forma segura.
- ; Incapacidad para ingerir alimentos suficientes.
- : Incapacidad para mover los alimentos en la boca.
Incapacidad para abrir los recipientes.
- . Incapacidad para coger la taza o el vaso.
Incapacidad para preparar los alimentos para su ingestión.
- Incapacidad para deglutir los alimentos.
- Incapacidad para usar dispositivos de ayuda.

Factores relacionados

- :: Deterioro cognitivo.
- .. Disminución de la motivación.
- : Malestar.
- Barreras ambientales.
- Fatiga.
- : Deterioro musculoesquelético.
- Deterioro neuromuscular.
- Dolor.
- Deterioro perceptual.
- Ansiedad grave.
- : Debilidad.

Nota: Especificar el nivel de independencia, 7 usando una escala funcional estandarizada.

Déficit de autocuidado: baño⁶ (00108) (1980, 1998)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 5: Autocuidado

Definición Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| - Incapacidad para acceder al cuarto de baño, | Incapacidad para obtener una fuente de agua. |
| n Incapacidad para secarse el cuerpo. | Incapacidad para regular el agua del baño. |
| 2 Incapacidad para obtener los artículos de baño. | Incapacidad para lavarse el cuerpo. |

Factores relacionados

- | | |
|--|----------------------------------|
| j~ Deterioro cognitivo. | :: Deterioro musculoesquelético. |
| • Disminución de la motivación | • Deterioro neuromuscular. |
| • Barreras ambientales. | • Dolor. |
| • Incapacidad para percibir una parte del cuerpo. | • Deterioro perceptual. |
| • Incapacidad para percibir las relaciones espaciales. | I Ansiedad grave. |
| | ': Debilidad. |

Nota: Especificar el nivel de independencia usando una escala funcional estandarizada.

Déficit de autocuidado: uso del inodoro

(00110)

(1980, 1998)

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 5: Autocuidado

Definición Deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de evacuación.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| • Incapacidad para realizar la higiene adecuada tras la evacuación. | Incapacidad para manipular la ropa para la evacuación. |
| • Incapacidad para limpiar el inodoro o el orinal, | Incapacidad para levantarse del inodoro o del orinal. |
| • Incapacidad para llegar hasta el inodoro o el orinal. | Incapacidad para sentarse en el inodoro o el orinal. |

Factores relacionados

- | | |
|---|---------------------------------|
| • Deterioro cognitivo. | • Deterioro musculoesquelético. |
| • Disminución de la motivación. | • Deterioro neuromuscular. |
| • Barreras ambientales. | • Dolor. |
| • Fatiga. | • Deterioro perceptual. |
| • Deterioro de la movilidad. | Ansiedad grave. |
| • Deterioro de la habilidad para la traslación. | Debilidad. |

Déficit de autocuidado: vestido⁷ (00109) (1980, 1998)

Déficit de (1980, 1998)

Dominio 4: *Actividad/reposo*

Clase 5: *Autocuidado*

Definición Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| Incapacidad para elegir la ropa. | Incapacidad para usar cremalleras. |
| "; Incapacidad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo. | Deterioro de la capacidad para abrocharse la ropa. |
| Incapacidad para mantener el aspecto a un nivel satisfactorio. | Deterioro de la capacidad para obtener las prendas de vestir. |
| : Incapacidad para coger la ropa. | Deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias. |
| • Incapacidad para ponerse la ropa en la parte superior del cuerpo. | Deterioro de la capacidad para ponerse los zapatos. |
| Incapacidad para ponerse los zapatos. | Deterioro de la capacidad para ponerse los calcetines. |
| •: Incapacidad para ponerse los calcetines. | Deterioro de la capacidad para quitarse las prendas de vestir necesarias. |
| • Incapacidad para quitarse la ropa. | Deterioro de la capacidad para quitarse los zapatos. |
| • Incapacidad para quitarse los zapatos. | Deterioro de la capacidad para quitarse los calcetines. |
| • Incapacidad para quitarse los calcetines. | |
| • Incapacidad para usar dispositivos de ayuda. | |

Factores relacionados

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| • Deterioro cognitivo. | Deterioro neuromuscular. |
| • Disminución de la motivación. | Dolor. |
| • Malestar. | Deterioro perceptual. |
| • Barreras ambientales. | Ansiedad grave. |
| • Fatiga. | Debilidad. |
| Deterioro musculoesquelético. | |

Nota: Especificar el nivel de independencia usando una escala funcional estandarizada.

7. Este diagnóstico anteriormente llevaba la etiqueta de *Déficit de autocuidado: Vestido/acicalamiento*

Dominio 5

Percepción/cognición

Desatención unilateral (00123)	157
Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (00127)	159
Vagabundeo (00154)	160
Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva cenestésica, gustativa, táctil, olfatoria) (00122)	161
Confusión aguda (00128)	162
Riesgo de confusión aguda (00173)	165
Confusión crónica (00129)	168
Conocimientos deficientes (00126)	169
Disposición para mejorar los conocimientos (00161)	170
Deterioro de la memoria (00131)	171
Planificación ineficaz de las actividades (00199)	172
Disposición para mejorar la toma de decisiones (00184)	174
Deterioro de la comunicación verbal (00051)	176
Disposición para mejorar la comunicación (00157)	177

Desatención unilateral (00123)

(1986, 2006, NDE 2.1)

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 1: Atención

Definición Deterioro de la respuesta sensorial y motora, la representación mental y la atención espacial del cuerpo y el entorno correspondiente, caracterizado por la falta de atención a un lado y una atención excesiva al lado opuesto. La desatención del lado izquierdo es más persistente y severa que la desatención del lado derecho.

Características definitorias

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">; Parece no tener conciencia de la posición de la extremidad desatendida.• Dificultad para recordar detalles de escenas familiares representadas internamente, que se hallan en el lado desatendido. Desplazamiento de los sonidos hacia el lado no desatendido.... Distorsión del dibujo de la mitad de la página correspondiente al lado desatendido.~ Fracaso en el intento de tachar líneas en la mitad de la página correspondiente al lado desatendido.::! Fracaso en comer los alimentos de la porción del plato correspondiente al lado desatendido.L. Fracaso al vestir el lado corporal desatendido.~- Fracaso al acicalar el lado afectado.. • Fracaso en mover los ojos en el hemiespacio del lado desatendido a pesar de ser consciente de los estímulos que se producen en él.• Fracaso al mover la cabeza en el hemiespacio del lado desatendido a pesar de ser consciente de los estímulos que se producen en él. | <ul style="list-style-type: none">; Fracaso al mover las extremidades en el hemiespacio del lado desatendido a pesar de ser consciente de los estímulos que se producen en él.:: Fracaso al mover el tronco en el hemiespacio del lado desatendido a pesar de ser consciente de los estímulos que se producen en él.∴ Fracaso en detectar a las personas que se acercan por el lado desatendido.~ Falta de medidas de seguridad respecto al lado desatendido.p Marcada desviación¹ de los ojos hacia el lado no desatendido ante estímulos y actividades producidos en ese lado.Marcada desviación de la cabeza hacia el lado no desatendido ante estímulos y actividades producidos en ese lado,Marcada desviación del tronco hacia el lado no desatendido ante estímulos y actividades producidos en ese lado.:: No dibuja en la mitad de la página correspondiente al lado desatendido.Persistencia de tareas visuales motoras en el lado no desatendido. |
|---|---|

1. Como si estuviera llevado de forma magnética hacia los estímulos y actividades en ese lado.

Al leer, sustitución de letras para formar palabras alternativas que son similares en longitud a las originales.

Transferencia de la sensación dolorosa al lado no desatendido. Al escribir, uso de sólo la mitad vertical de la página.

Factores relacionados

Lesión cerebral causada por problemas vasculares cerebrales.
Lesión cerebral causada por enfermedad neurológica.
Lesión cerebral causada por un traumatismo.

Lesión cerebral causada por un tumor.
Hemiplejía izquierda causada por accidente cerebrovascular (ACV) en el hemisferio derecho.
Hemianopsia.

Bibliografía

- Bartolomeo, P. & Chokron, S. (1999). Left unilateral neglect or right hyperattention? *Neurology* 53(9): 2023-27.
- Bartolomeo, P. & Chokron, S. (2002). Orienting of neglect in left unilateral neglect. *Neuroscience and Behavioral Reviews* 26: 217-34.
- Halligan, P.W. & Marshall J.C. (1993). The history and clinical presentation of neglect. In: Robertson, I.H. & Marshall, J.C. (eds), *Unilateral Neglect: Clinical and experimental studies*. Hove: Lawrence Erlbaum associates Ltd, pp. 3-19.
- Rizzolatti, G. & Berti, A. (1993). Neural mechanisms of spatial neglect. In: Robertson, I.H. & Marshall, J.C. (eds), *Unilateral neglect: Clinical and experimental studies*. Hove: Lawrence Erlbaum associates Ltd, pp. 87-102.
- 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.
- Stone, SP, Halligan, P.W, Marshall, J.C, & Greenwood, R.J. (1998). Unilateral neglect a common but heterogeneous syndrome. *Neurology* 50: 1902-5.
- Swan, L. (2001). Unilateral spatial neglect. *Physical Therapy* 81: 1572-80.
- Weitzel, E.A. (2001). Unilateral neglect. In: Maas, M., Buckwalter, K., Hardy, M., Tripp-Reimer, T., Titler, M., & Specht, J. (eds), *Nursing care of older adults: Diagnosis, outcomes, and interventions*. St Louis: Mosby, pp. 492-502.

Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (00127)

(1994)

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 2: Orientación

Definición Falta constante de orientación respecto a las personas, el espacio, el tiempo o las circunstancias, durante más de 3-6 meses, que requiere un entorno protector.

Características definatorias

- Estados confusionales crónicos.
- Desorientación constante.
- Incapacidad para concentrarse.
- a Incapacidad para seguir directrices sencillas.
- . Incapacidad para razonar.
- Pérdida del empleo.
- Pérdida del funcionamiento social.
- Lentitud en la respuesta a las preguntas.

Factores relacionados

- Demencia.
- Depresión.
- Enfermedad de Huntington.



Dominio 5: Percepción/cognición
Clase 2: Orientación

Definición Caminar errabundo, repetitivo o sin propósito definido que hace a la persona susceptible de sufrir lesiones; frecuentemente es incongruente con las fronteras, los límites o los obstáculos.

Características definitorias

- | | |
|--|--|
| <p>∴ Movimiento continuo de un lugar a otro.</p> <p>j Perderse.</p> <ul style="list-style-type: none">• Deambulación inquieta.• Movimientos frecuentes de un sitio a otro.• Deambulación fortuita.• Hiperactividad.• Incapacidad para localizar puntos de referencia en un entorno familiar.• Deambulación en espacios privados o no autorizados. <p>ii Deambulación que comporta el abandono no intencionado del local.</p> <p>Eí Dificultad para disuadir de la deambulación.</p> | <p>∴ Largos períodos de deambulación sin destino aparente,</p> <p>"i Caminar de un lado a otro de la habitación.</p> <p>Períodos de deambulación intercalados con períodos de descanso (p. ej., sentado, de pie, durmiendo).</p> <ul style="list-style-type: none">• Deambulación persistente en busca de algo.• Seguir al cuidador como una sombra.• Entrada en entornos ajenos,• Conductas de exploración.• Conductas de búsqueda. |
|--|--|

Factores relacionados

- | | |
|---|---|
| <p>J Deterioro cognitivo (p. ej., déficit de memoria y de la capacidad de recordar, desorientación, poca habilidad constructiva visual o espacial visual, defectos del lenguaje).</p> <p>e Atrofia cortical.</p> <p>E: Estado emocional (p. ej., frustración, ansiedad, aburrimiento, depresión, agitación).</p> | <ul style="list-style-type: none">• Sobrestimulación ambiental.• Estado o necesidad fisiológica (p. ej., hambre, sed, dolor, ganas de orinar, estreñimiento).• Conducta premórbida (p. ej., conducta extrovertida, personalidad sociable; demencia premórbida).• Sedación.• Separación de lugares familiares.• Hora del día. |
|---|---|

Trastorno de la percepción sensorial
(especificar: visual, auditiva, cenestésica,
gustativa, táctil, olfatoria) (00122)
 (1978, 1980, 1998)

Trastorno de la percepción sensorial
(especificar: visual, auditiva, cenestésica,
gustativa, táctil, olfatoria) (00122)
 (1978, 1980, 1998)

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 3: Sensación/percepción

Definición Cambio en la cantidad o en el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada a los mismos.

Características definitorias

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> : Cambio en el patrón de conducta. .. Cambio en las habilidades para la solución de problemas. .. Cambio en la agudeza sensorial. :; Cambio en las respuestas usuales a los estímulos. LJ Desorientación. | <ul style="list-style-type: none"> L Alucinaciones. • Deterioro de la comunicación. • Irritabilidad. • Falta de concentración. • Agitación. Distorsiones sensoriales. |
|---|---|

Factores relacionados

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> LJ Alteración de la integración sensorial. ' Alteración de la recepción sensorial. _J Alteración de la transmisión sensorial. | <ul style="list-style-type: none"> L Desequilibrio bioquímico. • Desequilibrio electrolítico, • Excesivos estímulos ambientales, • Estímulos ambientales insuficientes. Ü Estrés psicológico. |
|---|--|

Nota: Este diagnóstico se retirará de la Taxonomía de la NANDA-I en su edición de 2012-2014 a menos que se haga un trabajo adicional para que alcance un nivel de evidencia de 2.1 o superior.

Confusión aguda (00128)

(1994-, 2006, MfE 2.1)

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 4: Cognición

Definición Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.

Características definitorias

Í Fluctuación en el conocimiento. Fluctuación en el nivel de conciencia.	Falta de motivación para mantener una conducta intencionada. Falta de motivación para iniciar una conducta dirigida al logro de un objetivo.
.: Fluctuación en la actividad psicomotora. Alucinaciones.	Falta de motivación para iniciar una conducta intencionada. Percepciones erróneas.
• Agitación creciente.	
• Intranquilidad creciente.	
. Falta de motivación para mantener una conducta dirigida al logro de un objetivo.	

Factores relacionados

:" Abuso del alcohol.	Fluctuaciones en el ciclo sueño-vigilia.
• Delirio.	
• Demencia.	Edad superior a los 60 años,
' Abuso de drogas.	

Bibliografía

- Agostini, J.V., Leo-Summers, L.S., & Inouye, S.K. (2001). Cognitive and other adverse effects of diphenhydramine use in hospitalized older patients. *Archives of Internal Medicine* 161: 2091-7.
- Alciati, A., Scaramelli, B., Fusi, A., Butteri, E., Cattameo, M.L., & Mellado, C. (1999). Three cases of delirium after "ecstasy" ingestion. *Journal of Psychoactive Drugs* 31: 167-70.
- Aldemir, M., Ozen, S., Kara, I.H., Sir, A., & Bac, B. (2001). Predisposing factors for delirium in the surgical intensive care unit. *Critical Care (London)* 5: 265-70.
- Bowman, A.M. (1997). Sleep satisfaction, perceived pain and acute confusion in elderly clients undergoing orthopaedic procedures. *Journal of Advanced Nursing* 26: 550-64.
- Brauer, C., Morrison, R.S., Silberzweig, S.B., & Sui, A.L. (2000). The cause of delirium in patients with hip fracture. *Archives of Internal Medicine* 160: 1856-60.
- Coyle, N., Breitbart, W., Weaver, S., & Portenoy, R. (1994). Delirium as a contributing factor to "crescendo" pain: three case reports. *Journal of Pain and Symptom Management* 9(1): 44-7.
- Edlund, A., Lundstrom, M., Brannstrom, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2001). Delirium before and after operation for femoral neck fracture. *Journal of the American Geriatrics Society* 49: 1335-40.

Riesgo de confusión aguda (00173)

(2006, NDE 2.1)

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 4: Cognición

Definición Riesgo de aparición de trastornos reversibles de la conciencia, la atención, el conocimiento y la percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.

Factores de riesgo

- ' Alcoholismo.
- u Disminución de la movilidad.
- Disminución de las limitaciones.
- Demencia.
- Fluctuación en el ciclo sueño-vigilia.
- Antecedentes de ictus.
- : Deterioro de la cognición.
- Infección.
- Sexo masculino.
- Medicamentos/drogas:
 - Anestésicos.
 - Anticolinérgicos.
 - Difenhidramina.
 - Polimedicación.
- Opioides.
- Sustancias psicoactivas.
- Anomalías metabólicas:
 - Azoemia.
 - Disminución de la hemoglobina.
 - Deshidratación.
 - Desequilibrio electrolítico.
 - Aumento de la urea nitrogenada en sangre (BUN)/creatinina.
 - Malnutrición
- ∴ Edad superior a los 60 años.
- Dolor.
- Deprivación sensorial.
- Abuso de sustancias.
- . Retención urinaria.

Confusión crónica (00129)

(1994)

Dominio 5: Percepción/cognición
Clase 4: Cognición

Definición Deterioro irreversible, de larga duración y/o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por disminución de la capacidad para Interpretar los estímulos ambientales; reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales, manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta.

Características definitorias

- | | |
|---|---|
| • Alteración de la interpretación. | Deterioro de la memoria a corto plazo, |
| • Alteración de la personalidad. | Deterioro de la socialización. |
| . Alteración de la respuesta a los estímulos. | Deterioro cognitivo de larga duración. |
| Evidencia clínica de deterioro organico. | No hay cambios en el nivel de conciencia. |
| Deterioro de la memoria a largo plazo. | Deterioro cognitivo progresivo. |

Factores relacionados

- | | |
|--------------------------------|------------------------|
| . • Enfermedad de Alzheimer. | Psicosis de Korsakoff. |
| • Accidente vascular cerebral. | Demencia multiinfarto. |
| • Traumatismo craneal. | |

Conocimientos deficientes (00126)

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 4: Cognición

Definición Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Características definitorias

Comportamientos exagerados.	Comportamientos inapropiados
. ' Seguimiento inexacto de las instrucciones.	(p. ej., histeria, hostilidad, agitación, apatía).
Realización inadecuada de las pruebas.	Verbalización del problema.

Factores relacionados

Limitación cognitiva.	Falta de interés en el aprendizaje.
....Mala interpretación de la información.	Incapacidad para recordar.
' Falta de exposición.	Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.

Disposición para mejorar los conocimientos (00161)

(2002, NDEI2(I-))

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 4: Cognición

Definición La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada.

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| L: Las conductas son congruentes con los conocimientos manifestados. | L. Manifiesta interés en el aprendizaje. |
| L Explica su conocimiento del tema. | ¿ Describe experiencias previas relacionadas con el tema. |

Deterioro de la memoria (00131)^{*}

(1994)

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 4: Cognición

Definición Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| e Experiencia de olvidos.
Olvida realizar una conducta en el momento programado para ello. | 2 Incapacidad para recordar acontecimientos. |
| k Incapacidad para recordar si ya se ha realizado una conducta, | :: Incapacidad para recordar información sobre los hechos. |
| a Incapacidad para aprender nueva información, | \s Incapacidad para retener nueva información. |
| "i Incapacidad para aprender nuevas habilidades. | Incapacidad para retener nuevas habilidades. |
| Ü Incapacidad para realizar una habilidad previamente aprendida. | |

Factores relacionados

- | | |
|---|-----------------------------|
| N Anemia. | ü Hipoxia. |
| • Disminución del gasto cardíaco, | LT Trastornos neurológicos. |
| • Excesivas alteraciones ambientales | |
| ∴ Desequilibrio de líquidos y electrolitos. | |

Planificación ineficaz de las actividades (00199)

ineficaz las actividades (00199)

[20Q8, NOE 2.2]

Dominio 5: Percepción/cognición

~~Clase 4: Cognición~~

Definición Incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| e Verbalización de temor a la tarea que se ha de realizar, | a Falta de plan. |
| ja Verbalización de preocupación sobre la tarea que se ha de realizar, | E Falta de recursos. |
| a Ansiedad excesiva por la tarea que se va a realizar. | • Falta de organización secuencial. |
| | • Falta de resolución. |
| m Fracaso del patrón de conducta. | -i Falta de logro de los objetivos para la actividad elegida. |

Factores relacionados

- | | |
|---|--|
| • Compromiso de la habilidad para procesar la información. | • Falta de soporte familiar. |
| • Conducta defensiva de huida cuando se enfrenta con una propuesta de solución. | • Falta de soporte de los amigos. |
| si Hedonismo. | LÍ Percepción no realista de los acontecimientos. |
| | • Percepción no realista de las competencias personales. |

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2004). *Mini DSM IV-TR*. Masson: Paris, p. 384.
- Auger, L. (2006). *Vivre avec sa lèle ou avec son cœur*. Centre la Pensée Réaliste, republication par Pierre Bovo, p. 156.
- Auger, L. (2001). *Savoir vivre*. Québec: Les éditions Un monde différent liée, p. 208.
- Auger, L. (1992). *Prendre soin de soi, guide pratique de micro-thérapie*. Montréal: CIM, p. 237.
- Auger, L. (1980). *S'aider soi-même d'avantage*. Québec: Les Éditions De l'Homme, p. 133.
- Auger, L. (1972-2006). *Vivre avec sa tête où avec son cœur*. Montréal: Micheline Côté-Auger éd., p. 156.
- Barth, B-M. (1985). Jérôme Bruner et l'innovation pédagogique. *Communication et Langages* 66: 45-58.
- Beck, A.T., et al. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Corbière, M., Laisné, F, & et Mercier, C. (2001). Élaboration du questionnaire: obstacles à l'insertion au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter. Manuscrit inédit, Centre de recherche Femand-Seguin, Unité 218, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.
- Debray, Q., Kindynis, S., Leclère, M., & Seigneurie, A. (2005). *Protocoles de traitement des personnalités pathologiques, Approche cognitivo-comportementale*. Paris: Masson, p. 224.

Disposición para mejorar la toma de decisiones (00184) (011B4)

[2006, NDE 2.1)

Dominio 5: Percepción/cognición Clase 4: Cognición

Definición Patrón de elección del rumbo de las acciones que es suficiente para alcanzar los objetivos a corto y largo plazo relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Características definitorias

r	Expresa deseos de mejorar la toma de decisiones,	Expresa deseos de mejorar el análisis riesgo-beneficio de las decisiones.
i	Expresa deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los objetivos.	Expresa deseos de mejorar la comprensión de las elecciones para la toma de decisiones.
3	Expresa deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los valores personales.	Expresa deseos de mejorar la comprensión del significado de las elecciones.
m	Expresa deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los objetivos socioculturales.	Expresa deseos de mejorar el uso de evidencias fiables para la toma de decisiones.
s	Expresa deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los valores socioculturales.	

Bibliografía

- Evans, R., Elvyn, G., & Edwards, A. (2004). Making interactive decision support for patients a reality. *Informatics in Primary Care* 12: 109-13.
- Harkness, J. (2005). Patient involvement: A vital principle for patient-centered health care. *World Hospitals and Health Services: The Official Journal of the International Hospital Federation* 41(2): 12-16.
- O'Connor, A.M., Tugwell, P., Wells, G.A., et al. (1998). A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: Decision support framework and evaluation. *Patient Education and Counseling* 33: 267-79.
- O'Connor, A.M., Drake, E.R., Wells, G.A., Tugwell, P., Laupacis, A., & Elmslie, T. (2003). A survey of the decision-making need of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expectations* 6: 97-109.
- Paterson, B.L., Russell, C., & Thorne, S. (2001). Critical analysis of everyday self-care decision making in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing* 35: 335-41.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing Practice*, 5th edn. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- Roelands, M., Van Oost, P., Stevens, V., Depoorter, A., & Buysse, A. (2004). Clinical practice guidelines to improve shared decision-making about assistive device use in home care: A pilot interventions study. *Patient Education and Counseling* 55: 252-64.

Deterioro de la comunicación verbal (00051)

(1983, 1996, 1998)

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 5: Comunicación

Definición Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

Características definitorias

- Falta de contacto ocular.
- No poder hablar.
- *i* Dificultad para comprender el patrón de comunicación habitual.
- *ü* Dificultad para expresar los pensamientos verbalmente (p. ej., afasia, disfasia, apraxia, dislexia).
- *n* Dificultad para formar frases,
- *a* Dificultad para formar palabras (p. ej., afonía, dislalia, disartria).
- *y* Dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual,
- *s* Dificultad para prestar atención selectiva,
- *g* Dificultad para usar las expresiones corporales.
- Dificultad para usar las expresiones faciales.
- *E* Desorientación en las personas.
- *b.* Desorientación en el espacio.
- Desorientación en el tiempo.
- No hablar.
- Disnea.
- Incapacidad para hablar el idioma del cuidador.
- Incapacidad para usar las expresiones corporales.
- Incapacidad para usar las expresiones faciales.
- *n* Verbalización inapropiada.
- Déficit visual parcial.
- Pronunciación poco clara.
- Mala articulación.
- Tartamudeo.
- Déficit visual total.
- Verbalizar con dificultad.
- Negativa voluntaria a hablar.

Factores relacionados

- *Es* Falta de personas significativas.
- Alteración de las percepciones.
- Alteración del autoconcepto.
- *I* Alteración de la autoestima.
- *s* Alteración del sistema nervioso central.
- Defecto anatómico (p. ej., paladar hendido, alteración del sistema visual neuromuscular, del sistema auditivo, del aparato fonador).
- *a* Tumor cerebral.
- Diferencias culturales.
- Disminución de la circulación cerebral.
- *ra* Diferencias relacionadas con la edad de desarrollo.
- Condiciones emocionales.
- Barreras ambientales.
- Falta de información,
- *a* Barreras físicas (p. ej., traqueotomía, intubación),
- *a* Condiciones fisiológicas,
- *s* Barreras psicológicas (p. ej., psicosis, falta de estímulos).
- Efectos secundarios de la medicación.
- Estrés.
- Debilitamiento del sistema musculoesquelético.

**Disposición para mejorar
la comunicación (00157)**
(2002, NDE 2.1)

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 5: Comunicación

Definición Patrón de intercambio de información e ideas con otros que es suficiente para satisfacer las necesidades y objetivos vitales de la persona y que puede ser reforzado.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| E Capacidad para hablar un idioma. | • Expresa pensamientos. |
| R Capacidad para escribir un idioma. | ví Expresa deseos de mejorar la comunicación |
| E Expresa sentimientos, | ti Forma frases. |
| jr. Expresa satisfacción con la capacidad para compartir ideas con los demás, | • Forma oraciones. |
| s Expresa satisfacción con la capacidad para compartir información con los demás. | • Forma palabras. |
| | fr. Interpreta adecuadamente las claves no verbales. |
| | E Usa adecuadamente las claves no verbales. |

Dominio 6

Autopercepción

Disposición para mejorar el autoconcepto (00167)	181
Desesperanza (00124)	182
Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174)	183
Trastorno de la identidad personal (00121)	184
Impotencia (00125)	185
Riesgo de impotencia (00152)	186
Disposición para mejorar el poder (00187)	187
Riesgo de soledad (00054)	189
Baja autoestima crónica (00119)	190
Baja autoestima situacional (00120)	192
Riesgo de baja autoestima situacional (00153)	193
Trastorno de la imagen corporal (00118)	194

Véase también Disposición para mejorar la esperanza (Dominio 10, pág. 287).

Disposición para mejorar el autoconcepto (00167)^a

(2002, NDE 2.1)

Disposición para mejorar el (00167)^a

Wm|||||m

Dominio 6: Autopercepción

Clase 1: Autoconcepto

Definición Patrón de percepciones o ideas sobre uno mismo que es suficiente para el bienestar y puede ser reforzado.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| Acepta sus limitaciones. | N Expresa satisfacción por el desempeño del rol. |
| • Acepta sus fortalezas. | |
| • Las acciones son congruentes con la expresión verbal. | <i>r.</i> Expresa satisfacción por su sentido de valía personal, |
| U_i Manifiesta confianza en sus habilidades. | N Expresa satisfacción por los pensamientos sobre sí mismo. |
| Expresa satisfacción por su imagen corporal. | <i>f</i> Expresa deseos de reforzar el autoconcepto. |
| Expresa satisfacción por su identidad personal. | |

Desesperanza (00124)

(1986)

Dominio 6: Autopercepción *Clase 1: Autoconcepto*

Definición Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.

Características definitorias

- | | |
|--|--|
| I- Cerrar los ojos. | n Pasividad. |
| • Disminución de las emociones. | [• Encogerse de hombros en respuesta a la persona que le habla. |
| m Disminución del apetito. | ¡2 Trastorno del patrón de sueño. |
| gI Disminución de la respuesta a los estímulos. | •: Volverse hacia el lado contrario de la persona que habla. |
| DI Disminución de la verbalización. | lJ Claves verbales (p. ej., contenido pesimista, «No puedo», suspiros). |
| A Falta de iniciativa. | |
| Falta de implicación en los cuidados. | |

Factores relacionados

- | | |
|---|--|
| i; Abandono. | r- Estrés de larga duración. |
| • Deterioro del estado fisiológico. | rj Prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento. |
| f Pérdida de la fe en un poder espiritual. | |
| e Pérdida de la fe en los valores trascendentales. | |

Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174)

(2006, NDE 2,1)

Dominio 6: Autopercepción

Clase 1: Autoconcepto

Definición Riesgo de percepción de pérdida del respeto y el honor,

Factores de riesgo

- | | |
|--|--|
| <i>m</i> Incongruencia cultural. | <i>u</i> Percepción de humillación, |
| <i>E</i> Revelación de información confidencial, | <i>p</i> Percepción de intrusión por parte de los profesionales, |
| <i>N</i> Exposición corporal. | <i>:Í</i> Percepción de invasión de la intimidad. |
| <i>!3</i> Participación inadecuada en la toma de decisiones, | Etiqueta estigmatizadora. |
| <i>a</i> Pérdida de control de las funciones corporales, | <i>¡:</i> Uso de términos médicos indefinidos. |
| <i>n</i> Percepción de tratamiento deshumanizador, | |

Trastorno de la identidad personal (00121)

(1978, 2008, NDE 2.1)

Dominio 6: Autopercepción

Clase 1: Autoconcepto

Definición Incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo,

Características definitorias

v. Rasgos personales contradictorios.

KÍ Descripción alucinatoria del yo.

• Trastorno de la imagen corporal,

a Trastorno de las relaciones.

• Sentimientos de vacío.

• Sentimientos de extrañeza.

• Sentimientos fluctuantes sobre el yo.

ES Confusión de género,

g Afrontamiento ineficaz.

Desempeño ineficaz del rol.

Incapacidad para distinguir entre los estímulos internos y externos.

Incertidumbre sobre los objetivos.

Incertidumbre sobre los valores culturales (p. ej., creencias, religión y cuestiones morales).

Incertidumbre sobre los valores ideológicos (p. ej., creencias, religión y cuestiones morales).

Factores relacionados

Adoctrinamiento de culto.

Discontinuidad cultural.

Discriminación o prejuicio.

Procesos familiares disfuncionales.

Ingestión de productos químicos tóxicos.

Inhalación de productos químicos tóxicos.

Baja autoestima.

Estados maníacos.

• Trastorno de personalidad múltiple.

• Síndromes orgánicos cerebrales.

• Trastornos psiquiátricos (p. ej., psicosis, depresión, trastorno disociativo).

• Crisis situacionales.

• Cambios en el rol social.

• Etapas de crecimiento.

• Etapas de desarrollo.

E Uso de fármacos psicoactivos.

Impotencia (00125)

(1982)

Dominio 6: Autopercepción

Clase 1: Autoconcepto

Definición Percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato.

Características definitorias

Baja

A Expresiones de incertidumbre sobre los niveles fluctuantes de energía.

m Pasividad.

Moderada

A Cólera.

ü Dependencia de otros que puede ocasionar irritabilidad.

m Falta de defensa de las prácticas de autocuidado cuando son cuestionadas.

m No controla el progreso,

a Expresiones de insatisfacción por la incapacidad para realizar las actividades previas.

m Expresiones de insatisfacción por la incapacidad para realizar las tareas previas,

s Expresiones de duda sobre el desempeño del rol.

a Expresiones de frustración por la incapacidad para realizar las actividades previas.

B Expresiones de frustración por la incapacidad para realizar las tareas previas.

E Temor a la alienación por parte de los cuidadores.

Li Culpa.

IP! Incapacidad para buscar información respecto a sus cuidados.

- Falta de participación en los cuidados cuando se presenta la oportunidad de hacerlo.

ii Falta de participación en la toma de decisiones cuando se presenta la oportunidad de hacerlo.

- Pasividad.

S Resistencia a manifestar los verdaderos sentimientos.

a Resentimiento.

Grave

a Apatía.

i" Depresión a causa del deterioro físico.

- Expresiones verbales de carecer de control (p. ej., sobre su autocuidado, sobre la situación, sobre el resultado).

Factores relacionados

a Entorno de cuidados de la salud.

- Tratamiento relacionado con una enfermedad.

a Interacción interpersonal.

- Estilo de vida desvalido.

Riesgo de impotencia (00152)

Dominio 6: Autopercepción *Clase 1: Autoconcepto*

Definición Riesgo de percibir falta de control sobre la situación y/o sobre la propia capacidad para influir en el resultado de forma significativa.

Factores de riesgo

Fisiológicos

- s: Lesión aguda.
- Envejecimiento.
- Agonía.
- Enfermedad.
- m Proceso patológico progresivo y debilitante (p. ej., lesión medular, esclerosis múltiple).

Psicosociales

- 3 Falta de integralidad (p. ej., esencia del poder).

- R: Baja autoestima crónica.
- ® Conocimientos deficientes (p. ej., de la enfermedad o del sistema de cuidados de salud).
- Trastorno de la imagen corporal,
- s Patrones de afrontamiento inadecuados.
- ..J Estilo de vida dependiente,
- n Baja autoestima situacional.

Disposición para mejorar el poder (00187)

(2006, NDE 2.1)

Dominio 6: Autopercepción

Clase 1: Autoconcepto

Definición Patrón de participación informada (basada en el conocimiento) en el cambio que es suficiente para alcanzar el bienestar y que puede ser reforzado.

Características definitorias

- | | | | |
|---|---|---|--|
| s | Expresa disposición para mejorar la toma de conciencia de posibles cambios a realizar, | m | Expresa disposición para mejorar los conocimientos para la participación en el cambio. |
| n | Expresa disposición para mejorar la libertad de realizar acciones para el cambio. | 3 | Expresa disposición para mejorar la participación en elecciones para la vida diaria, |
| 3 | Expresa disposición para mejorar la identificación de elecciones que puede realizar para el cambio. | g | Expresa disposición para mejorar la participación en elecciones para la salud. |
| E | Expresa disposición para mejorar la implicación para crear el cambio. | E | Expresa disposición para mejorar su poder. |

Riesgo de soledad (,00054) (1994, 2006, LOE 2.1)

Riesgo de (,00054)
(1994, 2006, LOE 2.1)

Dominio 6: Autopercepción

Clase 1: Autoconcepto

Definición Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás.

Factores de riesgo

- | | |
|---|------------------------------|
| Deprivación afectiva. | J Aislamiento físico, |
| TA Privación de catexis. (Apego o adhesión consciente o inconsciente de sentimientos emocionales y significación a una idea, un objeto o más frecuentemente, una persona). | • Aislamiento social, |

Baja autoestima crónica (00119)

(1988, 1996, 2008, NDE 2.1)

Dominio 6: Auto percepción

Clase 2: Autoestima

Definición Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades,

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><i>m</i> Depende de las opiniones de los demás.• Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos.3 Exagera la retroalimentación negativa sobre sí mismo,<i>iri</i> Búsqueda excesiva de reafirmación.ES Expresiones de culpa.• Expresiones de vergüenza,<i>a</i> Frecuente falta de éxito en los acontecimientos vitales. | <ul style="list-style-type: none">Indecisión para probar situaciones nuevas.Indecisión para probar cosas nuevas.Conducta indecisa.Falta de contacto ocular.Conducta no asertiva.Conformista.Pasivo.Rechaza la retroalimentación positiva sobre sí mismo. |
|--|---|

Factores relacionados

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><i>m</i> Adaptación ineficaz a una pérdida.ES Falta de afecto.• Falta de aprobación.• Falta de pertenencia a un grupo.<i>m</i> Percepción de discrepancia entre el yo y las normas culturales,<i>a</i> Percepción de discrepancia entre el yo y las normas espirituales.R Percepción de falta de pertenencia, | <ul style="list-style-type: none"><i>r</i>, Percepción de falta de respeto por parte de otros,<i>s</i> Trastorno psiquiátrico.• Fracazos repetidos.• Repetidos refuerzos negativos.• Acontecimiento traumático.E Situación traumática. |
|---|--|

Baja autoestima situacional (00120)

(1988, 1996, 2000)

(1988, 1986, 2000)

Dominio 6: Autopercepción

Clase 2: Autoestima

Definición Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar).

Características definitorias

- | | |
|---|---|
| <p>n Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos.</p> <p>" Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar las situaciones.</p> <ul style="list-style-type: none">• Expresiones de impotencia.• Expresiones de inutilidad, | <ul style="list-style-type: none">• Conducta indecisa.• Conducta no asertiva.• Verbalizaciones de negación de sí mismo.• Informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal. |
|---|---|

Factores relacionados

- | | |
|--|--|
| <p>Conducta inconsistente con los valores.</p> <p>Cambios del desarrollo.</p> <p>Alteración de la imagen corporal</p> <p>Fracasos,</p> | <ul style="list-style-type: none">• Deterioro funcional.• Falta de reconocimiento.• Rechazos.• Cambio en el rol social. |
|--|--|

Riesgo de baja autoestima situacional (00153)

(2000)

Riesgo de baja situacional (00153)

[2000]

Dominio 6: Autopercepción

Clase 2: Autoestima

Definición Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia
valía en respuesta a una situación actual (especificar).

Factores de riesgo

- | | |
|---|--|
| ts Conducta inconsistente con los valores. | a Antecedentes de impotencia aprendida. |
| a Reducción del control sobre el entorno. | m Antecedentes de negligencia. |
| 3 Cambios del desarrollo. | • Falta de reconocimiento. |
| • Trastorno de la imagen corporal. | • Pérdida. |
| N Fracasos. | • Enfermedad física. |
| • Deterioro funcional. | • Rechazos. |
| • Antecedentes de abandono. | • Cambios en el rol social. |
| H Antecedentes de abusos. | E Expectativas irreales sobre sí mismo. |

Trastorno de la imagen corporal (00118)

Trastorno de (a) (corporal toous)

Dominio 6: Autopercepción

Clase 3: Imagen corporal

Definición Confusión en la imagen mental del yo físico.

Características definitorias

- & Conductas de reconocimiento del propio cuerpo.
- m Conductas de evitación del propio cuerpo.
- n Conductas de control del propio cuerpo.
- s Respuesta no verbal a cambios corporales reales (p. ej., aspecto, estructura, función).
- RA** Respuesta no verbal a cambios corporales percibidos (p. ej., aspecto, estructura, función).
- Verbalización de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo (p. ej., aspecto, estructura, función).
- b Verbalización de percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia corporal.
- j Sobreexposición intencionada de una parte del cuerpo.
- BS** Falta de una parte del cuerpo.
- No mirar una parte del cuerpo.
- No tocar una parte del cuerpo.
- Traumatismo de la parte que no funciona.
- R Ocultamiento no intencionado de una parte corporal.
- a Sobreexposición no intencionada de una parte corporal.

Subjetivas

- ts Despersonalización de la pérdida mediante pronombres impersonales.
- E3** Despersonalización de la parte mediante pronombres impersonales.
- 3** Énfasis en las capacidades restantes,
- ss Temor a la reacción de los otros,
- a Centrar la atención en el aspecto anterior.
- fj Centrar la atención en las funciones anteriores,
- ;n Centrar la atención en las fortalezas anteriores.
- b Exagerar los logros.
- h Sentimientos negativos sobre el cuerpo (p. ej., sentimientos de desamparo, desesperanza, impotencia).
- Personalización de la pérdida dándole un nombre.
- Personalización de la parte dándole un nombre.

Objetivas

- pt Cambio real en el funcionamiento.
- b Cambio real en la estructura.
- s Conductas de reconocimiento del propio cuerpo,
- s Conductas de control del propio cuerpo.
- s Cambio en la capacidad para estimar la relación espacial del cuerpo en el entorno.
- 3** Cambio en la implicación social,
- a Ampliación de los límites del cuerpo para incorporar objetos del entorno.
- Ocultamiento intencionado de una parte del cuerpo.

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| P Preocupación por el cambio. | a Verbalización de cambio en el |
| • Preocupación por la pérdida. | estilo de vida. |
| • Rechazo a verificar un cambio | 1 |

Factores relacionados

- | | |
|---------------------------------|------------------|
| • Biofísicos. | ra Lesión. |
| • Cognitivos. | • Perceptuales. |
| • Culturales. | • Psicosociales. |
| • Cambios de desarrollo, | • Espirituales. |
| b Enfermedad. | • Cirugía. |
| « Tratamiento de la enfermedad. | • Traumatismo. |

Dominio 7

Rol/relaciones

Cansancio del rol de cuidador (00061)	199
Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)	202
Deterioro parental (00056)	204
Disposición para mejorar el rol parental (00164)	206
Riesgo de deterioro parental (00057)	207
Procesos familiares disfuncionales (00063)	209
Disposición para mejorar los procesos familiares (00159)	212
Interrupción de los procesos familiares (00060)	213
Riesgo de deterioro de la vinculación (00058)	214
Conflicto del rol parental (00064)	215
Desempeño inefectivo del rol (00055)	216
Deterioro de la interacción social (00052)	218
Lactancia materna eficaz (00106)	219
Lactancia materna ineficaz (00104)	220
Interrupción de la lactancia materna (00105)	221
Disposición para mejorar las relaciones (00207)	222

Cansancio del rol de cuidador (00061)

Dominio 7: Rol/relaciones
Clase 1: Roles de cuidador

Definición Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia,

Características definitorias

Actividades del cuidador

- a Inquietud por los cuidados que recibirá la persona si el cuidador es incapaz de proporcionárselos,
- h Inquietud por la salud futura del receptor de los cuidados.
- ja Inquietud por la habilidad futura del cuidador para proporcionar cuidados.
- 3 Inquietud por la posible institucionalización del receptor de los cuidados.
- h Dificultad para completar las tareas requeridas,
- ja Dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas.
- Cambio disfuncional en las actividades del cuidador.
- Preocupación por los cuidados habituales.

Estado de salud del cuidador

Física

- a Enfermedad cardiovascular,
- ta Diabetes.
- Fatiga.
- Trastornos gastrointestinales.
- Cefaleas.
- m Hipertensión.
- a Erupciones.
- s Cambios ponderales.

Emocional

- Ne Cólera.
- Trastornos del sueño.

- E Sentimientos de depresión.
- Frustración.
- m Atontamiento individual deteriorado.
- Impaciencia.
- Labilidad emocional creciente.
- Nerviosismo creciente.
- E Falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales.
- m Somatización.
- ij Estrés.

Socioeconómica

- Cambios en las actividades de tiempo libre.
- e Baja productividad laboral.
- h Rechazo de promociones profesionales.
- s No participación en la vida social.

Relaciones cuidador-receptor de los cuidados

- u Dificultad para ver cómo afecta la enfermedad al receptor de los cuidados.
- m Duelo sobre el cambio de relaciones con el receptor de los cuidados.
- a Incertidumbre sobre el cambio de relaciones con el receptor de los cuidados.

Procesos familiares

- a Preocupación por los miembros de la familia.
- s Conflicto familiar.

Factores relacionados

Estado de salud del receptor de los cuidados

- Adicción.
- Codependencia.
- Problemas cognitivos.
- Dependencia.
- Cronicidad de la enfermedad.
- Gravedad de la enfermedad.
- Crecientes necesidades de cuidados.
- Salud inestable del receptor de los cuidados.
- Conductas problemáticas.
- Problemas psicológicos.
- ~ Imposibilidad para predecir el curso de la enfermedad.

Estado de salud del cuidador

- Adicción.
- Codependencia.
- Problemas cognitivos.
- Incapacidad para satisfacer las expectativas propias.
- Incapacidad para satisfacer las expectativas ajenas.
- n Patrones de afrontamiento marginales.
- Problemas físicos.
- Problemas psicológicos.
- Expectativas irreales sobre sí mismo.

Relaciones cuidador-receptor de los cuidados

- u Antecedentes de malas relaciones,
- i El estado mental del anciano inhibe la conversación.
- Presencia de abusos.
- Presencia de violencia.
- B El receptor de los cuidados tiene expectativas poco realistas sobre el cuidador.

Actividades del cuidador

- N Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas,
- N Cantidad de actividades.
- E Complejidad de las actividades.
- Alta domiciliaria de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados.
- j Cambio continuo de actividades.
- Imposibilidad para predecir la situación de cuidados.
- tí Brindar los cuidados durante años.

Procesos familiares

- Antecedentes de disfunción familiar.
- Antecedentes de afrontamiento familiar marginal.

Recursos

- u El cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel.
- y Falta de conocimientos sobre los recursos comunitarios.
- a Dificultad para acceder a los recursos comunitarios.
- a Fortaleza emocional.
- Asistencia formal.
- m Soporte formal.
- s Recursos comunitarios inadecuados (p. ej., períodos de respiro, recursos recreativos).
- Equipo inadecuado para proporcionar cuidados.
- s Ayuda informal inadecuada.
- Soporte informal inadecuado.
- s Entorno físico inadecuado para proporcionar cuidados (p. ej., acondicionamiento del domicilio, temperatura, seguridad).
- Medios de transporte inadecuados.

Inexperiencia en la provisión de cuidados.
Recursos económicos insuficientes.
Falta de tiempo.
Falta de intimidad del cuidador.
Falta de soporte.
Energía física.

Socioeconómicos

- 2! Alienación de los demás.
- Conflicto en el desempeño de roles.
- i¿ Insuficiencia de actividades recreativas.
- & Aislamiento de otros.

Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)

(1992)

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 1: Roles de cuidador

Definición El cuidador es vulnerable por percibir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar.

Factores de riesgo

- a Adicción.
- Cantidad de tareas de cuidados.
- El receptor de los cuidados muestra un comportamiento atípico.
- iS El receptor de los cuidados muestra un comportamiento desviado.
- ñ Conflicto del cuidador en el desempeño de roles.
- Deterioro de la salud del cuidador.
- El cuidador es una mujer.
- El cuidador es el cónyuge.
- Aislamiento del cuidador.
- s El cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel.
- A Codependencia.
- u Problemas cognitivos del receptor de los cuidados.
- 's; Complejidad de las tareas de cuidados.
- E Defecto congénito.
- B Retraso en el desarrollo de la persona que recibe los cuidados,
- y Retraso en el desarrollo del cuidador,
- c- Alta de un miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados en el domicilio,
- a Duración del requerimiento de cuidados,
- RA Disfunción familiar previa al inicio de la situación en que se requieren cuidados.
- m Aislamiento de la familia.
- & Enfermedad grave del receptor de los cuidados.
- SÍ Entorno físico inadecuado para prestar los cuidados (p. ej., acondicionamiento doméstico, transportes, servicios comunitarios, equipo).
- A Falta de experiencia para cuidar,
- A Inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados.
- Falta de recreo del cuidador.
- Falta de respiro para el cuidador,
- a Patrones de afrontamiento marginales del cuidador.
- Adaptación familiar marginal.
- Antecedentes de malas relaciones entre el cuidador y la persona cuidada.
- Nacimiento prematuro.
- Presencia de abusos,
- m Presencia de agentes situacionales estresantes que normalmente afectan a las familias (p. ej., una pérdida significativa, desastres o crisis, vulnerabilidad económica, acontecimientos vitales importantes).
- e; Presencia de violencia.
- Problemas psicológicos del cuidador.
- E Problemas psicológicos del receptor de los cuidados.

:i Retraso mental de la persona que
recibe los cuidados.
Retraso mental del cuidador.

~ Curso impredecible de la
enfermedad.

Deterioro parental (00056)

(1978, 1998)

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 1: Roles de cuidador

Definición Incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.

Características definitorias

Lactante o niño

- se Trastornos de la conducta.
- Falta de desarrollo adecuado.
- m** Accidentes frecuentes.
- Enfermedades frecuentes.
- Incidencia de abusos.
- a** Incidencia de traumas (p. ej., físicos o psicológicos),
- a** Falta de vinculación.
- ñ** Falta de ansiedad por la separación.
- § Bajo rendimiento escolar.
- Desarrollo cognitivo inadecuado.
- Mala competencia social.
- Huida.

Parentales

- m** Abandono.
- m** Abuso del niño.
- Cuidado negligente del niño.
- e** Alta incidencia de castigos.
- Hostilidad hacia el niño,
- tí** Vinculación inadecuada,
- b** Mantenimiento inapropiado de la salud del niño.

- Habilidades para el cuidado inadecuadas,
- o** Estimulación inadecuada (p. ej., visuales, táctiles, auditivas),
- N** Disposiciones inadecuadas para el cuidado del niño,
- &** Manejo incoherente de la conducta,
- ñ** Cuidados incoherentes.
- Falta de flexibilidad al satisfacer las necesidades del niño.
- Pocas demostraciones afectivas.
- Déficit de interacción madre-niño.
- Expresiones negativas sobre el niño.
- Déficit de interacción padres-niño
- Mala interacción padres-niño.
- Rechazo hacia el niño.
- &** Afirmaciones de incapacidad para satisfacer las necesidades del niño.
- E** Entorno doméstico inseguro,
- ES** Verbalización de incapacidad para controlar al niño,
- m** Verbalización de frustración.
- si** Verbalización de inadecuación del rol.

Factores relacionados

Lactante o niño

- s** Alteración de las habilidades perceptuales.
- Déficit de atención por hiperactividad.

- &** Retraso en el desarrollo.
- m** Temperamento difícil.
- Situación de minusvalía.
- Enfermedad.
- Nacimiento múltiple.

- s Sexo distinto al deseado.
- Nacimiento prematuro.
- Separación de los padres.
- m Conflictos entre el temperamento del niño y las expectativas de los padres.

Conocimientos

- % Falta de conocimientos sobre el desarrollo del niño,
- a Falta de conocimientos sobre el mantenimiento de la salud del niño.
- a Falta de conocimientos sobre habilidades parentales.
- i.] Incapacidad para responder a las claves del niño.
- m Falta de conocimientos sobre habilidades parentales.
- a Falta de formación.
- Limitación de la función cognitiva.
- Falta de habilidades de comunicación.
- Preferencia por los castigos físicos.
- N Expectativas poco realistas.

Fisiológicos

- 3 Enfermedad física.

Psicológicos

- b Embarazos muy seguidos.
- Depresión.
- Dificultad en el proceso del nacimiento
- Discapacidad.
- Múltiples embarazos.
- Antecedentes de trastorno mental,
- a Antecedentes de abuso de sustancias.
- Falta de cuidados prenatales.
- Deprivación del sueño.
- Alteración del sueño.
- Juventud de los padres.

Sociales

- Cambio en la unidad familiar.
- Baja autoestima crónica.
- No implicación del padre del niño.
- Dificultades económicas.
- Antecedentes de haber sufrido maltratos.
- Antecedentes de haber cometido malos tratos.
- Incapacidad para priorizar las necesidades del niño por delante de las propias.
- Disposiciones inadecuadas para el cuidado del niño.
- Problemas laborales.
- E Falta de cohesión familiar.
- Falta de modelo de rol parental.
- Falta de recursos.
- Falta de redes de apoyo social.
- Falta de transporte.
- b Desvalorización de la maternidad o paternidad,
- III Dificultades legales.
- Clase socioeconómica baja.
- I Estrategias de afrontamiento desadaptadas.
- Conflicto marital.
- No implicación de la madre del niño.
- Familia monoparental.
- Aislamiento social.
- Entorno doméstico pobre.
- Modelo de rol parental precario.
- N Habilidades de solución de problemas precarias.
- Pobreza.
- Presencia de estrés (p. ej., económico, legal, crisis reciente, cambio cultural).
- Traslados.
- Tensión en el desempeño del rol.
- Baja autoestima de situación.
- Desempleo.
- Embarazo no planificado.
- Embarazo no deseado.

Disposición para mejorar el rol

parental (00164)

(2002, NDE 2.1)

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 1: Roles de cuidador

Definición Patrón de provisión de un entorno para los niños u otras personas dependientes que es suficiente para favorecer el crecimiento y desarrollo y que puede ser reforzado.

Características definitorias

- El niño manifiesta satisfacción con el entorno doméstico.
- ü Apoyo emocional al niño.
- :: Apoyo emocional a otra persona o personas dependientes.
- : Evidencia de vinculación,
- N Muestra expectativas realistas en relación al niño.
- Muestra expectativas realistas en relación a otra persona o personas dependientes.
- Expresa deseos de reforzar la maternidad/ paternidad.

Las necesidades del niño están satisfechas (p. ej., físicas y emocionales).

Las necesidades de otra persona o personas dependientes están satisfechas (p. ej., físicas y emocionales).

La otra persona o personas dependientes manifiestan satisfacción con el entorno doméstico.

Riesgo de deterioro parental (00057)

(1978, 1998)

Riesgo, de deterioro

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 1: Roles de cuidador

Definición El cuidador principal corre el riesgo de no poder crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el crecimiento y desarrollo óptimos del niño.

Factores de riesgo

Lactante o niño

- ^ Alteración de las capacidades perceptuales.
Trastorno de déficit de atención por hiperactividad.
- Retraso del desarrollo.
- Temperamento difícil.
- Situación de minusvalía.
- Enfermedad.
- Múltiples nacimientos.
- a Sexo distinto al deseado.
- Nacimiento prematuro,
- Prolongada separación de los padres.
- " Conflictos entre el temperamento del niño y las expectativas de los padres.

Conocimientos

- m Falta de conocimiento sobre el desarrollo del niño.
- n Falta de conocimientos sobre el mantenimiento de la salud del niño.
- Falta de conocimientos sobre las habilidades parentales.
- L" Incapacidad para responder a las claves del niño,
- u Falta de disponibilidad cognitiva para la maternidad o paternidad.
- l! Funcionamiento cognitivo precario.
- Bajo nivel educacional.

- Habilidades de comunicación pobres.
- L Preferencia por los castigos físicos,
- i" Expectativas poco realistas sobre el niño.

Fisiológicos

Enfermedad física.

Psicológicos

- m Embarazos muy seguidos.
- Depresión.
- Proceso de nacimiento difícil.
- Discapacidad.
- Gran número de embarazos.
- Antecedentes de trastorno mental.
- Antecedentes de abuso de sustancias.
- Deprivación del sueño.
- Alteración del sueño.
- Juventud de los padres,

Sociales

- m. Cambio en la unidad familiar.
- a Baja autoestima crónica.
- .! Falta de implicación del padre del niño.
- z Dificultades económicas,
- s: Antecedentes de haber sufrido malos tratos.
- Lj Antecedentes de haber cometido malos tratos.

s Disposiciones inadecuadas para el cuidado del niño.

m Problemas laborales.

- Falta de acceso a los recursos.
- Falta de cohesión familiar.
- Falta del modelo del rol parental.
- Falta de cuidados prenatales.
- Falta de recursos.
- Falta de redes de apoyo social.
- Falta de transporte.
- Desvalorización de la paternidad o maternidad.

e Cuidados prenatales tardíos.

- Dificultades legales.
- Clase socioeconómica baja.

E Estrategias de afrontamiento desadaptadas,

ra Conflicto marital.

- Falta de implicación de la madre del niño.

E_j Separación de los padres y el niño.

- Entorno doméstico pobre.
- Modelo del rol parental precario,

a Habilidades de solución de problemas precarias.

- Pobreza.
- Tensión en el desempeño del rol.
- Familia monoparental.
- Baja autoestima situacional.
- Aislamiento social.
- Estrés.
- Traslado.
- Desempleo.

m Embarazo no planeado,

N Embarazo no deseado.

Procesos familiares disfuncionales¹ (00063) (1994)

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 2: Relaciones familiares

Definición Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas, y a una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas.

Características definitorias

Conductas

- s Abuso del alcohol.
- s Agitación.
- ES Culpabilización.
- No mantenimiento de las promesas.
- m Caos.
- H Comunicación contradictoria,
- a Control de la comunicación,
- a Crítica.
- ® Conocimientos deficientes sobre el alcoholismo,
- FP Negación de los problemas.
- Dependencia.
- Dificultad para divertirse.
- Dificultad para establecer relaciones íntimas.
- Dificultad en las transiciones del ciclo vital.
- a Disminución del contacto físico,
- a Alteraciones en el rendimiento académico de los niños.
- s Alteraciones de la concentración.
- Permitir el mantenimiento del patrón de consumo de alcohol.
- m Conflictos crecientes.
- m Fallo en el desempeño de las tareas del desarrollo.
- js Las ocasiones familiares especiales están centradas en el alcohol.
- b Autojuicio severo,
- a Inmadurez.
- a Deterioro de la comunicación,
- a Incapacidad para aceptar ayuda.
- m Incapacidad para aceptar una amplia gama de sentimientos.
- Incapacidad para adaptarse al cambio.
- TA Incapacidad para afrontar de forma constructiva las experiencias traumáticas,
- ja Incapacidad para expresar una amplia gama de sentimientos,
- A Incapacidad para satisfacer las necesidades emocionales de sus miembros.
- s Incapacidad para satisfacer las necesidades de seguridad de sus miembros.
- E Incapacidad para satisfacer las necesidades espirituales de sus miembros.
- m Incapacidad para recibir ayuda adecuadamente,
- a Incapacidad para comprender el alcoholismo.

1. Anteriormente este diagnóstico llevaba la etiqueta de *Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo*.

- i". Manifestación inadecuada de la cólera.
- ~ Habilidades ineficaces para la solución de problemas,
- r Aislamiento,
- r Falta de afrontamiento de los conflictos.
- í: Falta de Habilidad.
 - Mentiras.
 - Manipulación.
 - Adicción a la nicotina.
 - Orientación hacia el alivio de la tensión más que al logro de los objetivos.
 - Comunicación paradójica.
 - Luchas de poder.
 - Racionalización.
 - Rechazo a recibir ayuda.
 - Búsqueda de afirmación.
 - Búsqueda de aprobación.
 - Autoculpabilización.
 - Enfermedades físicas relacionadas con el estrés.
- ⌘; Abuso de sustancias distintas al alcohol.
- " Duelo no resuelto.
- Abusos verbales de los niños.
- m Abusos verbales de los progenitores.
- Abusos verbales del cónyuge.

Sentimientos

- Abandono.
- Cólera.
- Ansiedad.
- Ser distinto de los demás.
- No ser querido,
- Confunde el amor con la piedad.
- Confusión.
- Disminución de la autoestima.
- Depresión.
- Insatisfacción.
- Sufrimiento.
- Azoramiento.
- ' Control emocional por los demás.

- o Aislamiento emocional,
- n Fracaso,
- n Temor.
 - Frustración.
 - Culpa.
 - Desesperanza.
 - Hostilidad,
 - Daño.
- a Inseguridad.
 - Falta de identidad.
 - Resentimiento prolongado.
 - Soledad.
 - Pérdida.
 - Desconfianza.
 - Incomprensión,
 - Malhumor.
 - Impotencia.
 - Rechazo.
 - Emociones reprimidas.
- : Responsabilidad por la conducta alcohólica.
- :: Rabia reprimida.
 - Vergüenza.
 - Tensión.
 - Infelicidad.
 - Vulnerabilidad.
 - Inutilidad.

Roles y relaciones

- Alteración en la función del rol.
- Problemas familiares crónicos.
- Sistemas de comunicación cerrados.
- Deterioro de las relaciones familiares.
- Alteración de los rituales familiares.
- Alteración de los roles familiares.
- Trastorno de la dinámica familiar.
- Problemas económicos.
- Negación familiar.
- La familia no muestra respeto por la autonomía de sus miembros.
- La familia no muestra respeto por la individualidad de sus miembros.

- I; Desempeño parental inconsistente.
Comunicación inefectiva con el cónyuge.
- ✦ Disfunción de la intimidad,
 - Falta de cohesión.
 - Falta de las habilidades necesarias para las relaciones.
 - Percepción de poco soporte parental.

Factores relacionados

- Abuso de alcohol.
- Personalidad adictiva.
- Influencias bioquímicas.
- Antecedentes familiares de alcoholismo.
- M** Antecedentes familiares de resistencia al tratamiento.

Problemas matrimoniales.
Negligencia en las obligaciones.
Patrón de rechazo.
Reducción de la capacidad de los miembros de la familia de relacionarse entre sí para el mutuo crecimiento y maduración.
Relaciones familiares triangulares.

Predisposición genética.
Habilidades de afrontamiento inadecuadas.
Falta de habilidades para la solución de problemas.

Disposición para mejorar los procesos familiares (00159)

(2002, NDE 2.1)

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 2: Relaciones familiares

Definición Patrón de funcionamiento familiar que es suficiente para apoyar el bienestar de los miembros de la familia y que puede ser reforzado.

Características definitorias

- 5 Las actividades apoyan el crecimiento de los miembros de la familia.
- s Las actividades apoyan la seguridad de los miembros de la familia.
- m Hay un equilibrio entre la autonomía y la cohesión.
- 9 Se mantienen los límites de los miembros de la familia.
- ~A La comunicación es adecuada,
- s El nivel de energía de la familia da soporte a las actividades de la vida diaria.
- E Manifestación de deseos de mejorar la dinámica familiar.
- s La familia se adapta a los cambios.
- ffl El funcionamiento familiar satisface las necesidades de los miembros de la familia.
- s La capacidad de recuperación de la familia es evidente.
- A Los roles familiares son apropiados para las etapas de desarrollo.
- Los roles familiares son flexibles para las etapas de desarrollo,
- ri Se desempeñan las tareas familiares.
- Hay interdependencia con la comunidad,
- n Generalmente las relaciones son positivas,
- n Es evidente el respeto por los miembros de la familia.

Interrupción de los procesos familiares (00060)

(1982, 1998)

Interrupción de los familiares (00060)

(1982, 1998)

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 2: Relaciones familiares

Definición: Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ti Cambios en las tareas asignadas. s Cambios en la disponibilidad para las respuestas afectivas, i- Cambios en la disponibilidad para el apoyo emocional, r Cambios en los patrones de comunicación. : Cambios en la eficacia en la realización de las tareas asignadas. ~ Cambios en las expresiones de conflicto con los recursos comunitarios. • Cambios en las expresiones de aislamiento de los recursos comunitarios. | <ul style="list-style-type: none"> Cambios en la expresión de conflictos dentro de la familia. Cambios en la intimidad. • Cambios en el soporte mutuo. • Cambios en los patrones. • Cambios en la participación en la solución de problemas. • Cambios en la participación en la toma de decisiones. • Cambios en las alianzas de poder. • Cambios en los rituales. m Cambios en la satisfacción con la familia. ∴ Cambios en las quejas somáticas, u Cambios en las conductas de reducción del estrés. |
|--|---|

Factores relacionados

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Crisis de desarrollo. • Transición en el desarrollo. • Cambio de los roles familiares. • Interacción con la comunidad. m Modificación de las finanzas familiares, • Modificación en el estado social de la familia. | <ul style="list-style-type: none"> u Cambio de poder de los miembros de la familia, i; Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia. L: Situaciones de transición. † Crisis situacional. |
|---|--|

Riesgo de deterioro de la vinculación² (00058) (1994)

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 2: Relaciones familiares

Definición Alteración del proceso interactivo entre los padres o persona significativa y el lactante/niño que fomenta el desarrollo de una relación recíproca protectora y formativa.

Factores de riesgo

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">:: Ansiedad asociada al rol parental.:: Lactante o niño enfermo incapaz de iniciar efectivamente el contacto parental debido a una alteración en la organización de la conducta.• Incapacidad de los padres para satisfacer sus necesidades personales.• Falta de intimidad. | <ul style="list-style-type: none">Conflicto parental debido a alteración en la organización de la conducta.Barreras físicas.Niño prematuro incapaz de iniciar efectivamente el contacto parental debido a una alteración en la organización de la conducta.Separación.Abuso de sustancias. |
|---|--|

Conflicto del rol parental (00064)

(1988)

del rol parenta l (00064)

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 3: Desempeño del rol

Definición Uno de los progenitores experimenta confusión y conflicto del rol en respuesta a una crisis.

Características definitorias

- : Ansiedad.
- ~ Alteración demostrada en la provisión de cuidados habituales.
- Expresiones de preocupación por la percepción de pérdida de control sobre las decisiones relativas al hijo.
- Temor.
- Uno o ambos progenitores expresan preocupación por los cambios en el rol parental.
- Uno o ambos progenitores expresan preocupación sobre la familia (p. ej., funcionamiento, comunicación, salud).
- Uno o ambos progenitores expresan sentimientos de inadecuación para satisfacer las necesidades del niño (p. ej., físicas, emocionales).
- 9** Resistencia a participar en las actividades de cuidados habituales,
- i Verbalización de sentimientos de frustración.
- ∴ Verbalización de sentimientos de culpa.

Factores relacionados

- ; Cambio del estado marital.
- ∴ Cuidados domiciliarios de un niño con necesidades especiales.
- n Interrupción de la vida familiar debido al régimen de cuidados domiciliarios (p. ej., tratamientos, cuidadores, falta de respiro).
- Intimidación con modalidades invasivas (p. ej., intubación).
- Intimidación con modalidades restrictivas (p. ej., aislamiento).
- Separación del niño por enfermedad crónica.
- Centro de cuidados especializados.

Desempeño ineficaz del rol (00055)

Dominio 7: Rol/relaciones Clase 3: Desempeño del rol

Definición Patrones de conducta y expresión propia que no concuerdan con las normas, expectativas y contexto en el que se encuentra.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> f? Alteración en las percepciones del rol. üi Ansiedad. • Cambio en la capacidad para reanudar el desempeño del rol. :! Cambio en la percepción que los demás tienen del rol. ^ Cambio en la autopercepción del rol. í. Cambio en los patrones habituales de responsabilidad. \z Conocimientos deficientes. <ul style="list-style-type: none"> • Depresión, • Discriminación, • Violencia doméstica. • Hostigamiento. • Adaptación inadecuada al cambio. • Falta de confianza. • Afrontamiento inadecuado. • Apoyo externo inadecuado para el desempeño del rol. | <ul style="list-style-type: none"> :: Motivación inadecuada. !p Oportunidades inadecuadas para el desempeño del rol. j\ Competencia inadecuada para el desempeño del rol. Autogestión inadecuada. • Habilidades inadecuadas. Expectativas del desarrollo inadecuadas. .. Pesimismo. L: Impotencia. • Ambivalencia del rol. • Confusión del rol. Conflicto del rol. • Negación del rol. • Insatisfacción con el rol. • Sobrecarga en el desempeño del rol. • Tensión en el desempeño del rol. • Conflicto con el sistema. • Incertidumbre. |
|---|--|

Factores relacionados

Conocimientos

- m Modelo del rol inadecuado.
- Preparación inadecuada para el desempeño del rol (p. ej., transición de rol, ensayo de habilidades, validación).
- Falta de formación.
- Falta de modelo del rol.
- Expectativas del rol poco realistas.

Fisiológicos

- Alteración de la imagen corporal.
- m Déficits cognitivos.
- Depresión.
- Fatiga.
- Baja autoestima.
- E Trastorno mental.
- £ Defectos neurológicos.
- ;;j Dolor.

- 3 Enfermedad física.
• Abuso de sustancias.

Sociales

- a Conflicto.
w Nivel de desarrollo.
s Violencia doméstica.
3 Inadecuada socialización del rol.
E Sistema de soporte inadecuado.

Vinculación inadecuada con el sistema de cuidados de la salud.
Demandas del horario laboral.
Falta de recursos.
Falta de recompensas.
Nivel socioeconómico bajo.
Estrés.
Juventud.

Deterioro de la interacción social (00052)

(1986)

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 3: Desempeño del rol

Definición Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de Intercambio social.

Características definitorias

- ∴ Malestar en las situaciones sociales.
- ∴ Interacción disfuncional con los demás.
- Informes familiares de cambios en la interacción (p. ej., estilo, patrón).
- Incapacidad para comunicar una sensación satisfactoria de implicación social (p. ej., pertenencia, cariño, interés, historia compartida).
- Incapacidad para recibir una sensación satisfactoria de implicación social (p. ej., pertenencia, cariño, interés, historia compartida).
- Uso de conductas de interacción social infructuosas,

Factores relacionados

- Ausencia de personas significativas.
- ∴ Barreras de comunicación.
- Déficit en las formas de fomentar la reciprocidad (p. ej., conocimientos, habilidades).
- Alteración de los procesos de pensamiento.
- ... Barreras ambientales.
- U Limitación de la movilidad física.
- Trastorno del autoconcepto.
- Disonancia sociocultural.
- ∴ Aislamiento terapéutico.

Lactancia materna eficaz (00106) (1990)

Dominio 7: Rol/relaciones
Clase 3: Desempeño del rol

Definición La familia o la diada madre-lactante demuestran una habilidad adecuada y satisfacción con el proceso de lactancia materna.

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">: Patrones de eliminación del niño adecuados para su edad.Patrón ponderal del lactante adecuado para su edad.Avidez del lactante por mamar.Patrones de comunicación madre/hijo adecuados.El niño parece satisfecho después de las tomas.. Verbalización materna de satisfacción con el proceso de amamantamiento. | <ul style="list-style-type: none">La madre es capaz de poner al niño al pecho para promover con éxito una respuesta de succión.Succión regular de la mama.Deglución regular mientras mama.Signos de liberación de oxitocina.Succión sostenida de la mama.Deglución sostenida mientras mama.Síntomas de liberación de oxitocina. |
|--|---|

Factores relacionados

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">Conocimientos básicos sobre la lactancia materna.; Edad gestacional del lactante > 34 semanas.Confianza de la madre en sí misma. | <ul style="list-style-type: none">Estructura normal de la mama.• Estructura bucal del niño normal.Fuentes de soporte. |
|---|---|

Lactancia materna ineficaz (00104) (1988)

Dominio 7: Rol/relaciones Clase 3: Desempeño del rol

Definición La madre, el lactante o el niño experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de lactancia materna.

Características definitorias

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">m Secreción láctea inadecuada.• Arqueamiento del lactante al ponerlo a mamar.• Llanto del lactante al ponerlo a mamar.• El lactante se muestra incapaz de cogerse correctamente al pecho materno.• Llanto del lactante en la hora posterior a la toma.• Agitación del lactante en la hora posterior a la toma.Vaciado insuficiente de las mamas en cada toma.a Insuficiente oportunidad de succionar los pechos. | <ul style="list-style-type: none">~ Falta de signos de liberación de oxitocina.^ Falta de continuidad en la succión del pecho.• Signos de aporte inadecuado al lactante.r-j Percepción de secreción láctea inadecuada.• Persistencia de úlceras en el pezón después de la primera semana de lactancia.r Resistencia a «coger» el pecho.!_ Falta de respuesta a otras medidas de confort.Insatisfacción con el proceso de amamantamiento. |
|---|---|

Factores relacionados

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">is Anomalías del lactante.m El lactante recibe alimentación suplementaria con tetina.E Interrupción de la lactancia materna.5 Déficit de conocimientos.• Ambivalencia maternal.• Ansiedad maternal.m Anomalías de la mama. | <ul style="list-style-type: none">r-j Falta de soporte de la familia.• Falta de soporte de la pareja.E) Reflejo de succión débil del lactante.t± Prematuridad.L: Cirugía mamaria previa,ij Antecedentes de fracaso en la lactancia materna . |
|---|---|

Interrupción de la lactancia materna (00105)

Interrupción de la

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 3: Desempeño del rol

Definición Interrupción en la continuidad del proceso de lactancia materna debido a la incapacidad o inconveniencia de poner al niño al pecho para que mame.

Características definitorias

- | | |
|--|--|
| ∴ El lactante no recibe nutrientes de la mama en alguna o en todas las tomas. | Deseo materno de mantener la lactancia materna para satisfacer las necesidades nutricionales del niño. |
| ∴ Falta de conocimientos sobre la obtención de la leche materna. | Deseo materno de proporcionar leche para satisfacer las necesidades nutricionales del niño. |
| i-; Falta de conocimientos sobre el almacenaje de la leche materna. | Separación madre-hijo. |
| n Deseo materno de llegar a proporcionar leche para satisfacer las necesidades nutricionales del niño. | |

Factores relacionados

- | | |
|---|--|
| : Contraindicaciones para la lactancia materna, | Enfermedad de la madre. |
| t' Enfermedad del niño, | ∴ Necesidad de destetar bruscamente al niño. |
| n Empleo de la madre. | ~: Prematuridad. |

Disposición para mejorar las relaciones

(00207)

(2006, NDE 2.1)

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 3: Desempeño del rol

Definición Patrón de colaboración que es suficiente para satisfacer las necesidades mutuas y que puede ser reforzado.

Características definitorias

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">i Manifiesta deseos de reforzar la comunicación entre la pareja...l Expresa satisfacción con el intercambio de información e ideas entre la pareja.r Expresa satisfacción por compartir las necesidades físicas y emocionales entre la pareja.Í": Los componentes de la pareja demuestran respeto mutuo.• Se alcanzan los objetivos de desarrollo apropiados para la etapa del ciclo vital de la familia.i. Los componentes de la pareja demuestran un buen equilibrio entre la autonomía y la colaboración. | <ul style="list-style-type: none">n Los componentes de la pareja demuestran apoyo mutuo en las actividades diarias.∴ Cada uno identifica al otro como persona clave.~ Demuestra comprensión de la función insuficiente de la pareja (física, social, psicológica).l". Expresa satisfacción con la relación complementaria entre los miembros de la pareja. |
|---|---|

Dominio 8

Sexualidad

Disfunción sexual (00059)	225
Patrón sexual ineficaz (00065)	227
Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (00209)	229
Disposición para mejorar el proceso de maternidad (00208)	231

Disfunción sexual (00059)

(1980, 2006, NDE 2.1)

sexual (00059)

Dominio 8: Sexualidad

Clase 2: Función sexual

Definición Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| ni Alteraciones en el logro de satisfacción sexual. | a Percepción de alteraciones en la excitación sexual. |
| Í- Alteraciones en el logro del rol sexual percibido. | ES Percepción de deficiencia en el deseo sexual, |
| u Limitaciones reales impuestas por la enfermedad, | ja Percepción de limitaciones impuestas por la enfermedad. |
| N Limitaciones reales impuestas por la terapia. | i3 Percepción de limitaciones impuestas por la terapia. |
| 3 Cambio de interés en los demás. | a Búsqueda de confirmación de ser deseable. |
| • Cambio de interés en sí mismo. | ~; Verbalización del problema. |
| ÍJ Incapacidad para lograr la satisfacción deseada. | |

Factores relacionados

- | | |
|---|--|
| ja Falta de modelos del rol. | /?. Déficit de conocimientos. |
| a Alteración de la función corporal (p. ej., embarazo, alumbramiento reciente, fármacos, cirugía, anomalías, procesos patológicos, traumatismo, radiación). | • Modelos del rol no eficaces. |
| B Alteración de la estructura corporal (p. ej., embarazo, alumbramiento reciente, cirugía, anomalías, procesos patológicos, traumatismo, radiación). | • Falta de intimidad, |
| | • Falta de una persona significativa, |
| | • Información errónea. |
| | L3 Conflicto de valores. |
| sj Alteración biopsicosocial de la sexualidad. | ra Abuso psicosocial (p. ej., relaciones lesivas), |
| | fe Abuso físico. |
| | j' Vulnerabilidad. |

Patrón sexual ineficaz (00065)

(1986, 2006, LÖF 2.1)

Dominio 8: Sexualidad *Clase 2: Función sexual*

Definición Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

Características definitorias

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> :: Alteraciones en el logro del rol sexual percibido, n Alteración en las relaciones con la persona significativa. • Conflictos que implican valores. ~ Informe de cambios en la actividad sexual. ∴ Informe de cambios en las conductas sexuales. | <ul style="list-style-type: none"> i Informe de dificultades en las actividades sexuales. ~ Informe de dificultades en las conductas sexuales. • Informe de limitaciones en las actividades sexuales. : Informe de limitaciones en las conductas sexuales. |
|--|--|

Factores relacionados

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Falta de modelo del rol. • Conflicto con la orientación de las preferencias sexuales. • Conflicto con las preferencias diferentes. • Temor a las enfermedades de transmisión sexual. • Temor al embarazo. • Deterioro de las relaciones con la persona significativa. • Modelo del rol ineficaz. • Conocimientos sobre respuestas alternativas ante transformaciones | <ul style="list-style-type: none"> relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporal, enfermedad, o tratamiento médico. . Falta de intimidad. • Falta de una persona significativa. : Déficit de habilidades sobre respuestas alternativas ante transformaciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporal, enfermedad, o tratamiento médico, |
|---|---|

Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (00209)

(2008, NBE 2.1)

Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (00209)

(2008, MBE 2.1)

Dominio 8: Sexualidad

Clase 3: Reproducción

Definición Riesgo de alteración de la diada simbiótica materno-fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo.

Factores de riesgo

Complicaciones del embarazo (p. ej., rotura prematura de membranas, placenta previa o desprendimiento de placenta, retraso en los cuidados prenatales, gestación múltiple).	E Deterioro del metabolismo de la glucosa (p. ej., diabetes, uso de esferoides).
Ej Compromiso del transporte de O ₂ (p. ej., anemia, enfermedad cardíaca, asma, hipertensión, convulsiones, parto prematuro, hemorragia).	• Abuso físico. u Abuso de sustancias (p. ej., tabaco, alcohol, drogas). Efectos colaterales relacionados con el tratamiento (p. ej., medicamentos, cirugía, quimioterapia).

Bibliografía

- Berg, M. (2005). Pregnancy and diabetes: How women handle the challenges, *Journal of Perinatal Education* 14(3): 23-32.
- Curran, C.A. (2003). Intrapartum emergencies. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 32: 802-13.
- Higgins, L.P & Hawkins, J.VV. (2005). Screening for abuse during pregnancy: Implementing a multisite program. *American Journal of Maternal/Child Nursing* 30: 109-14.
- Lange, S.S. & Jenner, M. (2004). Myocardial infarction in the obstetric patient. In: Campbell, P.T. (ed.), *Critical care nursing clinics of North America: Obstetric and neonatal intensive care*, Vol. 16(2). Philadelphia: Elsevier Saunders, pp. 211-19.
- McCarler-Spaulding, D.E. (2005). Medications in pregnancy and lactation. *American Journal of Maternal/Child Nursing* 30: 10-17.
- Poole, J.H. (2004). Multiorgan dysfunction in the perinatal patient. In: Campbell, P.T. (ed.), *Critical care nursing clinics of North America: Obstetric and neonatal intensive care*, Vol. 16(2). Philadelphia: Elsevier Saunders, pp. 193-204.
- Rudisill, P.T. (2004). Amniotic fluid embolism. In: Campbell, P.T. (ed.), *Critical care nursing clinics of North America: Obstetric and neonatal intensive care*, Vol. 16(2). Philadelphia: Elsevier Saunders, pp. 221-5
- Shannon, M., King, T.L., & Kennedy, H.P (2007). Allostasis: A theoretical framework for understanding and evaluating perinatal health outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 36: 125-34.
- Simpson, K.R. (2004). Monitoring the preterm fetus during labor. *American Journal of Maternal/Child Nursing* 29: 380-8.

Disposición para mejorar el proceso de maternidad¹ (00208)

(2008, NDE 2.1)

Disposición para mejorar el ^2 de maternidad¹ (00208)

(2008, WDI 2.1)

Dominio 8: Sexualidad

Clase 3: Reproducción

Definición Patrón de preparación, mantenimiento y refuerzo de un embarazo, alumbramiento y cuidado del recién nacido saludable.

Características definitorias

Durante el embarazo

- : : Informa de un estilo de vida antes del parto apropiado (p. ej., dieta, eliminación, sueño, movimiento corporal, ejercicio, higiene personal).
- j Informa de una preparación física apropiada.
- :i Informa del manejo de los síntomas molestos durante el embarazo.
- : : Demuestra respeto por el bebé no nacido.
Informa de un plan realista para el alumbramiento.
- Prepara los artículos necesarios para el cuidado del recién nacido.
- :i Busca los conocimientos necesarios (p. ej., parto y alumbramiento, cuidado del recién nacido).
- 3 Informa de que dispone de sistemas de soporte.
- : ; Realiza visitas prenatales regulares.

Durante el parto y alumbramiento

- Informa de un estilo de vida (p. ej., dieta, eliminación, sueño, movimiento corporal, ejercicio, higiene personal) que es apropiado para la etapa del parto.

- ..; Responde adecuadamente al inicio del parto.
- i Es proactiva durante el parto y el alumbramiento,
- r; Usa técnicas de relajación apropiadas en cada fase del parto.
- : J Demuestra una conducta de vinculación con el recién nacido.
- ; Utiliza adecuadamente los sistemas de soporte.

Tras el nacimiento¹

- " Demuestra técnicas apropiadas para la alimentación del lactante,
- i Demuestra el cuidado apropiado de las mamas,
- ti Demuestra una conducta de vinculación con el lactante.
- Demuestra las técnicas de cuidado básico del lactante.
- ü Proporciona un entorno seguro para el lactante.
- J Después del alumbramiento informa de un estilo de vida apropiado (p. ej., dieta, eliminación, sueño, movimiento corporal, ejercicio, higiene personal).
- L Utiliza adecuadamente los sistemas de soporte.

1. El término japonés original para «maternidad» es «Shussan Ikuji Koudou», que abarca el parto y el cuidado del neonato. Es uno de los conceptos principales de la partería japonesa.

Dominio 9

Afrontamiento/ tolerancia al estrés

Síndrome de estrés del traslado (00114)	235
Riesgo de síndrome de estrés del traslado (00149)	236
Síndrome postraumático (00141)	237
Riesgo de síndrome postraumático (00145)	238
Síndrome traumático de la violación (00142)	239
Aflicción crónica (00137)	240
Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad (00076)	241
Afrontamiento defensivo (00071)	242
Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)	244
Afrontamiento familiar comprometido (00074)	245
Afrontamiento familiar incapacitante (00073)	247
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (00075)	248
Afrontamiento ineficaz (00069)	249
Afrontamiento ineficaz de la comunidad (00077)	250
Ansiedad (00146)	251
Ansiedad ante la muerte (00147)	253
Deterioro de la capacidad de recuperación personal (00210)	256
Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal (00212)	258
Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal (00211)	260
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)	262
Duelo (00136)	264
Duelo complicado (00135)	266
Riesgo de duelo complicado (00172)	268
Estrés por sobrecarga (00177)	269
Negación ineficaz (00072)	272
Temor (00148)	274
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal (00049)	276
Conducta desorganizada del lactante (00116)	277
Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante (00117)	279
Riesgo de conducta desorganizada del lactante (00115)	280
Disreflexia autónoma (00009)	281
Riesgo de disreflexia autónoma (00010)	282

Síndrome de estrés del traslado (00114)

(1992, 2000)

Dominio 9: Atontamiento/tolerancia al estrés

Clase 1: Respuestas postraumáticas

Definición Trastorno fisiológico o psicológico tras el traslado de un entorno a otro.

Características definitorias

- | | |
|---------------------------------------|---|
| Enajenación. | : Inseguridad. |
| • Aislamiento. | • Soledad. |
| • Cólera. | • Pérdida de la identidad. |
| U Ansiedad (p. ej., separación). | • Pérdida de la autoestima. |
| • Preocupación por el traslado. | • Pérdida del sentimiento de valía personal. |
| • Dependencia. | • Pesimismo. |
| • Depresión. | • Trastornos del sueño. |
| • Temor. | • Verbaliza que no tiene deseos de trasladarse. |
| • Frustración. | • Retraimiento. |
| • Aumento de las enfermedades. | • Preocupación. |
| • Aumento de los síntomas físicos. | |
| • Expresión creciente de necesidades. | |

Factores relacionados

- | | |
|--|---|
| • Deterioro del estado de salud, | • Falta de asesoría antes del traslado. |
| • Sentimientos de impotencia. | • Barreras lingüísticas. |
| • Imprevisibilidad de la experiencia. | • Pérdidas. |
| • Deterioro de la salud psicosocial. | • Trasládarse de un entorno a otro. |
| • Aislamiento. | • Atontamiento pasivo. |
| • Falta de un sistema de soporte adecuado. | |

Riesgo de síndrome de estrés del traslado (00149)

(2000)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 1: Respuestas postraumáticas

Definición Riesgo de sufrir un trastorno fisiológico o psicológico después del traslado de un entorno a otro.

Factores de riesgo

- | | |
|--|---------------------------------------|
| a Deterioro del estado de salud, | a Competencia mental moderada. |
| a Falta de un sistema de soporte adecuado, | • Trasladarse de un entorno a otro. |
| e Falta de asesoría previa al traslado. | • Afrontamiento pasivo. |
| • Pérdidas. | • Imprevisibilidad de la experiencia. |
| E Cambio ambiental de moderado a importante. | E Expresión verbal de impotencia. |

Síndrome postraumático (00141) (1986, 1998)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés
Clase 1: Respuestas postraumáticas

Definición Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.

Características definitorias

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ñ Agresión. | s Cefaleas. |
| • Alienación. | s Desesperanza. |
| • Alteración del estado de humor. | • Horror. |
| • Rabia. | • Hipervigilancia. |
| • Ansiedad. | • Sueños inquietantes. |
| • Evitación. | • Pensamientos inquietantes. |
| • Conducta compulsiva. | • Irritabilidad. |
| • Negación. | • Irritabilidad neurosensorial. |
| • Depresión. | • Pesadillas. |
| * Desvinculación. | a Palpitaciones. |
| • Dificultad para concentrarse, | • Ataques de pánico. |
| a Enuresis (en niños). | m Amnesia psicógena. |
| • Respuesta de alarma exagerada. | • Cólera. |
| • Temor. | • Violación. |
| ffl Flashbacks (Imágenes mentales retrospectivas). | • Informa de sentirse entumecido. |
| B Irritabilidad gástrica. | • Represión. |
| • Duelo. | • Vergüenza. |
| • Culpa. | • Abuso de sustancias. |

Factores relacionados

- | | |
|--|---|
| • Abuso (físico o psicosocial). | • Amenaza personal grave. |
| • Haber sido prisionero de guerra. | • Destrucción súbita de la comunidad propia. |
| • Represalia moral no justificada. | • Destrucción súbita de la casa propia. |
| • Desastres. | • Tortura. |
| • Epidemias. | • Acontecimiento trágico que implica múltiples muertes. |
| * Acontecimientos fuera de la gama de experiencias humanas habituales. | • Guerras. |
| • Accidentes graves (p. ej., industriales, vehículos a motor). | • Haber presenciado mutilaciones, |
| • Lesión grave a personas queridas. | n Haber presenciado muertes violentas. |
| • Autolesión grave. | |
| & Amenaza grave a las personas queridas. | |

Riesgo de síndrome postraumático (00145) (1998)

Riesgo de • postraumático §pyg§g

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 1: Respuestas postraumáticas

Definición Riesgo de presentar una respuesta desadaptada sostenida a un acontecimiento traumático o abrumador.

Factores de riesgo

- | | |
|---|--------------------------------|
| [. Disminución de la fortaleza del ego. | Percepción del acontecimiento. |
| • Desplazamiento del hogar. | Papel de superviviente en el |
| • Duración del acontecimiento. | acontecimiento. |
| • Sentido exagerado de la | Falta de apoyo del entorno. |
| responsabilidad. | |
| t- Apoyo social inadecuado. | |
| c Ocupación (p. ej., policía, bombero, | |
| rescate, correccionales, personal de | |
| servicios de urgencias, trabajadores | |
| de salud mental). | |

Síndrome traumático de la violación (00142) (1980, 1998)

Dominio 9: Afronta miento/tolerancia al estrés

Clase 1: Respuestas postraumáticas

Definición Persistencia de una respuesta desadaptada a una penetración sexual forzada, violenta, contra la voluntad de la víctima y sin su consentimiento.

Características definitorias

- | | |
|---|--------------------------|
| • Agresión. | Pérdida de autoestima. |
| • Agitación. | • Oscilaciones de humor. |
| • Cólera. | Espasmos musculares. |
| • Ansiedad, | • Tensión muscular. |
| • Cambio en las relaciones. | • Pesadillas. |
| • Confusión. | Paranoia. |
| • Negación. | • Fobias. |
| • Dependencia. | • Trauma físico. |
| • Depresión. | • Impotencia. |
| • Desorganización. | Venganza. |
| Trastornos disociativos. | Autoculpabilización. |
| • Azoramiento. | • Disfunción sexual. |
| • Temor. | Vergüenza. |
| • Culpa. | n Shock. |
| • Impotencia. | Trastornos del sueño. |
| • Humillación. | • Abuso de sustancias. |
| • Estados de hiperalerta. | Intentos suicidas. |
| i.: Deterioro de la capacidad para
tomar decisiones. | Vulnerabilidad. |

Factores relacionados

Violación,

Aflicción crónica (00137) (1988)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés
Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente experimentado (por un familiar, cuidador, individuo con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.

Características definitorias

Expresa sentimientos negativos (p. ej., cólera, sentirse incomprendido, confusión, depresión, desencanto, vacío, temor, frustración, culpa, autoinculpación, impotencia, desesperanza, soledad, baja autoestima, pérdida recurrente, sentirse abrumado).

Expresa sentimientos de tristeza (p. ej., periódicos, recurrentes)

a Expresa sentimientos que interfieren con la capacidad para alcanzar el nivel más alto de bienestar personal.

fi Expresa sentimientos que interfieren con la capacidad para alcanzar el nivel más alto de bienestar social.

Factores relacionados

m Muerte de un ser querido.

M Experimenta discapacidad crónica (p. ej., física o mental).

K Experimenta enfermedad crónica (p. ej., física o mental).

R Crisis en el manejo de la discapacidad.

2 Crisis en el manejo de la enfermedad.

Crisis relacionadas con etapas de desarrollo.

Oportunidades perdidas.

Hitos perdidos.

Necesidad interminable de proporcionar cuidados.

Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad (00076)

Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad (ÜÜC/6)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición Patrón de actividades de la comunidad para la adaptación y solución de problemas que resulta adecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad pero que puede mejorarse para el manejo de problemas o agentes estresantes actuales o futuros.

Características definitorias

- Una o más características que indican un afrontamiento eficaz:
- | | |
|--|--|
| c Planificación activa de la comunidad para los agentes estresantes previsibles. | H Comunicación positiva entre la comunidad, los subgrupos y la comunidad mayor. |
| m La comunidad planifica activamente la solución de problemas cuando los afronta, | m Se dispone de programas recreativos, |
| a Acuerdo respecto a que la comunidad es responsable del manejo del estrés. | fe Se dispone de programas para la relajación. |
| | s Hay recursos suficientes para manejar los agentes estresantes. |

Afrontamiento defensivo (00071)

(1988, 2008, NDE 2.1)

(1988, 2008, NDE 2.1)

Dominio 9: Atontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| :: Negación de problemas obvios. | Falta de seguimiento de la terapia, |
| ¡' Negación de debilidades evidentes, | i.: Falta de seguimiento del tratamiento. |
| i Dificultad para establecer relaciones. | ::: Falta de participación en la terapia. |
| :" Dificultad para mantener relaciones, | • Falta de participación en el tratamiento. |
| n Dificultad en percibir pruebas de la realidad. | • Proyección de culpa. |
| :" Grandiosidad. | • Proyección de responsabilidad. |
| H Risa hostil. | • Racionalización de los fracasos. |
| • Hipersensibilidad a las críticas. | • Distorsión de la realidad. |
| • Hipersensibilidad a los desaires. | Ridiculización de los demás. |
| | : Actitud de superioridad hacia otros. |

Factores relacionados

- | | |
|--|---------------------------------------|
| • Conflicto entre la autopercepción y el sistema de valores, | Bajo nivel de confianza en los demás. |
| • Sistema de soporte deficiente. | Bajo nivel de confianza en sí mismo. |
| • Miedo a fallar. | Incertidumbre. |
| • Miedo a la humillación. | Expectativas irreales del yo. |
| • Miedo a las repercusiones. | |
| • Falta de capacidad de recuperación. | |

**Disposición para mejorar
el afrontamiento** (00158)
(2002, NDE 2.1)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés
Clase 2: Respuestas de atontamiento

Definición Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Características definitorias

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| s Reconoce tener poder. | s Usa una amplia gama de |
| a Es consciente de los posibles | estrategias orientadas a las |
| cambios ambientales, | emociones. |
| a Define los agentes estresantes | tí Usa una amplia gama de |
| como manejables. | estrategias orientadas a la solución |
| E Busca el conocimiento de nuevas | de problemas. |
| estrategias. | 53 Utiliza los recursos espirituales. |
| ¡3 Busca soporte social. | |

Afrontamiento familiar comprometido

(00074)

(1980, 1996)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición La persona principal (un familiar o un amigo íntimo) que habitualmente brinda soporte proporciona un apoyo, confort, ayuda o estímulo que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su reto de salud, que es insuficiente, ineficaz o está comprometido.

Características definitorias

Objetivas

- : La persona significativa trata de poner en práctica conductas de ayuda con resultados insatisfactorios.
- !- La persona significativa trata de poner en práctica conductas de soporte con resultados insatisfactorios.
- 'd La persona significativa muestra una conducta protectora desproporcionada a las capacidades del cliente.
- L? La persona significativa muestra una conducta protectora desproporcionada a las necesidades de autonomía del cliente.
- a La persona significativa establece una comunicación personal limitada con el cliente.
- L La persona significativa se aparta del cliente.

Subjetivas

- El cliente expresa una queja por la respuesta de la persona significativa al problema de salud.
- í El cliente expresa preocupación por la respuesta de la persona significativa al problema de salud.
- La persona significativa expresa una base de conocimientos inadecuada, lo que interfiere con conductas de apoyo eficaces.
- s La persona significativa expresa una comprensión inadecuada, lo que interfiere con conductas de apoyo eficaces.
- ; La persona significativa describe preocupación por la reacción personal (p. ej., temor, duelo anticipado, culpa, ansiedad) ante la necesidad del cliente.

Factores relacionados

- Situaciones coexistentes que afectan a la persona significativa.
- ra Crisis de desarrollo que puede estar afrontando la persona significativa.
- w Agotamiento de la capacidad de apoyo de las personas significativas.
- Información inadecuada por parte de la persona de referencia.

Comprensión inadecuada de la información por parte de la persona de referencia.
Información incorrecta por parte de la persona de referencia.
Comprensión incorrecta de la información por parte de la persona de referencia.
Falta de soporte mutuo.
La persona cuidada, a su vez, brinda poco apoyo al cuidador principal.

Prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia.
Crisis situacional, la persona de referencia puede estar sufriendo.
Desorganización familiar temporal.
Cambio temporal de roles en la familia.
Preocupación temporal por parte de la persona de referencia.

Afrontamiento familiar incapacitante (00073)

(1980, 1996, 2008, NDF 2.1)

Dominio 9: Atontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de atontamiento

Definición Comportamiento de una persona significativa (familiar u otra persona de referencia) que inhabilita sus propias capacidades y las del cliente para abordar de forma eficaz las tareas esenciales para la adaptación de ambos al reto de salud.

Características definitorias

- | | |
|--|--------------------------------------|
| a Abandono. | Intolerancia. |
| • Agresión. | Cuidado negligente del cliente en |
| E Agitación. | lo que respecta a las necesidades |
| r; Realización de las actividades | humanas básicas. |
| habituales, sin tener en cuenta las | ;; Cuidado negligente del cliente en |
| necesidades del cliente. | lo que respecta al tratamiento de la |
| • El cliente desarrolla dependencia. | enfermedad. |
| • Depresión. | • Descuido de las relaciones con |
| • Deserción. | otros miembros de la familia. |
| • Desatender las necesidades del | • Preocupación por el cliente |
| cliente. | excesiva y prolongada. |
| Distorsión de la realidad respecto | :i Somatización. |
| al problema de salud del cliente. | • Rechazo. |
| 3 Conductas familiares que son | Asumir los signos de enfermedad |
| perjudiciales para el bienestar. | del cliente. |
| ;; Hostilidad. | |
| • Deterioro de la individualización. | |
| ti Deterioro de la reestructuración de | |
| una vida significativa para sí mismo. | |

Factores relacionados

- | | |
|--|---------------------------------------|
| E Manejo arbitrario de la resistencia | Relaciones familiares muy |
| familiar al tratamiento. | ambivalentes, |
| fj Discrepancia de los estilos de | i: Persona significativa con |
| afrontamiento de la persona | sentimientos crónicos inexpressados |
| significativa y del cliente para hacer | (p. ej., culpa, ansiedad, hostilidad, |
| frente a las tareas adaptativas. | desesperación). |
| r: Discrepancia de los estilos de | |
| afrontamiento entre las personas | |
| significativas. | |

**Disposición para mejorar
el afrontamiento familiar (00075)**
(1980)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición Manejo efectivo de las tareas adaptativas del miembro de la familia implicado en el reto de salud del cliente, que ahora muestra deseos y disponibilidad para mejorar su propia salud y desarrollo y los del cliente.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| <i>a</i> Elige experiencias que mejoran el bienestar, | El miembro de la familia avanza en dirección a la promoción de la salud. |
| <i>s</i> El miembro de la familia trata de describir el impacto de la crisis en el crecimiento. | El individuo manifiesta interés en entrar en contacto con otros que han experimentado una situación similar. |
| <i>b</i> El miembro de la familia avanza en dirección a un estilo de vida enriquecedor. | |

Afrontamiento ineficaz (00069)

(1978, 1998)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

Características definitorias

<i>n</i> Abuso de agentes químicos,	Solución inadecuada de los problemas.
<i>e</i> Cambio en los patrones de comunicación habituales.	Falta de conducta dirigida al logro de objetivos.
<i>m</i> Reducción en el uso de apoyo social.	Falta de resolución de los problemas.
<i>ss</i> Conducta destructiva hacia los otros.	Mala concentración.
<i>H</i> Conducta destructiva hacia sí mismo.	Asunción de riesgos.
<i>a</i> Dificultad para organizar la información,	Trastornos del sueño.
<i>a</i> Fatiga.	Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa.
<i>s</i> Alta tasa de enfermedad.	Expresiones de incapacidad para pedir ayuda.
• Incapacidad para prestar atención a la información.	Expresiones de incapacidad para el afrontamiento.
<i>m</i> Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas,	
<i>a</i> Incapacidad para satisfacer las expectativas del rol.	

Factores relacionados

<i>a</i> Trastorno en el patrón de apreciación de las amenazas.	<i>m</i> Falta de oportunidad de prepararse para el agente estresante.
<i>S5</i> Trastorno en los patrones de liberación de la tensión.	<i>E</i> Inadecuación de los recursos disponibles.
<i>s</i> Diferencias de género en las estrategias de afrontamiento.	• Inadecuación del apoyo social condicionado por las características de las relaciones.
<i>m</i> Alto grado de amenaza.	<i>a</i> Crisis de maduración.
<i>s</i> Incapacidad para conservar las energías adaptativas.	• Crisis situacionales.
<i>m</i> Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación,	<i>a</i> Incertidumbre.
<i>a</i> Inadecuado nivel de percepción de control.	

Afrontamiento ineficaz de la comunidad (00077) (1984, 1998)

Dominio 9: Afronta miento/tolerancia al estrés
Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición Patrón de actividades de la comunidad para la adaptación y solución de problemas que resulta inadecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad.

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| .. La comunidad no satisface sus propias expectativas. | Aumento de los problemas sociales (p. ej., homicidios, vandalismo, incendios provocados, terrorismo, robos, infanticidios, malos tratos, divorcio, desempleo, pobreza, extremismo, trastorno mental). |
| Déficit de participación de la comunidad, | |
| Excesivos conflictos en la comunidad. | |
| : Expresión de impotencia de la comunidad. | Percepción de excesivos agentes estresantes. |
| ' Expresión de vulnerabilidad. | |
| • Altas tasas de enfermedad. | |

Factores relacionados

- | | |
|---|--|
| • Déficit de servicios de soporte social de la comunidad. | Sistemas comunitarios inefectivos (p. ej., falta de servicios médicos de urgencia, de sistemas de transporte, o de sistemas de planificación en caso de desastre). |
| • Déficit de recursos de soporte social de la comunidad. | Sistemas comunitarios inexistentes. |
| • Desastres naturales, | |
| • Desastres provocados por el hombre. | |
| • Recursos inadecuados para la solución de problemas. | |

Ansiedad (00146)

(1973, 1982, 1988)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

Características definitorias

Conductuales

- ' Disminución de la productividad.
- :: Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.
- Movimientos extraños.
- Nerviosismo.
- Lanzar miradas alrededor.
- Insomnio.
- Evita el contacto ocular.
- Agitación.
- Control.
- Vigilancia.

Afectivas

- * Aprensión.
- Angustia.
- Distrés.
- Temor.
- Sentimientos de inadecuación,
- a Atención centrada en el yo.
- Preocupación creciente.
- Irritabilidad.
- Sobresalto.
- Sobreexcitación.
- Creciente impotencia dolorosa.
- Persistente aumento de la impotencia.
- : Tamborileo.
- Arrepentimiento.

; Incertidumbre.

- Preocupación.

Fisiológicas

- Tensión facial.
- m Temblor de manos.
- Aumento de la sudoración.
- Aumento de la tensión.
- Estremecimientos.
- Temblores.
- Voz temblorosa.

Simpáticas

- m Anorexia,
- Excitación cardiovascular.
- Diarrea.
- Sequedad bucal.
- Sofocaciones.
- Palpitaciones.
- Aumento de la tensión arterial.
- Aumento del pulso.
- Aumento de los reflejos.
- Aumento de la respiración.
- m Dilatación pupilar.
- Dificultades respiratorias.
- Vasoconstricción capilar.
- Movimientos espasmódicos.
- Debilidad.

Parasimpáticas

- Dolor abdominal.
- Disminución de la presión arterial.
- Disminución del pulso.
- Diarrea.
- Mareos.
- Fatiga.
- Náuseas.
- Trastornos del sueño.
- Hormigueos en las extremidades.
- Frecuencia urinaria.
- s Dificultad para iniciar el chorro de orina,
- g Urgencia urinaria.

Cognitivas

- E Conciencia de los síntomas fisiológicos.

Factores relacionados

- s Cambio en:
 - La situación económica.
 - El entorno.
 - El estado de salud.
 - Los patrones de interacción.
 - La función del rol.
 - El estatus del rol.
- s Exposición a toxinas.
- Asociación familiar.
- Herencia.
- Contagio interpersonal.
- Transmisión interpersonal.
- Crisis de maduración.
- aj Crisis situacionales.
- i Estrés.

- lí Bloqueo del pensamiento,
- s Confusión.
- Disminución del campo perceptual,
- a Dificultad para la concentración.
- m Disminución de la habilidad para aprender.
- s Disminución de la habilidad para solucionar problemas.
- 3 Temor a consecuencias inespecíficas.
- s Olvido.
- g Deterioro de la atención.
- 1 Preocupación.
- 2 Rumiación.
- sí Tendencia a culpar a otros.

- a Abuso de sustancias.
- Amenaza de muerte.
- Amenaza para:
 - La situación económica.
 - El entorno.
 - El estado de salud.
 - Los patrones de interacción.
 - La función del rol.
 - El estatus del rol.
 - El autoconcepto.
- Conflicto inconsciente sobre los objetivos vitales esenciales.
- Conflicto inconsciente sobre los valores esenciales.
- Necesidades no satisfechas.

Ansiedad ante la muerte (00147)

(1998, 2006, NDE 2.1)

Dominio 9: Atontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de atontamiento

Definición Sensación vaga e intranquilizante de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada a la propia existencia.

Características definitorias

- ; Informes de preocupación por sobrecargar al cuidador.
- ;; Informes de tristeza profunda,
- ta Informes de temor a desarrollar una enfermedad terminal.
- Informes de temor a perder capacidades mentales durante la agonía.
- n Informes de temor al dolor relacionado con la agonía.
- i" Informes de temor a una muerte prematura.
- Informes de temor al proceso de la agonía.
- D Informes de temor a una agonía prolongada.
- 2 Informes de temor al sufrimiento relacionado con la agonía,
- n Informes de sentirse impotente ante la agonía.
- Informes de pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía.
- Informes de preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas significativas.

Factores relacionados

- Anticipación de consecuencias adversas derivadas de la anestesia general.
- Anticipación del impacto de la propia muerte sobre los demás.
- Anticipación de dolor.
- Anticipación de sufrimiento.
- u Confrontamiento con la realidad de una enfermedad terminal.
- í: Discusiones sobre el tema de la muerte.
- \ Experimentar el proceso de agonía.
- 3 Experiencia cercana a la muerte.
- i] Rechazo de la propia mortalidad,
- c Observaciones relacionadas con la muerte.
- " Percepción de proximidad de la muerte.
- 71 Incertidumbre sobre el encuentro con un poder superior,
- n Incertidumbre sobre la existencia de un poder superior,
- r Incertidumbre sobre la vida después de la muerte.
- m Incertidumbre sobre el pronóstico.

Deterioro de la capacidad de recuperación personal (00210)

Deterioro de la capacidad de recuperación personal (00210)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición Reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.

Características definitorias

- r** Disminución del interés en las actividades académicas,
- r ;** Disminución del interés en las actividades vocacionales.
- Depresión.
- Culpabilidad.
- Aislamiento.
- Baja autoestima.
- ~ Percepción de mala situación de salud.
- ;J** Elevación renovada de distrés.
- Vergüenza.
- Aislamiento social.
- p** Uso de habilidades de afrontamiento no adecuadas (p. ej., consumo de drogas, violencia, etc.).

Factores relacionados

- **i** Demografía que aumenta la posibilidad de desadaptación,
- a** Consumo de drogas.
- Género.
- Paternidad inconsistente.
- Bajo nivel de inteligencia.
- Bajo nivel educativo materno,
- s** Familia numerosa.
- a** Pertenencia a una minoría.
- **3** Trastorno mental parental.
- i:** Control deficiente de los impulsos.
- Pobreza.
- Desórdenes psicológicos.
- E** Factores de vulnerabilidad que incluyen índices que exacerban los efectos negativos de la condición de riesgo.
- Violencia.
- Violencia en el vecindario.

Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal (00212)

Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal (00212)

(20G8, -0E 2.1)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de atontamiento

Definición Patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis que puede reforzarse para optimizar el potencial humano.

Características definitorias

- Acceso a los recursos.
- r' Demuestra una perspectiva positiva,
- r Uso efectivo de las estrategias de manejo de los conflictos.
- "¿ Refuerza las habilidades personales de afrontamiento. Expresa deseo de mejorar la capacidad de recuperación.
- M Identifica los recursos disponibles.
- Identifica los sistemas de soporte.
- Aumenta las relaciones positivas con otros.
- Se implica en actividades,
- " Hace progresos hacia el logro de objetivos.
- :: Presencia de una crisis.
- ' Mantenimiento de un entorno seguro.
- :: Establece objetivos.
- ' Asume la responsabilidad de sus acciones.
- ... Usa habilidades de comunicación eficaces.
- i Verbaliza y aumenta la sensación de control. Verbaliza autoestima.

Factores relacionados

- Demografía que aumenta la posibilidad de desadaptación.
- Consumo de drogas.
- Género.
- Paternidad inconsistente.
- Bajo nivel de inteligencia.
- Bajo nivel educativo materno.
- :: Familia numerosa.
- Pertenencia a una minoría.
- Trastorno mental parental.
- Control deficiente de los impulsos.
- Pobreza.
- Desórdenes psicológicos.
- .- Factores de vulnerabilidad que incluyen índices que exacerban los efectos negativos de la condición de riesgo.
- : Violencia.

Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal (00211)

(2008, NDE 2.1)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición Riesgo de reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.

Factores de riesgo

- | | |
|---|-------------------------------|
| <p>® Cronicidad de las crisis existentes,</p> | planificado, muerte del |
| s Coexistencia de múltiples | cónyuge, pérdida del trabajo, |
| situaciones adversas. | enfermedad, pérdida del |
| m Presencia de una nueva crisis | domicilio, muerte de un |
| adicional (p. ej., embarazo no | miembro de la familia). |

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)

(1986, 1988, 2006, 2008, NDE 2.1)

Tendencia a adoptar de riesgo para la salud (00188)

(1986, 1988, 2006, 2008, MDE 2.1)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejore el estado de salud,
Características definitorias

- | | |
|--|--|
| i- Demostración de no aceptación del cambio en el estado de salud. | u Fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud. |
| n Fallo en el logro de una sensación óptima de control. | :: Minimización del cambio en el estado de salud. |

Factores relacionados

- | | |
|------------------------------------|---|
| SI Ingesta excesiva de alcohol. | j Múltiples agentes estresantes, |
| • Comprensión inadecuada. | ü Actitud negativa hacia los cuidados de salud. |
| m Apoyo social inadecuado. | • Tabaquismo. |
| • Bajo grado de eficacia personal. | |
| v- Situación socioeconómica baja. | |

Duelo¹ (00136)

(1980, 1996, 2006, NDE 2.1)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

Características definitorias

- | | |
|--|--|
| Alteración del nivel de actividad, | • Desespero. |
| s Alteraciones en el patrón de los sueños. | js Desorganización. |
| m Alteraciones de la función inmunitaria. | • Experimentación de alivio. |
| S Alteraciones en la función neuroendocrina. | ñ Mantenimiento de la conexión con la persona fallecida. |
| E Alteraciones en el patrón de los sueños, | ri Búsqueda de significado de la pérdida. |
| a Cólera. | • Dolor. |
| • Culpa. | • Conducta de pánico. |
| • Desapego. | E Crecimiento personal. |
| | • Distrés psicológico. |
| | E Sufrimiento. |

Factores relacionados

- | | |
|--|---|
| • Anticipación de la pérdida de un objeto significativo (p. ej., una posesión, el trabajo, la posición social, la casa, partes y procesos corporales). | Muerte de una persona significativa. |
| n Anticipación de la pérdida de una persona significativa. | Pérdida de un objeto significativo (p. ej., una posesión, el trabajo, la posición social, la casa, partes y procesos corporales). |

Bibliografía

- Center for the Advancement of Health (2004). Report on bereavement and grief research. Themes in research on bereavement and grief. *Dcalli Studies* 28: 498-505.
- Center for the Advancement of Health (2004). Report on bereavement and grief research Outcomes of bereavement. *Death Studies* 28: 520-42.
- Christ, G., Bonnano, G., Malkinson, R., & Rubin, S. (2003). Bereavement experiences after the death of a child. In: Field, M. & Berhman, R. (eds), *Wlien children die: Improving palliative and end-of-life care for children and their families*. Washington DC: National Academy Press, pp. 553-79.

1. Este diagnóstico anteriormente llevaba la etiqueta de *Duelo anticipado*.

Duelo complicado¹ (00135)

(1980; 1996; 2304; 2006; NDE 2.1)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

Características definitorias

;; Disminución en el desempeño de los roles vitales.	Verbaliza sentimientos de pena por la persona fallecida.
L Reducción de la sensación de bienestar.	Verbaliza sentirse aturdido.
n Depresión.	Verbaliza sentirse vacío.
; Somatización de síntomas de la persona fallecida	Verbaliza sentirse en estado de shock.
Fatiga.	Verbaliza sentirse anonadado.
"¡ Evitación del duelo.	Verbaliza sentimientos de cólera.
:J Añoranza de la persona fallecida.	Verbaliza sentimientos de desvinculación de los demás.
• Bajos niveles de intimidad.	Verbaliza sentimientos de incredulidad.
• Sufrimiento emocional persistente.	Verbaliza sentimientos de desconfianza.
• Preocupación con pensamientos sobre la persona fallecida.	Verbaliza falta de aceptación de la muerte.
• Rumiación.	Verbaliza persistencia de recuerdos dolorosos.
• Búsqueda de la persona fallecida.	Verbaliza autoculpabilización.
• Autoculpabilización.	Añoranza.
• Sufrimiento por la separación.	
• Sufrimiento traumático.	
• Verbaliza ansiedad.	

Factores relacionados

-. Muerte de una persona significativa.	Falta de apoyo social.
Inestabilidad emocional.	Muerte súbita de una persona significativa.

Bibliografía

- Center for the Advancement of Health (2004). Report on bereavement and grief research. Themes in research on bereavement and grief. *Death Studies* 28: 498-505.
- Center for the Advancement of Health (2004). Report on bereavement and grief research Outcomes of bereavement. *Death Studies* 28: 520-42.

1. Este diagnóstico anteriormente llevaba la etiqueta de *Duelo disfuncional*.

Riesgo de duelo complicado (00172)

(2004, 2006, NDE 2.1)

Riesgo de duelo complicado (00172}

(2004, 2006, NDE 2.1)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de atontamiento

Definición Riesgo de aparición de un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

Factores de riesgo

a Muerte de una persona significativa.

H Inestabilidad emocional.
Falta de apoyo social.

Estrés por sobrecarga (00177)

(2006, NDE 3.2)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición Excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción.

Características definitorias

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">£ Demuestra sentimientos crecientes de cólera.3 Demuestra sentimientos crecientes de impaciencia,<ul style="list-style-type: none">a Expresa dificultad para funcionar.• Expresa una sensación de presión.• Expresa una sensación de tensión.3 Expresa sentimientos crecientes de cólera,s Expresa sentimientos crecientes de impaciencia. | <ul style="list-style-type: none">Expresa problemas con la toma de decisiones.a Informa sobre el impacto negativo del estrés (p. ej., síntomas físicos, sufrimiento psicológico, sensación de estar enfermo o de ir a ponerse enfermo).a Informa de exceso de estrés situacional (p. ej., nivel de estrés igual o superior a 7 en una escala de 10 puntos). |
|---|---|

Factores relacionados

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">B Recursos inadecuados (p. ej., económicos, sociales, nivel de educación / conocimientos).m Agentes estresantes intensos (p. ej., violencia familiar, enfermedad crónica, enfermedad terminal).si Coexistencia de múltiples agentes estresantes (p. ej., amenazas / | <ul style="list-style-type: none">demandas ambientales; amenazas / demandas físicas; amenazas/demandas sociales),s Agentes estresantes repetidos (p. ej., violencia familiar, enfermedad crónica, enfermedad terminal). |
|---|--|

Negación ineficaz (00072)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés
Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento, para reducir la ansiedad o el temor, que conduce a un detrimento de la salud.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| <i>M</i> Retraso en la búsqueda de la atención sanitaria en detrimento de la salud, | <i>M</i> No percibe la relevancia personal de los síntomas. |
| <i>s</i> Desplazamiento del miedo al impacto provocado por su estado. | " Hace comentarios de rechazo al hablar de acontecimientos dolorosos. |
| <i>ü</i> Desplazamiento del origen de los síntomas a otros órganos. | 3 Hace gestos de rechazo al hablar de acontecimientos dolorosos. |
| <i>B</i> Muestra de emociones inapropiadas. | 13 Minimiza los síntomas. |
| <i>a</i> No admite el temor a la muerte. | <i>M</i> Rechaza los cuidados sanitarios en detrimento de la salud. |
| • No admite el temor a la invalidez. | % Incapacidad para admitir el impacto de la enfermedad en el estilo de vida. |
| • No percibe la relevancia personal del peligro. | <i>M</i> Uso de autotratamiento. |

Factores relacionados

- | | |
|---|---|
| • Ansiedad. | • Falta de apoyo emocional de los demás. |
| • Miedo a la muerte. | " Estrés abrumador. |
| <i>B</i> Miedo a la pérdida de autonomía. | 53 Amenaza de inadecuación al afrontar emociones intensas, |
| <i>ra</i> Miedo a la separación. | <i>s</i> Amenaza de una realidad desagradable. |
| 3 Falta de competencia en el uso eficaz de mecanismos de afrontamiento . | |
| <i>M</i> Falta de control sobre la situación vital. | |

Temor (00148)

(1980, 1996, 2000)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de atontamiento

Definición Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Características definitorias

- | | |
|--|--|
| <p>¿? Informes de alarma.
E Informes de aprensión.
E Informes de sentirse asustado.
n Informes de reducción de la seguridad en sí mismo.
• Informes de pavor.
L: Informes de intranquilidad.
EÍ Informes de aumento de la tensión.
n Informes de inquietud.
• Informes de pánico,
i; Informes de terror.</p> | <p>EJ Impulsividad.
L; Aumento de la alerta.
E Focalización limitada a la fuente de temor.</p> |
|--|--|

Fisiológicas

- Anorexia.
- Diarrea.
- Sequedad bucal.
- Disnea.
- Fatiga.
- Aumento de la transpiración,
- Aumento del pulso.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- H** Aumento de la presión arterial sistólica.
- Tirantez muscular.
- Náuseas.
- m* Palidez,
- Dilatación pupilar.
- Vómitos.

Cognitivas

- ni** Disminución de la productividad.
- t¿ Disminución de la capacidad de aprendizaje.
- 5** Disminución de la capacidad para solucionar problemas.
- ij* Identifica el objeto del miedo.
- Sí** Los estímulos se consideran una amenaza.

Conductuales

- i... Conductas de ataque.
- L; Conductas de evitación.

Factores relacionados

- | | |
|--|---|
| <p>∴ Origen innato (p. ej., ruido súbito, altura, dolor, pérdida del apoyo físico).
I.I Desencadenantes innatos (neurotransmisores).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Barreras idiomáticas. • Respuesta aprendida (p. ej., condicionamiento, imitación de otros o identificación con ellos). • Estímulos fóbicos. |
|--|---|

- Deterioro sensorial.
- Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (p. ej., hospitalización, procedimientos hospitalarios).

Falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales.

Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal (00049)

(1994)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 3: Estrés neurocomportamental

Definición Compromiso de los mecanismos de la dinámica de líquido Intracraneal que normalmente compensan el Incremento del volumen intracraneal, resultando en repetidos aumentos desproporcionados de la presión Intracraneal (PIC), en respuesta a una variedad de estímulos nocivos o no.

Características definitorias

- | | |
|--|--|
| 1 Línea base de la PIC > 10 mmHg. | E Variación de la respuesta a la prueba volumen/presión (volumen: proporción de la presión 2, índice volumen/presión < 10). |
| 2 Aumentos desproporcionados de la PIC después de un estímulo, | |
| a Curva P2 de la PIC elevada. | |
| m Repetidos aumentos > 10 mmHg durante más de 5 minutos después de diferentes estímulos externos. | 3 Ensanchamiento de la curva de la PIC. |

Factores relacionados

- | | |
|---|---|
| s Lesiones cerebrales. | 3 Hipotensión sistémica con hipertensión intracraneal. |
| s Disminución de la perfusión cerebral < 50-60 mmHg. | |
| a Aumento sostenido de la PIC de 10-15 mmHg. | |

Conducta desorganizada del lactante (00116)

(1994, 1998)

desorganizada del lactante (00116)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 3: Estrés neurocomportamental

Definición Desintegración de las respuestas fisiológicas y neurocomportamentales del lactante respecto al entorno.

Características definitorias

Sistema de atención-interacción

- e Respuesta anormal a los estímulos sensoriales (p. ej., dificultad para calmarlo, incapacidad para mantener el estado de alerta).

Sistema motor

- m Alteración de los reflejos primarios.
- E Cambios del tono motor.
- E Dedos extendidos.
- Puños apretados.
- Manos en la cara.
- a Hiperextensión de las extremidades.
- Agitación.
- Sobresalto.
- Temblores.
- sj Movimientos espasmódicos.
- m Movimientos descoordinados.

Fisiológicas

- n Arritmias.
- P Bradicardia.

Factores relacionados

Cuidador •

- ES Deficit de conocimientos de los indicadores.

- ¿¿ Desaturación,
- s Intolerancias alimentarias.
- Cambios en el color de la piel.
- m Taquicardia.
- "¿ Señales extemporáneas (p. ej., mirada, prensión, hipo, tos, estornudos, suspiros, mandíbula floja, boca abierta, lengua colgando).

Problemas regulatorios

- ñ Incapacidad para inhibir el sobresalto.
- F5 Irritabilidad.

Sistema organizativo

- ¿? Activo-despierto (mirada preocupada, nerviosa).
- 3 Sueño difuso.
- E Llanto irritable.
- K Quieto-despierto (mirada fija, aparta la mirada).
- i"i Oscilación del estado.

- £ Interpretación errónea de los indicadores.
- a Contribución a la estimulación ambiental.

Ambientales

- Falta de contención en el entorno.
- Inadecuación del entorno físico.
- Deprivación sensorial.
- Inadecuación sensorial.
- Sobrestimulación sensorial,

Individuales

- Edad gestacional.
- Enfermedad.
- Inmadurez del sistema neurológico.
- Edad posconcepción.

Pos natales

- Intolerancia alimentaria.
- Procedimientos invasivos.
- Malnutrición.
- Problemas motores.
- Problemas orales.
- Dolor.
- Prematuridad.

Prenatales

- Trastornos congénitos.
- Trastornos genéticos.
- Exposición a teratógenos.

Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante (00117)

Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante (00117)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 3: Estrés neurocomportamental

Definición El patrón de modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y conductual de un lactante (es decir, los sistemas autonómico, motor, organizativo, autorregulador y de atención-interacción) es satisfactorio pero puede mejorarse.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| 2 Estados de sueño/vigilia definidos. | n Mediciones fisiológicas estables, |
| Respuesta a los estímulos (p. ej. visuales, auditivos). | s; Empleo de algunas conductas de autorregulación, |

Riesgo de conducta desorganizada del lactante (00115)

(1994)

Riesgo de del lactante p o n s)

[1994)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 3: Estrés neurocomportamental
Definición: Riesgo de sufrir una alteración en la Integración y modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y conductual del lactante (es decir, sistemas autónomo, motor, organizativo, autorregulador y de atención-interacción).

Factores de riesgo

s Sobrestimulación ambiental.

Sí Procedimientos invasivos,

• Falta de contención en el entorno.

s Problemas motores.

m Problemas orales.

• Dolor.

• Procedimientos dolorosos.

E Prematuridad.

Disreflexia autónoma (00009) (1988)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés
Clase 3: Estrés neurocomportamental

Definición Respuesta no inhibida, amenazadora para la vida, del sistema nervioso simpático ante un estímulo nocivo tras una lesión medular a nivel D7 o superior.

Características definitorias

- Visión borrosa.
- Bradicardia.
- Dolor torácico.
- Escalofríos.
- Congestión conjuntival.
- Diaforesis (por encima del nivel de la lesión).
- Cefalea (dolor difuso en distintas partes de la cabeza y no limitado a ningún territorio nervioso específico).
- Síndrome de Horner.
- Sabor metálico en la boca.
- Congestión nasal.
- Palidez (por debajo de la lesión).
- Parestesias.
- Hipertensión paroxística.
- Reflejo pilomotor.
- m** Manchas rojas en la piel (por encima de la lesión).
- F5** Taquicardia.

Factores relacionados

- s Distensión vesical.
- /s** Distensión intestinal.
- s Conocimientos deficientes del cuidador.
- s Conocimientos deficientes del paciente,
- s Irritación cutánea.

Riesgo de disreflexia autónoma (00010)

(1998, 2000)

Riesgo de autónoma fiDaief

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 3: Estrés neurocomportamental

Definición Riesgo de respuesta no inhibida, amenazadora para la vida, del sistema nervioso simpático tras un shock medular, en una persona con una alteración o lesión en la médula espinal a nivel D6 o superior (se ha demostrado en pacientes con lesiones en D7 y D8).

Factores de riesgo

Una alteración o lesión a nivel D6 o superior y por lo menos uno de los siguientes estímulos causales.

Estímulos cardiopulmonares

- i Trombosis venosa profunda.
- j Embolia pulmonar.

Estímulos gastrointestinales

- Distensión intestinal.
- Estreñimiento.
- Dificultad para la defecación.
- Estimulación digital.
- Enemas.
- Reflujo esofágico.
- Impactación fecal.
- Litiasis biliar.
- Úlcera gástrica.
- Patología del sistema gastrointestinal.
- Hemorroides.
- Supositorios.

Estímulos cutáneos y musculoesqueléticos

- Estimulación cutánea (p. ej., úlcera por presión, uña encarnada, apositos, quemaduras, erupciones).
- Fracturas.
- Hueso heterotópico.
- Presión sobre las prominencias óseas.
- Presión sobre los genitales.

- Ejercicios de amplitud máxima de movimientos.
- Espasmos.
- Quemaduras solares.
- Heridas.

Estímulos neurológicos

- Estímulos irritantes por debajo del nivel de la lesión.
- Estímulos dolorosos por debajo del nivel de la lesión.

Estímulos del sistema regulador

- Temperaturas ambientales extremas.
- Fluctuaciones de temperatura.

Estímulos del aparato reproductor

- Eyaculación.
- Parto y alumbramiento.
- Menstruación.
- Quiste ovárico.
- Embarazo.
- Coito.

Estímulos situacionales

- r-i* Ropa constrictiva (p. ej., cinturones, calcetines, zapatos).
- ~ Reacciones medicamentosas (p. ej., descongestivos, simpaticomiméticos, vasoconstrictores).
- Abstinencia de narcóticos/opiáceos,
- t: Postura.
- i" Procedimiento quirúrgico.

Estímulos urológicos

- i* Distensión vesical,
- i." Espasmo vesical.

- Cálculos.
- Cateterización.
- Cistitis.
- Disinergia del esfínter detrusor.
- Epididimitis.
- Uso de instrumentos.
- Cirugía.
- Uretritis.
- Infección del tracto urinario.

Dominio 10

Principios vitales

Disposición para mejorar la esperanza (00185)	287
Disposición para mejorar el bienestar espiritual (00068)	288
Conflicto de decisiones (00083)	289
Incumplimiento (00079)	291
Sufrimiento moral (00175)	293
Deterioro de la religiosidad (00169)	295
Disposición para mejorar la religiosidad (00171)	296
Riesgo de deterioro de la religiosidad (00170)	297
Sufrimiento espiritual (00066)	298
Riesgo de sufrimiento espiritual (00067)	299

Disposición para mejorar la esperanza

(00185)
(2006, NDE 2.1)

Disposici

(001.85)

(2006, NDE 2.1)

Dominio 10: Principios vitales

Clase 1: Valores

Clase 2: Creencias

Dominio 6: Autopercepción

Definición: Patrón de expectativas y deseos que es suficiente para movilizar energía en beneficio propio y que puede ser reforzado.

Clase 1: Autoconcepto

Características definitorias

- § Manifiesta deseos de mejorar la habilidad para fijar objetivos alcanzables.
- re Manifiesta deseos de mejorar la confianza en las posibilidades,
- e Manifiesta deseos de mejorar la congruencia entre las expectativas y los deseos.
- m Manifiesta deseos de mejorar la esperanza.

Manifiesta deseos de mejorar la interconexión con los demás.
Manifiesta deseos de mejorar la resolución de problemas para alcanzar los objetivos.
Manifiesta deseos de mejorar el sentimiento de significado de su vida.
Manifiesta deseos de mejorar la espiritualidad.

Disposición para mejorar el bienestar espiritual (00068)

(1994, 2002, NDE2.1)

Dominio 10: Principios vitales *Clase 2: Creencias*

Definición Capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo que puede ser reforzada.

Características definitorias

Conexión con el yo

- Expresa deseos de reforzar la aceptación.
- E Expresa deseos de reforzar el afrontamiento.
- ÍÍ Expresa deseos de reforzar el coraje,
- A Expresa deseos de reforzar el perdón de sí mismo.
- s Expresa deseos de reforzar la esperanza,
- A Expresa deseos de reforzar la alegría.
- 3 Expresa deseos de reforzar el amor.
- n Expresa deseos de reforzar el significado de la vida.
- §j Expresa deseos de reforzar el propósito de la vida.
- m Expresa deseos de reforzar una filosofía de vida satisfactoria.
- b Expresa deseos de reforzar la entrega.
- s Expresa deseos de reforzar la serenidad (p. ej., paz).
- E Meditación.

Conexión con otros

- 3 Proporciona servicios a los demás.
- m Solicita interacciones con personas significativas.

- 3 Solicita interacciones con líderes espirituales.

:a Solicita el perdón de los demás.

Conexiones con el arte, la música, la literatura, la naturaleza

- Muestra energía creativa (p. ej., escribiendo, haciendo poesías, cantando).
- e Escucha música.
- * Lee literatura espiritual.
- 2 Pasa tiempo en el exterior.

Conexiones con un poder superior al yo

- A Expresa temor reverencial.
- 1 Expresa reverencia.
- m Participa en actividades religiosas.
- s Reza.
- A Informa de experiencias místicas.

Conflicto de decisiones (00083)

(1988, 2006, NDE 2.1)

Dominio 10: Principios vitales

Clase 3: Valores/creencias/congruencia de la acción

Definición Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida, o supone un reto para los valores y creencias personales.

Características definitorias

- !7 Retraso en la toma de la decisión.
- Signos físicos de distrés o tensión (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la tensión muscular, inquietud),
- s Cuestionamiento de los principios morales mientras se intenta tomar una decisión.
- J Cuestionamiento de las reglas morales mientras se intenta tomar una decisión,
- a Cuestionamiento de los valores morales mientras se intenta tomar una decisión.
- a Cuestionamiento de las creencias personales mientras se intenta tomar una decisión.
- s Cuestionamiento de los valores personales mientras se intenta tomar una decisión.
- Egocentrismo.
- Vacilación entre elecciones alternativas.
- s Verbaliza sentimientos de distrés mientras se intenta tomar una decisión.
- a Verbaliza incertidumbre sobre las elecciones.
- H Verbaliza las consecuencias no deseadas de las acciones alternativas a considerar.

Factores relacionados

- p, Fuentes de información divergentes.
- i?i Interferencia con la toma de decisiones.
- m. Falta de experiencia en la toma de decisiones.
- s Falta de información relevante,
- a Obligaciones morales que comporta realizar una acción,
- s Obligaciones morales que comporta no realizar una acción.
- Principios morales que apoyan las distintas opciones mutuamente contradictorias.
- ifi Reglas morales que apoyan las distintas opciones mutuamente contradictorias,
- s Valores morales que apoyan las distintas opciones mutuamente contradictorias.
- m Múltiples fuentes de información,
- a Percepción de amenaza al sistema de valores personales.
- s Déficit del sistema de soporte.
- m Creencias personales poco claras,
- a Valores personales poco claros.

Incumplimiento (00079)

(1973, 1996, 1998)

Dominio 10: Principios vitales

Clase 3: Valores/creencias/congruencia de la acción

Definición Conducta de una persona o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (o la familia o comunidad) y un profesional de la salud. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador lo incumple total o parcialmente y puede conducir a resultados clínicos parcial o totalmente Ineficaces.

Características definitorias

EÍ Conducta indicativa de incumplimiento,	a No asistencia a las visitas concertadas.
n Evidencia de desarrollo de complicaciones.	Falta de progresos,
E Evidencia de exacerbación de los síntomas.	n Pruebas objetivas (p. ej., medidas fisiológicas, detección de marcadores fisiológicos).

Factores relacionados

Sistema de salud

- h** Acceso a los cuidados.
- s** Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados.
- ↳** Habilidades de comunicación del proveedor de los cuidados.
- Conveniencia de los cuidados,
- a** Credibilidad del proveedor de cuidados,
- s** Cobertura sanitaria individual,
- í;** Continuidad del proveedor de los cuidados.
- r** Seguimiento regular del proveedor de los cuidados,
- i;** Remuneración del proveedor de los cuidados,
- t** Satisfacción con los cuidados,
- ;** Habilidades de enseñanza del proveedor de los cuidados.

Plan de cuidados de la salud

- "** Complejidad.
- E§** Coste.
- 5** Duración.
- ¡i** Flexibilidad económica del plan.
- "** Intensidad.

Individuales

- ¡3** Influencias culturales.
- ;;** Habilidades de desarrollo.
- v.** Creencias sobre la salud,
- K** Sistema de valores individual.
- ~<** Conocimientos relevantes para la conducta prescrita.
- Fuerzas motivacionales.
- f"** Habilidades personales,
- f"** Personas significativas.

R Habilidad relevante para la
conducta prescrita.
ñ Valores espirituales.

Percepción de las creencias de las
personas significativas.
Valoración social del plan.

Red de soporte

"i Implicación de los miembros en el
plan de salud.

Sufrimiento moral (00175)

(2006, NBE 2.ª)

Dominio 10: Principios vitales

Clase 3: Valores/creencias/congruencia de la acción

Definición Respuesta a la Incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/morales elegidas.

Características definitorias

<i>B</i> Expresa angustia (p. ej., impotencia, culpa, frustración, ansiedad, incertidumbre, temor)	por la dificultad de actuar basándose en la propia elección moral.
--	--

Factores relacionados

<i>B</i> Conflicto entre los que deben tomar la decisión.	Decisiones en la etapa final de la vida.
<i>m</i> La información para guiar la toma de decisiones éticas es contradictoria.	Pérdida de autonomía. Distancia física de la persona que toma las decisiones.
<i>§</i> La información para guiar la toma de decisiones morales es contradictoria,	Limitación del tiempo para la toma de decisiones.
<i>s</i> Conflictos culturales.	Decisiones sobre el tratamiento.

Deterioro de la religiosidad (00169)

(2004, NDE 2.1)

Dominio 10: Principios vitales

Clase 3: Valores/creencias/congruencia de la acción

Definición Deterioro de la capacidad para confiar en las creencias o participar en los rituales de una tradición religiosa en particular.

Características definitorias

- | | |
|---|---|
| <p>Ei Dificultad para adherirse a las ideas religiosas prescritas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Dificultad para adherirse a los rituales religiosos prescritos (p. ej., ceremonias religiosas, regulaciones dietéticas, vestido, rezos, culto/servicios religiosos, conductas religiosas privadas/lectura de material religioso/medios de comunicación, prácticas para los días festivos, encuentro con los líderes religiosos).• Expresa sufrimiento emocional por la separación de su comunidad religiosa. | <p>H Expresa necesidad de volver a entrar en contacto con patrones anteriores de creencias.</p> <p>ai Expresa necesidad de volver a entrar en contacto con costumbres anteriores.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuestiona los patrones de creencias religiosas,a Cuestiona las costumbres religiosas. |
|---|---|

Factores relacionados

Situacionales y de desarrollo

- Envejecimiento.
 - u** Crisis de la etapa final de la vida.
 - Transiciones vitales.
- i** Crisis personal.
i;i Uso de la religión para manipular.

Físicos

- M** Enfermedad.
- Dolor.

Psicológicos

- Ansiedad.
- Miedo a la muerte.
- Afrontamiento ineficaz.
- Apoyo ineficaz.
- n** Falta de seguridad.

Socioculturales

- i** Barreras culturales para las prácticas religiosas.
- Barreras ambientales para las prácticas religiosas.
- L;** Falta de integración social.
- Falta de interacción sociocultural.

Espirituales

- **j** Crisis espirituales.
- Lj** Sufrimiento.

Disposición para mejorar la religiosidad (00171)

(2004 NDE 2.1)

Dominio 10: Principios vitales

Clase 3: Valores/creencias/congruencia de la acción

Definición Capacidad para aumentar la confianza en las creencias religiosas y/o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular.

Características definitorias

- r; Expresa deseos de reforzar los patrones de creencias religiosas que le han proporcionado confort en el pasado,
- Expresa deseos de reforzar los patrones de creencias religiosas que le han proporcionado religión en el pasado.
- d Expresa deseos de reforzar las costumbres religiosas que le han proporcionado confort en el pasado.
- a Expresa deseos de reforzar las costumbres religiosas que le han proporcionado religión en el pasado.
- Questiona los patrones de creencias que son lesivos.
- i 3 Questiona las costumbres que son lesivas.
- =3 Rechaza los patrones de creencias que son lesivas.
- Rechaza las costumbres que son lesivas.
- d Solicita ayuda para aumentar sus opciones religiosas.
- r« Solicita ayuda para aumentar la participación en las creencias religiosas prescritas (p. ej., ceremonias religiosas, regulaciones dietéticas, vestido, rezos, culto/servicios religiosos, conductas religiosas privadas/lectura de material religioso/medios de comunicación, prácticas para los días festivos).
- Solicita perdón.
- u Solicita reunirse con líderes/facilitadores religiosos.
- n Solicita reconciliación.
- n Solicita experiencias religiosas.
- n Solicita material religioso.

Riesgo de deterioro de la religiosidad (00170) (2004, NDE 2.1)

Riesgo de deterioro

(2004, NDE 2.1)

Dominio 10: Principios vitales

Clase 3: Valores/creencias/congruencia de la acción

Definición Riesgo de deterioro de la capacidad para confiar en las creencias religiosas y/o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular.

Factores de riesgo

De desarrollo

i3 Transiciones vitales.

Ambientales

~' Barreras para las prácticas religiosas.

S. Falta de transporte.

Físicos

- Hospitalización.
- Enfermedad,

E Dolor.

Psicológicos

Depresión.

- Ineficacia en la administración de los cuidados,
- i Ineficacia en el afrontamiento.
- Ineficacia en el apoyo.
- Falta de seguridad.

Socioculturales

- Barreras culturales para las prácticas religiosas.
- Falta de interacción social.
- ~ Aislamiento social.

Espirituales

r: Sufrimiento.

Riesgo de sufrimiento espiritual (00067)

espiritual (00067)

(1998, 2004, NDE 2.1)

Dominio 10: Principios vitales

Clase 3: Valores/creencias/congruencia de la acción

Definición Riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo.

Factores de riesgo

De desarrollo

- Cambios vitales.

Ambientales

- Cambios ambientales.
- Desastres naturales.

Físicos

- Enfermedad crónica.
- Enfermedad física.
- Abuso de sustancias.

Psicosociales

- Ansiedad.
- Bloqueo para experimentar amor.

- Cambio en los rituales religiosos.
- Cambio en las prácticas espirituales.
- Conflicto cultural.
- Depresión.
- Incapacidad para perdonar.
- Pérdida.
- Baja autoestima.
- Relaciones deficientes.
- Conflicto racial.
- Separación de los sistemas de soporte.
- Estrés.

Dominio 11

Seguridad/protección

Riesgo de infección (00004)	303
Riesgo de asfixia (00036)	304
Riesgo de aspiración (00039)	305
Riesgo de caídas (00155)	306
Deterioro de la dentición (00048)	308
Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086)	309
Deterioro de la integridad cutánea (00046)	310
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)	311
Deterioro de la integridad tisular (00044)	312
Riesgo de lesión (00035)	313
Riesgo de lesión postural perioperatoria (00087)	314
Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)	315
Deterioro de la mucosa oral (00045)	316
Protección ineficaz (00043)	318
Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (00156)	319
Riesgo de traumatismo (00038)	320
Riesgo de traumatismo vascular (00213)	322
Automutilación (00151)	323
Riesgo de automutilación (00139)	325
Riesgo de suicidio (00150)	326
Riesgo de violencia autodirigida (00140)	327
Riesgo de violencia dirigida a otros (00138)	328
Contaminación (00181)	329
Riesgo de contaminación (00180)	333
Riesgo de intoxicación (00037)	336
Respuesta alérgica al látex (00041)	337
Riesgo de respuesta alérgica al látex (00042)	339
Hipertermia (00007)	340
Hipotermia (00006)	341
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005)	342
Termorregulación ineficaz (00008)	343

Riesgo de infección (00004)

(1986)

Dominio 11: Seguridad/protección *Clase 1: Infección*

Definición Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Factores de riesgo

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| n Enfermedad crónica. | : Inmunosupresión. |
| • Inmunidad adquirida inadecuada. | • Procedimientos invasivos. |
| r- Defensas primarias inadecuadas | • Insuficiencia de conocimientos |
| (p. ej., rotura de la piel, | para evitar la exposición a los |
| traumatismo tisular, disminución | agentes patógenos. |
| de la acción ciliar, estasis de los | • Malnutrición. |
| líquidos corporales, cambio del pH | ;" Agentes farmacológicos |
| de las secreciones, alteración del | (p. ej., inmunosupresores). |
| peristaltismo). | :: Rotura prematura de las |
| n Defensas secundarias inadecuadas | membranas amnióticas. |
| (p. ej., disminución de la | i- Rotura prolongada de las |
| hemoglobina, leucopenia, | membranas amnióticas. |
| supresión de la respuesta | n Traumatismo, |
| inflamatoria). | : i Destrucción tisular. |
| ;g Aumento de la exposición | |
| ambiental a agentes patógenos. | |

Riesgo de asfixia (00036) (1980)

Dominio 11: Seguridad/protección
Clase 2: Lesión física

Definición Aumento del riesgo de asfixia accidental (aire disponible para la inhalación inadecuado).

Factores de riesgo

Externos

- A Desechar neveras sin quitar las puertas,
- y Ingerir grandes bocados de comida.
- 3 Colgar el chupete alrededor del cuello del niño,
- y Fugas de gas doméstico.
- & Insertar pequeños objetos en las vías aéreas.
- Dejar a los niños en el agua sin supervisión,
- A Tendedero con las cuerdas tensadas bajas,
- A Poner una almohada en la cuna de un niño,
- A Jugar con bolsas de plástico,
- a Dejar un biberón en la cuna de un niño.

= : Fumar en la cama.

- A Usar calefacción de gas sin ventilación al exterior.
- ¡H Calentar el motor de un vehículo en un garaje cerrado.

Internos

- PJ Dificultades cognitivas.
- g Procesos patológicos,
- a Dificultades emocionales.
- a Procesos de lesiones.
- n Falta de educación para la seguridad.
- i2 Falta de precauciones de seguridad,
- A Reducción de las habilidades motoras.
- ü Reducción del sentido del olfato.

Riesgo de aspiración (00039)

Riesgo de [^]1i| (00039)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

Definición Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.

Factores de riesgo

- | | |
|---|---|
| Disminución de la motilidad gastrointestinal. | n Deterioro de la deglución. |
| ñ Retraso en el vaciado gástrico. | • Administración de medicación. |
| • Depresión del reflejo tusígeno. | • Cirugía del cuello. |
| • Depresión del reflejo nauseoso. | • Traumatismo del cuello, |
| • Cirugía facial. | • Cirugía oral. |
| • Traumatismo facial. | • Traumatismo oral. |
| Sondajes gastrointestinales. | • Intubación endotraqueal. |
| ri Incompetencia del esfínter esofágico inferior. | • Traqueostomía. |
| • Aumento del volumen gástrico residual, | • Reducción del nivel de conciencia. |
| a Aumento de la presión intragástrica. | L: Situaciones que dificultan la elevación de la parte superior del cuerpo. |
| | ": Alimentación por sonda. |
| | v Cerclaje mandibular. |

Riesgo de caídas (00155)

(2000)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

Definición Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Factores de riesgo

Adultos

- Edad igual o superior a 65 años.
- Historia de caídas,
- a** Vivir solo.
- Prótesis en las extremidades inferiores.
- a** Uso de dispositivos de ayuda (p. ej., andador, bastón),
- a** Uso de silla de ruedas.

Niños

- i. Edad < 2 años.
- !** Cama situada cerca de una ventana.
- ✕** Falta de sujeciones en el coche,
- "i** Falta de barandilla protectora en la escalera,
- i** Falta de protección en las ventanas,
- a** Falta de supervisión parental.
- a** Sexo masculino cuando tiene < 1 año.
- Niños desatendidos en una superficie elevada (p. ej., cama/cambiador).

Cognitivos

- Disminución del estado mental.

Ambientales

- Entorno desordenado.
- a** Habitación débilmente iluminada.
- B** Falta de material antideslizante en la bañera.

- ; ' Falta de material antideslizante en la ducha.
- Sujeciones.
- Alfombras.
- a** Habitación desconocida.
- : Condiciones climatológicas (p. ej., calles húmedas, hielo).

Medicación

- Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA).
- a** Consumo de alcohol.
- Ansiolíticos.
- Agentes antihipertensivos.
- a** Diuréticos.
- a** Hipnóticos.
- a** Narcóticos.
- a** Tranquilizantes.
- a** Antidepresivos tricíclicos.

Fisiológicos

- Anemias.
- Artritis.
- Diarrea.
- Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores,
- Dificultad en la marcha.
- Mareos al extender el cuello.
- Mareos al girar el cuello.
- Problemas en los pies.
- Dificultades auditivas.
- Deterioro del equilibrio.
- Deterioro de la movilidad física,

Incontinencia.
Neoplasias (p. ej., fatiga/limitación
de la movilidad),
Neuropatía.
Hipotensión ortostática.
Estados postoperatorios.
Cambios de la glucemia
posprandial.

Enfermedad aguda.
Déficits propioceptivos.
Insomnio.
Urgencia.
Enfermedad vascular.
Dificultades visuales.

Deterioro de la dentición (00048)

(1998)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

Definición Alteración de los patrones de erupción o desarrollo de los dientes o de la integridad estructural de la dentadura.

Características definitorias

- Dientes desgastados.
- Ausencia de dientes.
- Expresión facial asimétrica.
- Caries en la corona.
- Erosión del esmalte.
- Cálculos excesivos.
- Exceso de placa.
- Halitosis.
- Erupción incompleta para la edad (puede ser de los dientes de leche o de los definitivos).
- Dientes flojos.
- Mala oclusión dental.
- Falta de piezas dentarias,
- Pérdida prematura de los dientes de leche,
- Caries en las raíces.
- Decoloración del esmalte dental.
- Fractura/s dental/es.
- Mala alineación dental,
- Dolor dental.
- Desgaste dental.

Factores relacionados

- Barreras para el autocuidado.
- Bruxismo.
- Consumo prolongado de café.
- Consumo prolongado de té.
- Consumo prolongado de vino tinto.
- Consumo prolongado de tabaco.
- Vómitos crónicos.
- Falta de conocimientos sobre la salud dental.
- Hábitos dietéticos.
- Barreras económicas para los cuidados profesionales.
- Uso excesivo de agentes de limpieza abrasivos.
- Aporte excesivo de sustancias fluoradas.
- Predisposición genética.
- Higiene oral ineficaz.
- Falta de acceso a los cuidados profesionales.
- Déficits nutricionales.
- Prescripción de ciertos medicamentos.
- Sensibilidad al frío.
- Sensibilidad al calor.

Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086) (1992)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

Definición Riesgo de sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad.

Factores de riesgo

y. Quemaduras.

i" Fracturas.

- Inmovilización.

Compresión mecánica (p. ej.,
torniquete, muleta, escayola,
abrazadera, aposito, sujeción).

n' Cirugía ortopédica.

- Traumatismos.

n Obstrucción vascular.

Deterioro de la integridad cutánea (00046)

Deterioro de la **Clase 2: Lesión física**

Definición Alteración de la epidermis y/o la dermis.

Características definitorias

L Destrucción de las capas de la piel. :: Invasión de las estructuras
L"J Alteración de la superficie de la corporales.
piel.

Factores relacionados

Externos

n Sustancias químicas.
• Edades extremas.
• Humedad.
• Hipertermia.
• Hipotermia.
• Factores mecánicos (p. ej., fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones).
• Medicaciones.
:i Hidratación.
M Inmovilización física.
j•i Radiación.

Internos

Cambios en el estado de los líquidos.
: Cambios en la pigmentación.
• Cambios en el tensor.
• Factores de desarrollo.
• Desequilibrio nutricional (p. ej., obesidad, emaciación).
: ! Déficit inmunitario.
• Deterioro de la circulación.
• Deterioro del estado metabólico.
• Deterioro de la sensibilidad,
: : Proliferación óseas.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

Definición Riesgo de alteración cutánea adversa.

Factores de riesgo

Externos

Sustancias químicas.
Excreciones.
Edades extremas.
Humedad.
Hipertermia.
Hipotermia.
Factores mecánicos (p. ej., fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones).
Medicamentos.
Hidratación.
Inmovilización física.
Radiación.
Secreciones.

Internos

: : Cambios en la pigmentación.
• Cambios en el tensor de la piel.
• Factores de desarrollo.
m Estado de desequilibrio nutricional (p. ej., obesidad, emaciación),
• Deterioro de la circulación.
• Deterioro del estado metabólico.
• Deterioro de la sensibilidad.
• Factores inmunológicos.
Medicamentos.
J Factores psicogenéticos.
P prominencias óseas.

Nota: El riesgo se debe determinar mediante el uso de un sistema estandarizado de valoración del riesgo (escala de valoración del riesgo).

Deterioro de la integridad tisular (00044) (1986, 1998)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

Definición Lesión de la membrana mucosa, corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.

Características definitorias

3 Lesión tisular (p. ej., córnea, membranas mucosas, tejido tegumentario o subcutáneo).

Destrucción tisular.

Factores relacionados

- a Alteración de la circulación.
- Irritantes químicos.
- Déficit de líquidos,
- a Exceso de líquidos.
- Deterioro de la movilidad física.
- Déficit de conocimientos.

- u Factores mecánicos (p. ej., presión, cizallamiento, fricción).
- :i Factores nutricionales (p. ej., déficit o exceso).
- Radiación.
- ;i Temperaturas extremas.

Riesgo de lesión (00035)

Dominio 11: Seguridad/protección
Clase 2: Lesión física

Definición Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

Factores de riesgo

Externos

- Biológicos (p. ej., nivel de inmunización de la comunidad, microorganismos).
- Químicos (p. ej., venenos, contaminantes, drogas, fármacos, alcohol, nicotina, conservantes, cosméticos, colorantes).
- ~ Humanos (p. ej., agentes nosocomiales, patrones de dotación de personal, o factores cognitivos, afectivos, psicomotores).
- Sistema de transporte.
- Nutricionales (p. ej., vitaminas, tipos de alimentos),
- Físicos (p. ej., diseño, estructura y disposición de la comunidad, edificios o equipamientos).

Internos

- i: Perfil sanguíneo anormal (p. ej., leucocitosis/leucopenia, alteración de los factores de coagulación, trombocitopenia, células falciformes, talasemia, disminución de la hemoglobina).
- "" Disfunción bioquímica
- Edad de desarrollo (fisiológico, psicológico).
- . Disfunción efectora.
- !j Disfunción inmune/autoinmune.
- Disfunción integradora.
- _j Malnutrición.
- ∴ Físicos (p. ej., solución de continuidad de la piel, alteración de la movilidad).
- ¹ Psicológicos (orientación afectiva).
- ∴ Disfunción sensorial.
- ; Hipoxia tisular.

Riesgo de lesión postural perioperatoria (00087)

(1994, 2006, NDE 2.1)

Riesgo de lesión postural perioperatoria (00087)

(1994, 2006, NDE 2.1)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

Definición Riesgo de cambios anatómicos y físicos accidentales como consecuencia de la postura o equipo usado durante un procedimiento quirúrgico invasivo.

Factores de riesgo

Desorientación.	∴ Debilidad muscular.
Edema.	• Obesidad.
... Emaciación.	∴ Alteraciones sensitivo-perceptuales
... Inmovilización.	debidas a la anestesia.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031) (1980, 1996, 1998)

Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031) (1980, 1996, 1998)

Dominio 11: Seguridad/protección

Definición física

Definición física: Ineficacia para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">Ausencia de tos.• Sonidos respiratorios adventicios,• Cambios en la frecuencia respiratoria.• Cambios en el ritmo respiratorio.• Cianosis.• Dificultad para vocalizar.• Disminución de los sonidos respiratorios. | <ul style="list-style-type: none">11 Disnea.• Excesiva cantidad de esputo.• Tos inefectiva.• Ortopnea.• Agitación.• Ojos muy abiertos. |
|---|--|

Factores relacionados

Ambientales

- Fumador pasivo.
- Inhalación de humo de tabaco,
- Tabaquismo.

Obstrucción de las vías aéreas

- Espasmo de las vías aéreas.
- Mucosidad excesiva.
- Exudado alveolar.
- Cuerpo extraño en las vías aéreas.
- Vía aérea artificial.

- Retención de las secreciones.
- Secreciones bronquiales.

Fisiológicos

- * Alergia en vías aéreas.
- Asma.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Hiperplasia de las paredes bronquiales.
- Infección.
- Disfunción neuromuscular.

Deterioro de la mucosa oral (00045)

(1982, 1998)

Deterioro de

(1982, 1998)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

Definición Alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| L; Sangrado. | " Nodulos. |
| \. Masas azuladas
(p. ej., hemangioma) | • Malestar oral. |
| Queilitis. | • Lesiones orales. |
| H Lengua saburra. | • Dolor oral. |
| • Descamación. | • Ulceras orales. |
| • Dificultad para hablar. | • Pápulas. |
| • Dificultad para comer. | • Orificios gingivales con
profundidad superior a 4 mm. |
| • Dificultad para deglutir. | • Presencia de patógenos. |
| " Disminución del sentido
del gusto. | • Drenaje purulento. |
| Edema. | • Exudado purulento. |
| r Agrandamiento de las amígdalas. | : Masas rojas o azuladas
(p. ej., hemangioma). |
| • Fisuras. | • Informes de mal sabor de boca. |
| • Lengua geográfica. | • Lengua blanda, atrófica. |
| • Hiperplasia gingival. | • Parches esponjosos. |
| M Palidez gingival. | • Estomatitis. |
| • Recesión gingival. | • Vesículas. |
| • Halitosis. | • Exudado blando, como cuajada. |
| B Hiperemia. | • Parches o placas blancos. |
| • Macroplasia. | • Parches blancos. |
| • Denudación de la mucosa. | M Placas blancas. |
| Palidez de la mucosa | • Xerostomia. |

Factores relacionados

- | | |
|--|--|
| Ü Barreras para el autocuidado oral. | • Disminución de las plaquetas. |
| -" Barreras para el cuidado
profesional. | • Disminución de la salivación. |
| ::; Quimioterapia. | • Conocimientos deficientes sobre
la higiene oral adecuada. |
| n Irritantes químicos (p. ej., alcohol,
tabaco, alimentos ácidos, drogas,
uso habitual de inhaladores
u otros agentes nocivos). | • Deshidratación. |
| • Paladar hendido. | • Depresión. |
| • Labio leporino. | ::; Disminución de los niveles
hormonales (en mujeres). |
| | • Higiene oral inefectiva. |
| | Infección, |

Compromiso inmunitario.
Inmunosupresión.
Pérdida de estructuras de soporte.
Malnutrición.
Factores mecánicos (p. ej.,
dentadura mal adaptada, puentes,
intubación [endotraqueal,
nasogástrica], cirugía en la cavidad
oral).

Efectos secundarios
de la medicación.
Respiración bucal.
Dieta absoluta durante más
de 24 horas.
Radioterapia.
Estrés.
Traumatismo.

Protección ineficaz (00043) (1990)

Dominio 11: Seguridad/protección
Clase 2: Lesión física

Definición Disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.

Características definitorias

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Alteración de la coagulación. | • Deterioro de la cicatrización. |
| • Anorexia. | • Insomnio. |
| • Escalofríos. | • Prurito. |
| • Tos. | • Respuestas desadaptadas al estrés. |
| • Deficiencia inmunitaria. | • Alteración neurosensorial. |
| • Desorientación. | • Sudoración. |
| u Disnea. | • Úlceras por presión. |
| • Fatiga. | • Agitación. |
| n Inmovilidad. | • Debilidad. |

Factores relacionados

- | | |
|---|---|
| • Perfiles hematológicos anormales (p. ej., leucopenia, trombocitopenia, anemia, coagulación). | • Edad extrema. |
| m Abuso de alcohol. | • Trastornos inmunitarios. |
| • Cáncer. | • Nutrición inadecuada. |
| i Farmacoterapia (p. ej., antineoplásicos, corticoesteroides, terapia inmunitaria, anticoagulantes, trombolíticos). | n Tratamientos (p. ej., cirugía, radioterapia). |

Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (00156)

(2002, NDL 3.3)

Riesgo de de muerte súbita del lactante (00156)

(2002 NDL >3)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

Definición Presencia de factores de riesgo para la muerte súbita de un niño de edad inferior a 1 año.

Modificables

- * Cuidados prenatales tardíos.
- Niño excesivamente acalorado.
- Niño arropado en exceso.
- u** Acostar a los niños en decúbito prono.
- Acostar a los niños en decúbito lateral.
- Falta de cuidados prenatales.
- Exposición posnatal del niño al humo de tabaco.
- u** Exposición prenatal del niño al humo del tabaco.
- u** Colchón blando (prendas flojas en el entorno donde duerme el lactante).

Potencia/mente modificables

- Bajo peso al nacer.
- Prematuridad.
- Madre muy joven.

No modificables

- Etnia (p. ej., afroamericanos, nativos americanos).
- Sexo masculino.
- Temporalidad de las muertes por el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) (p. ej., meses de invierno y otoño).
- j Edad del lactante de 2-4 meses.

Riesgo de traumatismo (00038)

Dominio 11: Seguridad/protección Clase 2: Lesión física

Definición Aumento del riesgo de lesión tisular accidental (p. ej., una herida, una quemadura, una fractura).

Factores de riesgo

Externos

- Accesibilidad a armas de fuego,
- a Baño en agua muy caliente (p. ej., baño no supervisado de niños pequeños).
- L :: Bañera sin equipo antideslizante.
- Niños jugando con objetos peligrosos.
- fj Niños jugando en lo alto de escaleras sin barrera de protección.
- ~. Niños que viajan en el asiento delantero del coche.
- Contacto con corrosivos.
- Contacto con frío intenso.
- Contacto con maquinaria que se mueve con gran rapidez.
- Aparatos defectuosos.
- Retraso en el encendido de dispositivos de gas.
- Conducir vehículos mecánicos inseguros.
- Conducir a velocidad excesiva.
- Conducir en estado de intoxicación.
- Conducir sin las ayudas visuales necesarias.
- Entrar en habitaciones no iluminadas.
- Experimentar con productos químicos.
- a Exposición a maquinaria peligrosa.
- Enchufes eléctricos defectuosos.
- Ropa de niños inflamable.
- E Juguetes de niños inflamables.
- R Cables pelados.
- Acumulación de residuos grasos en la cocina.
- m Camas altas.
- H Vecindario con alta tasa de delincuencia.
- Mecanismos de solicitud de ayuda inadecuados para las personas encamadas.
- Escaleras con barandillas inadecuadas.
- Combustible almacenado de manera inadecuada (p. ej., cerillas, trapos manchados de aceite).
- L Productos cáusticos almacenados inadecuadamente (p. ej., lejía).
- ?i Cuchillos almacenados sin protección.
- Falta de protección de las fuentes de calor.
- P Grandes carámbanos de hielo colgando del tejado.
- M Uso incorrecto del casco necesario.
- ~; Uso incorrecto de las sujeciones en los asientos.
- No utilización de las sujeciones en los asientos,
- i" Obstrucción de los pasillos.
- Sobreexposición a radiaciones.
- '; Sobrecarga de los enchufes eléctricos.
- ; i Sobrecarga de las cajas de fusibles.
- Proximidad física a una zona de paso de vehículos (p. ej., avenidas, callejones, vías de tren).
- i" Jugar con explosivos.

- Asas o mangos de recipientes que sobresalen del borde de la cocina.
- Potencial ignición de fugas de gas.
- Suelos resbaladizos (p. ej., húmedos o muy encerados).
- ¡ Fumar en la cama.
- Fumar cerca de una fuente de oxígeno.
- Luchar contra las sujeciones físicas,
- Cables eléctricos sueltos,
- Alfombras sin fijar al suelo.
- Carretera poco segura.
- Caminos poco seguros.
- Falta de protección de las ventanas en casas con niños pequeños.
- Uso de vajilla resquebrajada.
- Uso de sillas inestables.
- Uso de escaleras inestables.
- Llevar ropas sueltas cerca de las llamas.

Internos

- n Problemas de equilibrio.
- Dificultades cognitivas.
- Dificultades emocionales.
- Historia de traumatismos previos.
- Recursos económicos insuficientes,
- ¡ Falta de educación para la seguridad.
- : Falta de precauciones de seguridad.
- ; Mala visión.
- :: Disminución de la coordinación ojo-mano.
- L: Reducción de la coordinación muscular.
- Reducción de la sensibilidad.
- : Debilidad.

Riesgo de traumatismo vascular (00213)

(2008, NDE 2.1)

Riesgo de

(2008, NDE 2.1)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

Definición Riesgo de lesión en una vena y tejidos circundantes relacionado con la presencia de un catéter y/o con la perfusión de soluciones.

Factores de riesgo

- | | |
|---|---|
| ... Tipo de catéter. | Zona de inserción. |
| • Calibre del catéter. | • Duración de la inserción |
| • Incapacidad para visualizar la zona de inserción. | • Composición de la solución (p. ej., concentración, irritante químico, temperatura, pH). |
| • Fijación inadecuada del catéter. | |
| Ritmo de infusión. | |

Bibliografía

- Adami N., Gutierrez M., Fonseca S. & Almeida, E. (2005). Risk management of extravasation of cytostatic drugs at the adult chemotherapy outpatient clinic of a university hospital. *Journal of Clinical Nursing* 14: 876-82
- Arreguy-Sena, C. & de Carvalho, E.C. (2003). Puncão venosa periférica: análise dos critérios adotados por uma equipe de enfermagem para avaliar e remover um dispositivo endovenoso. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro: EEAN-UFRJ 7: 351-60.
- Arreguy-Sena, C. (2002). *A trajetória de construído e validado dos diagnósticos de enfermagem: Trauma Vascular e Risco para Trauma Vascular*. [Tese] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, p. 280.
- Phillips, L. (2005). *Manual of IV Therapeutics*, 4th edn. Philadelphia, PA: Davis.
- Polimeno, N., Fiara, M., Appezzato, L., Fernandes, V., Cintra, L., & Hará, C. (1995) Incidência e caracterização da tromboflebite superficial (TFS) pós-venóclise em Hospital Universitário. *Jornal Brasileiro de Medicina* 69: 196-204.

Automutilación (00151) (2000)

Dominio 11: Seguridad/protección *Clase 3: Violencia*

Definición Conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.

Características definitorias

- Causarse abrasiones.
- Morderse.
- Constreñir una parte del cuerpo.
- Hacerse cortes en el cuerpo.
- Golpearse.
- Ingestión de sustancias nocivas.
- Inhalación de sustancias nocivas.
- Inserción de objetos en los orificios corporales.
- Hurgarse las heridas.
- Arañarse el cuerpo.
- Quemaduras autoinfligidas.
- Realizarse incisiones.

Factores relacionados

- Adolescencia.
- Autismo.
- Niño maltratado.
- Trastornos límite de la personalidad.
- Trastornos del carácter.
- Enfermedad en la infancia.
- Abusos sexuales en la infancia.
- Cirugía en la infancia.
- Despersonalización.
- Persona con retraso en el desarrollo.
- Disociación.
- Trastorno de la imagen corporal.
- Trastorno de las relaciones interpersonales.
- Trastornos alimentarios.
- Trastornos emocionales.
- Alcoholismo familiar.
- Divorcio de los padres.
- Historia familiar de conductas autodestructivas.
- Se siente amenazado por la pérdida de relaciones significativas.
- Historia de incapacidad para planificar soluciones.
- Historia de incapacidad para ver las consecuencias a largo plazo.
- Historia de conductas autolesivas.
- Impulsividad.
- Incapacidad para expresar verbalmente la tensión.
- Encarcelamiento.
- Atontamiento ineficaz.
- Impulso irresistible de cortarse.
- Impulso irresistible de autolesionarse.
- Aislamiento de sus iguales.
- Conducta lábil.
- Falta de confidente familiar.
- Vivir en un entorno no tradicional (p. ej., casa de acogida, grupo o cuidado institucional).
- Autoestima baja.
- Acumulación de tensión que resulta intolerable.
- Necesidad de una rápida reducción del estrés.

- i. Sentimientos negativos (p. ej., depresión, rechazo, odio hacia sí mismo, ansiedad por separación, culpa, despersonalización).
- r: Iguales que se automutilan.
 - Perfeccionismo.
- ¡" Mala comunicación entre los padres y el adolescente.
- ¡¡ Estado psicótico (p. ej., alucinaciones en las que se reciben órdenes).

- Crisis de identidad sexual.
- :.i Abuso de sustancias.
 - Imagen corporal inestable.
 - Autoestima inestable.
- r. Uso de la manipulación para establecer relaciones significativas con otros,
- ; i Violencia entre las figuras parentales.

Riesgo de automutilación (00139)

Riesgo de

[1992, 2000]

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 3: Violencia

Definición Riesgo de conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.

Factores de riesgo

- 3 Adolescencia.
- Autismo.
- Niño maltratado.
- Trastornos límite de la personalidad.
- Trastornos del carácter.
- Enfermedad en la infancia.
- Abusos sexuales en la infancia.
- Cirugía en la infancia.
- Despersonalización.
- Persona con retraso en el desarrollo, Disociación.
- Trastorno de la imagen corporal.
- Trastorno de las relaciones interpersonales.
- Trastornos alimentarios.
- Trastornos emocionales del niño.
- Alcoholismo familiar.
- Divorcio de los padres.
- Historia familiar de conductas autodestructivas.
- Se siente amenazado por la pérdida de relaciones significativas.
- Historia de incapacidad para planificar soluciones.
- s Historia de incapacidad para ver las consecuencias a largo plazo.
- Historia de conductas autolesivas.
- a Impulsividad.
- :: Incapacidad para expresar verbalmente la tensión.
- Lí Afrontamiento ineficaz.
- ¡Y Encarcelamiento.
- Impulso irresistible de autolesionarse.
- Aislamiento de sus iguales.
- FI Vivir en un entorno no tradicional (p. ej., casa de acogida, grupo o cuidado institucional).
- ~: Pérdida de control en las situaciones que requieren solución de problemas.
- !¡ Pérdida de relaciones significativas.
- Baja autoestima.
- Cúmulo de tensión que resulta insoportable.
- LJ Necesidad de una rápida reducción del estrés,
- n Sentimientos negativos (p. ej., depresión, rechazo, odio hacia sí mismo, ansiedad por separación, culpa, despersonalización),
- i"- Iguales que se automutilan.
- ! Perfeccionismo.
- : . J Estado psicótico (p. ej., alucinaciones en las que se reciben órdenes).
- : • Crisis de identidad sexual.
- Abuso de sustancias.
- ; i Autoestima inestable,
- :: Uso de la manipulación para establecer relaciones significativas con otros,
- r: Violencia entre las figuras parentales.

Riesgo de suicidio (00150) (2000)

Dominio 11: Seguridad/protección Clase 3: Violencia

Definición Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida.

Factores de riesgo

Conductuales

- ~. Compra de un arma de fuego.
- Cambiar el testamento.
- Donar las posesiones.
- Historia de intentos previos de suicidio.
- Impulsividad.
- Hacer testamento.
- Cambios notables de actitud.
- Cambios notables de conducta.
- s Cambios notables en el desempeño escolar.
- Acumulación de medicinas.
- M Súbita recuperación eufórica de una depresión grave.

Demográficos

- m Edad (ancianidad, varones adultos jóvenes, adolescentes).
- Divorcio.
- Sexo varón,
- M Raza (p. ej., blanco, nativo americano).
- Viudedad.

Físicos

- H Dolor crónico.
- Enfermedad física.
- i?. Enfermedad terminal.

Psicológicos

- * Maltrato en la infancia.
- Historia familiar de suicidio.
- Culpa.
- Persona joven homosexual.
- Trastorno psiquiátrico.

- r. Enfermedad psiquiátrica.
- ~ Abuso de sustancias.

Situacionales

- u Adolescentes que viven en entornos no tradicionales (p. ej., centros de internamiento juvenil, prisión, centro de reinserción social, casa comunitaria).
- Inestabilidad económica.
- m Institucionalización.
- Vivir solo.
- Pérdida de autonomía.
- n Pérdida de independencia.
- Disponibilidad de armas de fuego en el domicilio.
- i Traslado.
- :: Jubilación.

Sociales

- ¶ Suicidios en grupo.
- K Alteración de la vida familiar.
- Problemas disciplinarios.
- Duelo.
- .. Impotencia.
- Desesperanza,
- Problemas legales.
- m Soledad.
- Pérdida de relaciones importantes.
- H Sistemas de soporte insuficientes.
- Aislamiento social.

Verbales

- Expresa deseos de morir.
- Amenazas de matarse.

Riesgo de violencia autodirigida (00140) (1994)

Riesgo de autodirigida (00140) (1994)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 3: Violencia

Definición Riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma.

Factores de riesgo

- ; Edad entre 15 y 19 años.
- Más de 45 años de edad.
- Claves conductuales (p. ej., escribir notas sobre amores desesperados, dirigir mensajes coléricos a personas significativas que le han rechazado, separarse de objetos personales, rescindir una póliza de seguro de vida).
- Relaciones interpersonales conflictivas.
- Problemas emocionales (p. ej., desesperanza, desesperación, ansiedad creciente, pánico, cólera, hostilidad).
- ;; Problemas laborales (p. ej., desempleo, reciente pérdida/fracaso laboral).
- z Personas que realizan actos sexuales autoeróticos.
- Antecedentes familiares (p. ej., caótica o conflictiva, historia de suicidio).
- :: Historia de múltiples intentos de suicidio.
- :J Falta de recursos personales (p. ej., pocos logros, mala introspección, afectos escasos y mal controlados).
- i Falta de recursos sociales (p. ej., mala relación, aislamiento social, falta de respuesta familiar).
- i Problemas de salud física (p. ej., hipocondría, enfermedad crónica o terminal).
- Estado civil (soltería, viudedad, divorcio).
- :L Problemas de salud mental (p. ej., depresión grave, psicosis, trastorno grave de la personalidad, alcoholismo o abuso de drogas).
- i: Ocupación (ejecutivo, administrador/propietario de un negocio, profesional, trabajador semicualificado).
- u' Orientación sexual (bisexual [activo], homosexual [inactivo]).
- i: Ideación suicida.
- Plan suicida.
- ; Claves verbales (p. ej., hablar sobre la muerte, «estarían mejor sin mí», formular preguntas sobre dosis letales de fármacos).

Riesgo de violencia dirigida a otros (00138) (1980, 1996)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 3: Violencia

Definición Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros.

Factores de riesgo

- I.; Disponibilidad de arma o armas de fuego.
- ü Lenguaje corporal (p. ej., postura rígida, puños y mandíbulas contraídos, hiperactividad, deambular (caminar de un lado a otro), falta de aliento, posturas amenazadoras).
- ∴ Deterioro cognitivo (p. ej., trastornos del aprendizaje, déficit de atención, disminución del funcionamiento intelectual).
- ñ Crueldad con los animales.
 - Iniciar fuegos.
 - Historia de abusos infantiles.
- LI Historia de violencia indirecta (p. ej., romper las ropas, destrozar los objetos que hay en las paredes, pintar las paredes, orinar en el suelo, defecar en el suelo, dar patadas, coger rabietas, correr por los pasillos, gritar, lanzar objetos, romper ventanas, golpear las puertas, insinuaciones sexuales). Historia de abuso de sustancias. Historia de amenazas de violencia (p. ej., amenazas verbales contra la propiedad, las personas, amenazas sociales, maldiciones, notas/cartas o gestos amenazadores, amenazas sexuales).
- Historia de presenciar violencia familiar.
- K* Historia de violencia contra otros (p. ej., pegar, dar patadas, escupir, arañar, lanzar objetos, morder, intentar violar, violar, molestar sexualmente, orinar/defecar sobre una persona).
- Historia de conducta antisocial violenta (p. ej., robar, tomar prestadas cosas de forma persistente, demandas continuas de privilegios, interrupción constante en las reuniones, negativa a comer, negativa a tomar la medicación, desatender las instrucciones).
- Impulsividad.
- Problemas con vehículos motorizados (p. ej., frecuentes infracciones de tráfico, uso del vehículo motorizado para liberar la cólera).
- Deterioro neurológico (p. ej., EEG. TC, resonancia nuclear positiva, hallazgos neurológicos, traumatismo craneal, trastornos convulsivos).
- Intoxicación patológica.
- Complicaciones perinatales.
- Complicaciones prenatales.
- Sintomatología psicótica (p. ej., auditiva, visual, alucinaciones en forma de órdenes; delusiones paranoides; procesos de pensamiento vagos, erráticos, ilógicos).
- Conducta suicida.

Contaminación (00181)

(2006, NDE 2.1)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 4: Peligros ambientales

Definición Exposición a contaminantes ambientales en dosis suficientes para causar efectos adversos para la salud.

Características definitorias

(Las características definitorias dependen del agente causal. Los agentes pueden causar diversas respuestas orgánicas y sistémicas.)

Pesticidas

- Efectos dermatológicos de la exposición a pesticidas.
- "j Efectos gastrointestinales de la exposición a pesticidas,
- ~j Efectos neurológicos de la exposición a pesticidas.
- >j Efectos pulmonares de la exposición a pesticidas.
- m Efectos renales de la exposición a pesticidas.
- i. Principales categorías de pesticidas: insecticidas, herbicidas, fungicidas, antimicrobianos, raticidas,
- d Principales pesticidas: organofosfatos, carbamatos, organoclorinas, piretrium, arsénico, glucofosfatos, bupiridilos, clorofenoxilo.

Agentes químicos

- ~. Efectos dermatológicos de la exposición a agentes químicos.
- : Efectos gastrointestinales de la exposición a agentes químicos.
- " Efectos inmunológicos de la exposición a agentes químicos.
- Efectos neurológicos de la exposición a agentes químicos.
- P Efectos pulmonares de la exposición a agentes químicos.

~: Efectos renales de la exposición a agentes químicos.

" Principales agentes químicos: derivados del petróleo; anticolésterinasas del tipo I, que actúan sobre la porción proximal traqueobronquial del tracto respiratorio; del tipo II, que actúan sobre los alvéolos; agentes del tipo III, que producen efectos sistémicos.

Agentes biológicos

- Efectos dermatológicos de la exposición a agentes biológicos.
- : Efectos gastrointestinales de la exposición a agentes biológicos.
- : Efectos pulmonares de la exposición a agentes biológicos.
- Efectos neurológicos de la exposición a agentes biológicos,
- " Efectos renales de la exposición a agentes biológicos (toxinas de organismos vivos [bacterias, virus, hongos]).

Polución

:: Efectos neurológicos de la exposición a la polución. Efectos pulmonares de la exposición a la polución (principales localizaciones: aire,

agua, suelo; principales agentes: asbestos, radón, tabaco, metales pesados, plomo, ruidos, gases de los tubos de escape).

Productos de desecho

Efectos dermatológicos de la exposición a productos de desecho.

■ Efectos gastrointestinales de la exposición a productos de desecho.

Efectos hepáticos de la exposición a productos de desecho.

„: Efectos pulmonares de la exposición a productos de desecho

(categorías de desechos: basuras, aguas residuales sin depurar, desechos industriales).

Radiación

L; Exposición externa mediante el contacto directo con material radiactivo.

:= Efectos genéticos de la exposición a radiaciones,

i; Efectos inmunológicos de la exposición a radiaciones.

:: Efectos neurológicos de la exposición a radiaciones.

"" Efectos oncológicos de la exposición a radiaciones.

Factores relacionados

Externos

m Contaminación química de los alimentos.

- Contaminación química del agua.
- Exposición al bioterrorismo.
- Exposición a desastres (naturales o provocados por el hombre).
- Exposición a las radiaciones

(trabajo en radiología, empleo en industrias nucleares y plantas generadoras de energía eléctrica, vivir cerca de industrias nucleares y plantas generadoras de energía eléctrica).

Exposición mediante la ingestión de material radiactivo (p. ej., contaminación de los alimentos/agua).

. Descamación, desconchamiento de la pintura en presencia de niños pequeños.

Descamación, desconchamiento del yeso en presencia de niños pequeños.

:: Recubrimiento de las superficies (las superficies enmoqueladas

contienen más residuos contaminantes que las superficies desnudas).

- Área geográfica (vivir en una zona donde hay un alto grado de contaminantes).

::: Prácticas de higiene doméstica.

:: Servicios municipales inadecuados (servicios de recogida de basuras o de tratamiento de aguas residuales).

; Uso inapropiado de ropas protectoras.

Falta de descomposición de los contaminantes una vez están en el interior (la descomposición se inhibe si no hay exposición al sol y a la lluvia).

' Falta de ropas protectoras.

!" Lacar en áreas mal ventiladas.

- Lacar sin una protección efectiva.

• Vivir en condiciones de pobreza (aumenta el potencial de exposición múltiple, falta de acceso a los cuidados de salud y dieta inadecuada).

- Pintar en áreas mal ventiladas.

° Pintar sin una protección efectiva.

Prácticas de higiene personal.
Jugar al aire libre en zonas donde se usan contaminantes ambientales.
Presencia de polución atmosférica.
Uso en el hogar de contaminantes ambientales (p. ej., pesticidas, productos químicos, humo de tabaco).
Contacto sin protección con productos químicos (p. ej., arsénico).
Contacto sin protección con metales pesados (p. ej., cromo, plomo).

Internos

- ∴i Edad (niños menores de 5 años, ancianos),
- u Exposiciones concomitantes.
 - Características del desarrollo en los niños.
- £ Sexo femenino.
 - Edad gestacional durante la exposición.
 - Factores nutricionales (p. ej., obesidad, deficiencias de vitaminas y minerales),
 - Estados patológicos preexistentes.
 - Embarazo.
 - Exposiciones previas,
- »3 Tabaquismo.

Riesgo de contaminación (00180)

(2006, NDE 2.1)

Dominio 11: Seguridad/protección Clase 4: Peligros ambientales

Definición Acentuación del riesgo de exposición a contaminantes ambientales en dosis suficientes para causar efectos adversos para la salud.

Factores de riesgo

Externos

- p>. Contaminación química de los alimentos.
 - Contaminación química del agua,
- Exposición al bioterrorismo.
- r; Exposición a desastres (naturales o provocados por el hombre).
- j Exposición a las radiaciones (trabajo en radiología, empleo en industrias nucleares y plantas productoras de energía eléctrica, vivir cerca de industrias nucleares y plantas productoras de energía eléctrica).
- ' Descamación, desconchamiento de la pintura en presencia de niños pequeños,
- ü Descamación, desconchamiento del yeso en presencia de niños pequeños.
- u Recubrimiento de las superficies (las superficies enmoquetadas contienen más residuos contaminantes que las superficies desnudas).
- M Área geográfica (vivir en una zona donde hay un alto grado de contaminantes).
- L¿ Prácticas de higiene doméstica.
 - Servicios municipales inadecuados (p. ej., recogida de basuras, centros de tratamiento de las aguas residuales).
- z. Uso inapropiado de ropas protectoras.
- N Falta de descomposición de los contaminantes una vez están en el interior (la descomposición se inhibe si no hay exposición al sol y a la lluvia).
- a Falta de ropas protectoras.
 - Lacar en áreas mal ventiladas.
 - Lacar sin una protección efectiva.
 - Vivir en condiciones de pobreza (aumenta el potencial de exposición múltiple, falta de acceso a los cuidados de salud y dieta inadecuada).
- =i Pintura, laca, etc., en áreas mal ventiladas.
 - Pintura, laca, etc., sin protección efectiva.
- ti Prácticas de higiene personal.
 - Jugar al aire libre en zonas donde se usan contaminantes ambientales.
- n Presencia de polución atmosférica.
- Uso en el hogar de contaminantes ambientales (p. ej., pesticidas, productos químicos, humo de tabaco),
- "i Contacto sin protección con productos químicos (p. ej., arsénico).
- ; Contacto sin protección con metales pesados (p. ej., cromo, plomo).

Internos

2 Edad (niños menores de 5 años, ancianos).

• Exposiciones concomitantes.

u Características del desarrollo en los niños.

EJ Sexo femenino.

Í_j Edad gestacional durante la exposición.

Factores nutricionales (p. ej., obesidad, deficiencias de vitaminas y minerales).

Estados patológicos preexistentes.

Embarazo.

Exposiciones previas.

Tabaquismo.

Riesgo de intoxicación (00037)

={1980, 2006, NDE 2.1)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 4: Peligros ambientales

Definición Aumento del riesgo de exposición o ingestión accidental de sustancias o productos peligrosos en dosis suficiente para originar una intoxicación.

Factores de riesgo

Externos

- s Disponibilidad de drogas ilegales potencialmente contaminadas con aditivos venenosos,
- s? Productos peligrosos al alcance de los niños.
- L'i Productos peligrosos al alcance de personas confusas,
- RA Grandes cantidades de medicamentos en el hogar,
- A Almacenaje de medicamentos en armarios sin llave accesibles a los niños.
- ? : Almacenaje de medicamentos en armarios sin llave accesibles a personas confusas.

Internos

- Ei Dificultades cognitivas.
- ij Dificultades emocionales.
 - Falta de educación farmacológica.
 - Falta de las precauciones adecuadas.
 - Falta de educación para la seguridad.
 - Reducción de la visión.
 - Verbalización de que en el entorno laboral no existan las debidas precauciones de seguridad.

Respuesta alérgica al látex (00041)

(1998, 2006, LOE 2.1)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 5: Procesos defensivos

Definición Reacción de hipersensibilidad a los productos de goma de látex natural.

Características definitorias

Reacciones que ponen en peligro la vida y que ocurren < 1 hora después de la exposición a las proteínas de látex

- i. Broncoespasmo.
- Paro cardíaco.
- Urticaria de contacto que progresa hasta síntomas generalizados.
- Disnea.
- ü Edema de los labios.
- Edema de la garganta.
- Edema de la lengua.
- W Edema de la úvula.
- Hipotensión.
- Paro respiratorio.
- Síncope.
- Tirantez torácica.
- Sibilancias.

Características orofaciales

- m Edema de los párpados.
- Edema de la esclerótica.
- Eritema de los ojos.
- Eritema facial.
- Prurito facial.
- Prurito ocular.
- B Prurito oral.
- L; Congestión nasal,
- u Eritema nasal.

- ? i Prurito nasal.
- Rinorrea.

'-: Lagrimeo.

Características gastrointestinales

- u Dolor abdominal.
- Náuseas.

Características generalizadas

- I Sofocación.
- Malestar general.
- Edema generalizado.
- r? Quejas crecientes de calor en todo el cuerpo,
- BI Agitación.

Reacciones de tipo IV que se producen > 1 hora después de la exposición a las proteínas de látex

- ; Reacción de malestar a los aditivos como tioureas y carbamatos.
- Eccema.
- Irritación.
- : ' Enrojecimiento.

Factores relacionados

- P Hipersensibilidad a las proteínas de goma de látex natural.

Riesgo de respuesta alérgica al látex (00042)

(1998, 2006, NDE 2.1)

Riesgo de

[1998, 2005, HDI]

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 5: Procesos defensivos

Definición Riesgo de hipersensibilidad a los productos de goma de látex natural.

Factores de riesgo

•j Alergia a los aguacates.

- Alergia a los plátanos.
- Alergia a las castañas.
- Alergia a los kivvis.
- Alergia a la planta ponsetia.
- Alergia a los frutos tropicales.
- Antecedentes de alergias.
- Antecedentes de asma.

Antecedentes de reacciones al látex.

Múltiples procedimientos quirúrgicos, especialmente durante la infancia.

Profesiones que requieren una exposición diaria al látex.

Hipertermia (00007)

(1986)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 6: Termorregulación

Definición Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal,

Características definitorias

- =i Crisis convulsivas.
- Piel enrojecida.
- Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal.
- Convulsiones.
- H Taquicardia.
- Taquipnea.
- ri Calor al tacto.

Factores relacionados

- Anestesia.
- Disminución de la sudoración.
- a Deshidratación,
- a Exposición a ambientes excesivamente cálidos.
- s Uso de ropa inadecuada.
- Aumento de la tasa metabólica.
- Enfermedad.
- Medicamentos.
- Traumatismo.
- ;:J Actividad vigorosa.

Hipotermia (00006)

(1986, 1988)

Dominio 11: Seguridad/protección
Clase 6: Termorregulación

Definición Temperatura corporal por debajo del rango normal.

Características definitorias

- | | |
|--|--|
| ij Temperatura corporal por debajo del rango normal. | .; Piloerección. |
| J Frialdad de la piel. | • Escalofríos. |
| • Cianosis de los lechos ungueales. | H Enlentecimiento del llenado capilar. |
| M Hipertensión. | n Taquicardia. |
| • Palidez. | |

Factores relacionados

- | | |
|--|--|
| • Envejecimiento. | • Exposición a un entorno frío. |
| • Consumo de alcohol. | • Enfermedad. |
| • Lesiones del hipotálamo. | • Inactividad. |
| • Reducción de la capacidad para temblar. | • Indumentaria inadecuada, a Malnutrición. |
| Ví Disminución de la tasa metabólica. | H Medicamentos. |
| a Evaporación de la piel en un entorno frío. | m Traumatismo. |

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (0005)

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 6: Termorregulación

Definición Riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Factores de riesgo

- | | |
|--|---|
| Alteración de la tasa metabólica, | n Medicamentos que provocan vasoconstricción. |
| a Deshidratación. | |
| Exposición a temperaturas ambientales extremas. | ~ Medicamentos que provocan vasodilatación. |
| • Edades extremas. | L: Sedación. |
| • Extremos ponderales. | • Traumatismo que afecta a la regulación de la temperatura. |
| • Enfermedad que afecta a la regulación de la temperatura. | iü Actividad vigorosa. |
| • Inactividad. | |
| a Ropas inadecuadas para la temperatura ambiente. | |

Termorregulación ineficaz (00008)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 6: Termorregulación

Definición Fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipotermia.

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| <p>i Frialidad de la piel.</p> <p>Cianosis de los lechos ungueales.</p> <p>Fluctuaciones de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal,</p> <p>r: Piel enrojecida.</p> <ul style="list-style-type: none">• Hipertensión. <p>!: Aumento de la frecuencia respiratoria,</p> <p>h Aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal,</p> | <ul style="list-style-type: none">• Escalofríos leves.• Palidez moderada.• Piloerección.• Reducción de la temperatura corporal por debajo del rango normal.• Crisis convulsivas.• Enlentecimiento del relleno capilar. <p>m Taquicardia.</p> <p>RI Piel caliente al tacto.</p> |
|--|---|

Factores relacionados

- | | |
|---|--|
| <p>s Envejecimiento,</p> <ul style="list-style-type: none">• Temperatura ambiental fluctuante, <p>n Enfermedad.</p> | <p>''' Inmadurez.</p> <p></\ Traumatismo,</p> |
|---|--|

Dominio 12

Confort

Disposición para mejorar el confort (00183)	347
Disconfort (00214)	348
Dolor agudo (00132)	349
Dolor crónico (00133)	350
Náuseas (00134)	351
Aislamiento social (00053)	352

Disposición para mejorar el confort (00183)

(2006, NDE 2.1)

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Clase 2: Confort ambiental

Definición Patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social que puede ser reforzado.

Características definitorias

- | | | | |
|----|---|----|--|
| ii | Manifiesta deseos de aumentar el confort, | • | Manifiesta deseos de aumentar la relajación. |
| n | Manifiesta deseos de aumentar el sentimiento de satisfacción. | Í; | Manifiesta deseos de aumentar la resolución de quejas. |

Disconfort (00214)

(2008, NDE 2.1)

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Clase 2: Confort ambiental

Clase 3: Confort social

Definición Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social.

Características definitorias

- | | |
|--|--|
| m Ansiedad. | i Estímulos ambientales nocivos. |
| • Llanto. | • Informes de sentirse incómodo. |
| • Deterioro del patrón de sueño, | • Informes de sentir frío. |
| a Temor. | • Informes de sentir calor. |
| R Síntomas relacionados con la | • Informes de síntomas de distrés. |
| enfermedad. | • Informes de sentir hambre. |
| s Incapacidad para relajarse, | • Informes de prurito. |
| n Recursos insuficientes (p. ej., | • Informes de falta de satisfacción |
| económicos, soporte social). | con la situación. |
| • Irritabilidad. | • Informes de falta de tranquilidad |
| • Falta de control ambiental. | en la situación. |
| • Falta de privacidad. | a Inquietud. |
| • Falta de control de la situación. | S Efectos colaterales del tratamiento |
| s Gemidos. | (p. ej., medicación, radiación). |

Dolor agudo (00132)

(1996)

Dominio 12: Confort
Clase 1: Confort físico

Definición Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses,

Características definitorias

- | | |
|--|-------------------------------------|
| • Cambios en el apetito. | Conducta defensiva, |
| • Cambios de la presión arterial. | ~ Estrechamiento del foco de |
| • Cambios en la frecuencia cardíaca, | atención (p. ej., alteración de la |
| • Cambios en la frecuencia respiratoria. | percepción del tiempo, deterioro |
| • Informe codificado. | de los procesos de pensamiento, |
| • Diaforesis. | reducción de la interacción con las |
| • Conductas de distracción | personas y con el entorno). |
| (Deambular de un lado a otro), | • Observación de evidencias de |
| búsqueda de otras personas | dolor. |
| o actividades, actividades | • Postura para evitar el dolor. |
| repetitivas). | • Gestos de protección. |
| • Conducta expresiva (p. ej., | • Dilatación pupilar. |
| inquietud, gemidos, llanto, | • Centrar la atención en sí mismo. |
| vigilancia, irritabilidad, suspiros). | • Trastornos del sueño. |
| • Máscara facial (p. ej., ojos apagados, | • Informe verbal de dolor. |
| expresión abatida, movimientos fijos | |
| o escasos, gemidos). | |

Factores relacionados

- Agentes lesivos (p. ej., biológicos, químicos, físicos, psicológicos).

Dolor crónico (00133)

Dominio 12: Confort

Clase 1 : Confort físico

Definición Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.

Características definitorias

- Alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas.
- Anorexia.
- Atrofia de los grupos musculares implicados.
- Cambios en el patrón de sueño.
- Informes codificados.
- Depresión.
- Máscara facial (p. ej. ojos apagados, expresión abatida, movimientos fijos o escasos, gemidos).
- e Fatiga.
- F¿ Temor a nuevas lesiones.
- a Conducta defensiva.
- Irritabilidad.
- Observación de conductas de protección.
- Reducción de la interacción con los demás.
- Agitación.
- Centrar la atención en sí mismo.
- Respuestas mediadas por el sistema nervioso simpático (p. ej., temperatura, frío, cambios en la posición corporal, hipersensibilidad).
- Informes verbales de dolor.

Factores relacionados

Incapacidad física crónica.

3 Incapacidad psicosocial crónica.

Náuseas (00134)

(1998, 2002, NDE 2.1)

Dominio 12: Confort

Clase 1 : Confort físico

Definición Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.

Características definitorias

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| TM Aversión a los alimentos. | a Aumento de la deglución. |
| • Sensación nauseosa. | • Informes de náuseas. |
| d Aumento de la salivación. | R Sabor agrio en la boca. |

Factores relacionados

Biofísicos

- I5** Trastornos bioquímicos (p. ej., uremia, cetoacidosis diabética).
- EH** Enfermedad esofágica.
- B** Distensión gástrica.
- Irritación gástrica.
 - Aumento de la presión intracraneal.
- m** Tumores intraabdominales.
- Laberintitis.
- Tensión en la cápsula hepática.
 - Tumores locales (p. ej., neurinoma acústico, tumores cerebrales primarios o secundarios, metástasis óseas en la base del cráneo).
- @** Meningitis.
- a** Enfermedad de Ménière.
- Mareo causado por el movimiento.
 - Dolor.
- E** Enfermedad pancreática.

'ti Embarazo.

- a** Tensión en la cápsula esplánica.
- H** Toxinas (p. ej., péptidos producidos por un tumor, metabolitos anormales asociados a cáncer).

Situacionales

- 'ñ** Ansiedad.
- Sí** Temor.
- m** Malos olores,
- a** Malos sabores.
- 2** Dolor.
- Factores psicológicos.
- s** Estimulación visual desagradable.

Del tratamiento

- a** Distensión gástrica,
- s** Irritación gástrica.
- tj** Fármacos.

Aislamiento social (00053)

Dominio 12: Confort

Clase 3: Confort social

Definición Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e Impuesta por otros.

Características definitorias

Objetivas

- L3 Falta de persona o personas de apoyo significativas,
- n Conductas inadecuadas para la etapa de desarrollo.
- iz. Embotamiento emocional,
- n Evidencia de discapacidad (p. ej., física, mental).
- E Vive en una subcultura.
 - Enfermedad.
 - Acciones carentes de significado.
 - Falta de contacto ocular.
 - Preocupación por los propios pensamientos.
 - Proyección de hostilidad.
 - Acciones repetitivas.
 - Tristeza.
 - Búsqueda de soledad.
 - Muestra una conducta no aceptada por el grupo cultural dominante.

- r.! Mutismo,
- "i Retraimiento.

Subjetivas

- n Expresión de sentimientos de soledad impuesta por otros,
- i" Expresión de sentimientos de rechazo,
- n Intereses inapropiados para la etapa de desarrollo.
- L.; Objetivo vital inadecuado,
- ¿j Incapacidad para satisfacer las expectativas de los demás.
- p Expresa valores inaceptables por el grupo cultural dominante,
- r: Experimenta sentimientos de ser distinto a los demás,
- p Inseguridad en público.

Factores relacionados

- Alteración del estado mental.
- Alteraciones del aspecto físico.
- Alteración del bienestar.
- c Factores contribuyentes a la ausencia de relaciones personales satisfactorias (p. ej., retraso en el logro de las tareas del desarrollo).
- L! Intereses inmaduros.
- ù Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias,
- r: Recursos personales inadecuados.
 - Conducta socialmente no aceptada.
- Ü Valores no aceptados socialmente.

Dominio 13

Crecimiento/desarrollo

Riesgo de crecimiento desproporcionado (00113)	355
Retraso en el crecimiento y desarrollo (00111)	356
Riesgo de retraso en el desarrollo (00112)	357
Deterioro generalizado del adulto (00101)	358

Riesgo de crecimiento desproporcionado (00113)

Dominio 13: Crecimiento/desarrollo

Clase 1: Crecimiento

Definición Riesgo de crecimiento por encima del percentil 97 o por debajo del percentil 3 para la edad, cruzando dos canales de percentiles,

Factores de riesgo

Del cuidador

- E Abusos,
- a Enfermedad mental.
- E Retraso mental,
- s Incapacidad severa para el aprendizaje.

Ambientales

- m Deprivación.
- ra Envenenamiento por plomo.
- Desastres naturales.
- Pobreza.
- Teratógenos.
- FÍ Violencia.

Individuales

- e, Anorexia.
- Ej Ayuda del cuidador para la alimentación desadaptada.

3 Enfermedad crónica.

- Conductas que ayudan a la alimentación individual desadaptada.

B Infección.

- Apetito insaciable.
- Prematuridad.
- Malnutrición.

t; Abuso de sustancias.

Prenatales

- Trastornos congénitos.
- Trastornos genéticos,
- a Infección materna.
- Nutrición materna.
- Gestación múltiple.
- Exposición a teratógenos.
- Abuso de sustancias.

LS Uso de sustancias.

Retraso en el crecimiento y desarrollo (00111) (1986)

Retraso en el y desarrollo (tforii^j

[1986]

Dominio 13: Crecimiento/desarrollo

Clase 1: Crecimiento

Clase 2: Desarrollo

Definición Desviaciones de las normas para el grupo de edad.

Características definitorias

- Alteración del crecimiento físico.
- Disminución del tiempo de respuesta.
- J Retraso en realizar las habilidades típicas de su grupo de edad.
- ;;j Dificultad para realizar las habilidades típicas de su grupo de edad.
- Incapacidad para realizar las actividades de autocuidado propias de su edad.
- U Incapacidad para realizar las actividades de autocontrol propias de su edad.
- Abulia.
- Apatía.

Factores relacionados

- ü Efectos de la incapacidad física.
- 5 Deficiencias ambientales,
- ¿j Cuidados inapropiados.
- Respuestas incoherentes.
- ¿J Indiferencia.
- ; Múltiples cuidadores.
- ; Dependencia prescrita.
- :: Separación de las personas significativas.
- ¿ Deficiencias de estimulación.

Riesgo de retraso en el desarrollo (00112)

(1000)

Riesgo de retraso en el

[1998]

Dominio 13: Crecimiento/desarrollo

Clase 2: Desarrollo

Definición Riesgo de sufrir un retraso del 25% o más en una o más de las áreas de conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras groseras o finas.

Factores de riesgo

Prenatales

- j Trastornos endocrinos.
- Trastornos genéticos.
- Analfabetismo.
- a Nutrición inadecuada,
- a Infecciones.
- a Falta de cuidados prenatales.
- a Cuidados prenatales tardíos.
- a Edad materna < 15 años.
- a Edad materna > 35 años.
- a Cuidados prenatales inadecuados.
- Pobreza.
- Abuso de sustancias.
- Embarazo no planificado.
- Embarazo no deseado.

Individuales

- a Niño adoptado.
- a Trastornos de la conducta.
- a Lesión cerebral (p. ej., hemorragia en el período postnatal, niño que ha sufrido fuertes sacudidas, malos tratos, accidente).
- a Quimioterapia.
- a Enfermedad crónica.
- a Trastornos congénitos.
- íJ Incapacidad para desarrollarse.

- Niño acogido.
- a Otitis media frecuente.
- Trastornos genéticos.
- Deterioro de la audición,
- a Nutrición inadecuada.
- 3 Envenenamiento por plomo.
- Desastre natural.
- ni Prueba de cribaje de drogas positiva.
- ~ Prematuridad.
- a Radioterapia,
- a Crisis convulsivas,
- a Abuso de sustancias.
- Dependencia de la tecnología,
- a Deterioro de la visión.

Ambientales

- a Pobreza.
- a Violencia.

Del cuidador

- a Abusos.
- a Enfermedad mental.
- Retraso mental.
- ~ Incapacidad severa para el aprendizaje.

Deterioro generalizado del adulto (00101) (1998)

Dominio 13: Crecimiento/desarrollo

Clase 1: Crecimiento

Definición Deterioro funcional progresivo de naturaleza física y cognitiva. Notable disminución de la capacidad de la persona para vivir con enfermedades multisistémicas, afrontar los problemas subsiguientes y manejar sus propios cuidados.

Características definitorias

- a Alteración del humor.
 - Anorexia.
 - Apatía.
- a Declinación cognitiva
 - Demostración de dificultad para responder a los estímulos ambientales.
 - Demostración de dificultad para concentrarse.
 - Demostración de dificultad para tomar decisiones.
 - Demostración de dificultad para emitir juicios.
 - Demostración de problemas de memoria.
 - Demostración de dificultad para el razonamiento.
 - Disminución de la percepción,
- s Consumo de pocos o ningún alimento en la mayoría de las comidas (p. ej., consumo < 75% de los requerimientos normales).
 - Reducción de la participación en las actividades de la vida diaria.
 - t; Disminución de las habilidades sociales.
 - 'zr, Manifiesta pérdida de interés en salidas agradables.
 - Frecuentes exacerbaciones de problemas de salud crónicos.
 - E Aporte nutricional inadecuado,
 - pi Descuido del entorno doméstico,
 - a Descuido de las responsabilidades económicas,
 - a Declinación física (p. ej., fatiga, deshidratación, incontinencia urinaria e intestinal),
 - a Déficit de autocuidado.
 - Retraimiento social,
 - si Pérdida de peso no intencionada (p. ej., 5% en un mes, 10% en 6 meses).
 - P Manifiesta deseos de morir.

Factores relacionados

- s Depresión.

Tercera parte
Taxonomía II
2009-2011

La tercera parte describe el desarrollo histórico de la estructura de la Taxonomía II. Incluye una discusión sobre la estructura multiaxial de la Taxonomía II con sus tres niveles: Dominios, Clases y Diagnósticos enfermeros; el mapa de los diagnósticos enfermeros en la estructura común de NANDA-I, NIC y NOC (NNN), y la taxonomía NNN de la Práctica Enfermera.

Historia del desarrollo de la Taxonomía II

Después de la conferencia bienal en abril de 1994, el Comité para la Taxonomía se reunió para clasificar en la Taxonomía I revisada los nuevos diagnósticos admitidos. Sin embargo, el comité tuvo muchas dificultades para hacerlo. En vista de tales problemas y del creciente número de nuevos diagnósticos propuestos con un nivel de desarrollo de 1.4 y superior, el comité pensó que era necesario desarrollar una nueva estructura taxonómica. Esta posibilidad dio lugar a una gran discusión sobre cómo se podría llevar a cabo esta nueva estructura.

Para empezar, el comité estuvo de acuerdo en determinar si había categorías que surgían naturalmente de los datos, es decir, de los diagnósticos aceptados. En la decimoprimer conferencia bienal de 1994 en Nashville, Tennessee (EE.UU.), se completó la primera ronda de una clasificación Q naturalista. Posteriormente se llevó a cabo la segunda ronda, y el análisis se presentó en la duodécima conferencia bienal de 1996 en Pittsburgh, Pennsylvania (EE.UU.). Esta clasificación dio como resultado 21 categorías, lo que estaba lejos de ser útil para la práctica.

En 1998, el Comité para la Taxonomía presentó a la Junta de Directores de la NANDA cuatro clasificaciones Q con diferentes marcos. El Marco Uno, del que se informó en 1996, era de estilo naturalista. El Marco Dos usaba las ideas de Jenny (1994). El Marco Tres empleaba el marco de la Nursing Outcomes Classification (NOC) (Johnson y Maas, 1997) y el Marco Cuatro utilizaba los Patrones Funcionales de Salud de Gordon (1998). Ninguno de ellos era plenamente satisfactorio, aunque se consideró mejor el de Gordon. Con el permiso de Gordon, el Comité para la Taxonomía modificó ligeramente su estructura para llegar al Marco Cinco, que se presentó a los miembros en abril de 1998 en la decimotercera conferencia bienal en St. Louis, Missouri (EE.UU.). En esta conferencia, el Comité para la Taxonomía invitó a los miembros a clasificar los diagnósticos de acuerdo con los dominios que se habían seleccionado. Al final de la reunión contábamos con 40 grupos de datos disponibles para su análisis. Durante la fase de recogida de datos en la conferencia, los miembros del Comité para la Taxonomía tomaron puntual nota de las dudas y preguntas que se formularon, de la confusión expresada por los miembros y de las sugerencias de mejora.

Basándose en el análisis de los datos y en las notas de campo, se hicieron modificaciones adicionales al marco. Uno de los dominios originales se desdobló en dos para reducir el número de clases y diagnósticos que incluía. Se añadió otro dominio para el crecimiento y desarrollo, que no estaba en el marco original. A algunos otros dominios se les cambió el nombre para que refleja-

ran mejor la esencia de los diagnósticos que contenían. La estructura taxonómica final se asemeja menos a la original de Gordon, pero ha reducido prácticamente a cero los errores de clasificación y las redundancias, una situación más que deseable en una estructura taxonómica.

Finalmente, se desarrollaron las definiciones para todos los dominios y clases contenidos en la estructura. Entonces se comparó la definición de cada diagnóstico con las del dominio y clase en los que estaba situado. Se hicieron revisiones y modificaciones en la situación de los diagnósticos para asegurar la máxima coherencia entre el dominio, la clase y el diagnóstico.

En 2002, después de la conferencia NANDA, NIC y NOC (NNN) en Chicago, los diagnósticos aprobados se clasificaron en la Taxonomía II. Se incluían 11 diagnósticos de promoción de la salud, así como los diagnósticos revisados y los nuevos diagnósticos aprobados. A partir de ahí, a medida que se desarrollaran y aprobaran nuevos diagnósticos, se añadirían a la estructura taxonómica en los lugares apropiados. En enero de 2003 el Comité para la Taxonomía se reunió en Chicago y llevó a cabo nuevas modificaciones terminológicas en la Taxonomía II. Después de la Conferencia NNN de 2004 en Chicago, el Comité para la Taxonomía colocó los diagnósticos recién aprobados en sus correspondientes categorías. El Comité para la Taxonomía, para reforzar su enfoque internacional, revisó los ejes de la Taxonomía II y los comparó con el International Standards Organization (ISO) Reference Terminology Model for a Nursing Diagnosis.

En esta edición, los diagnósticos enfermeros y el material de soporte aprobados por el Comité para el Desarrollo de los Diagnósticos se han puesto a disposición de los miembros para su votación en la página Web de NANDA-I. Ha sido la primera vez que se ha usado este método de aprobación para la expansión y revisión continuada de la Taxonomía II. Después de que los miembros de NANDA-I aprobasen los diagnósticos enfermeros, éstos fueron colocados tanto en la Taxonomía II de la NANDA-I como en la Taxonomía NNN de la Práctica Enfermera.

Estructura de la Taxonomía II

Las enfermeras asistenciales están principalmente interesadas en los diagnósticos de la taxonomía y raramente necesitan usar la estructura taxonómica propiamente dicha. No obstante, la familiaridad con la forma en que los diagnósticos están estructurados ayudará a las enfermeras asistenciales que necesitan hallar rápidamente la información y a las que desean proponer nuevos diagnósticos. Por consiguiente, incluimos aquí una breve explicación sobre cómo está diseñada la taxonomía.

La Taxonomía II tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. La figura 3.1 (págs. 364-365) muestra la organización de los dominios y clases en la Taxonomía II. Algunos diagnósticos enfermeros se prestan a ser colocados en más de un dominio y clase. Esto ocurre porque la etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias o factores relacionados en el caso de «riesgo de», permiten colocarlos adecuadamente en más de un dominio y clase.

La tabla 3.1 (págs. 366-375) presenta la Taxonomía II con sus 13 dominios, sus 47 clases y sus 206 diagnósticos. Un dominio es «una esfera de actividad, estudio o interés» (Roget, 1980, pág. 287). Una clase es «una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado» (Roget, pág. 157). Un diagnóstico enfermero es un «juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales que proporciona la base de la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable» (véase la pág. 415).

La estructura del código de la Taxonomía II es un integrador de 32 bits (o, si la base de datos del usuario utiliza otra notación, la estructura es un código de 5 dígitos). Esta estructura permite el crecimiento y desarrollo de la estructura de la clasificación sin tener que cambiar los códigos cuando se produzcan revisiones o refinamientos o cuando se añadan nuevos diagnósticos. Cuando los diagnósticos son aprobados por el Comité Directivo, basándose en las recomendaciones del Comité para el Desarrollo de los Diagnósticos y la aprobación de los miembros de NANDA-I, se les asignan nuevos códigos.

La Taxonomía II tiene una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la National Library of Medicine (NLM) respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud. La NLM recomienda que los códigos no contengan información sobre el concepto clasificado, como ocurría en el código de la Taxonomía I, que daba información completa sobre la localización y el nivel de los diagnósticos.

La Taxonomía II de NANDA-I es un lenguaje enfermero reconocido que cumple los criterios establecidos por el Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) de la American Nurses Association (ANA) (Coenen y cois., 2001). El beneficio de estar incluido como un lenguaje enfermero reconocido, es que indica que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil. El reconocimiento de la ANA facilita la inclusión de la NANDA-I en los criterios de la ANA Nursing Information and Data Set Evaluation Center (NIDSEC) para los sistemas de información clínica (nursingworld.org/nidsec/index.htm) y el National Library of Medicine's (NLM's) Unified Medical Language System (UMLS) (www.nlm.nih.gov/research/umls/umlsmain.html).

La taxonomía II está registrada en el Health Level Seven (HL7), un estándar informático de cuidados de la salud, como terminología a usar para identificar los diagnósticos enfermeros en mensajes electrónicos entre sistemas de información clínica (www.HL7.org). Los diagnósticos de la NANDA-I se han incluido en la SNOMED-CT, que ha sido aceptada como terminología estándar para el US Department of Health and Human Services, la US Consolidated Health Information Initiative y el United Kingdom's National Health Service. En SNOMED International (www.snomed.org) se encuentra disponible un mapa de este esfuerzo de adaptación.

La Taxonomía de diagnósticos enfermeros NANDA-I también cumple con el modelo terminológico de la International Standards Organization (ISO) para los diagnósticos enfermeros (fig. 3.2, pág. 376).

Figura 3.1 *Taxonomía II: dominios y clases*

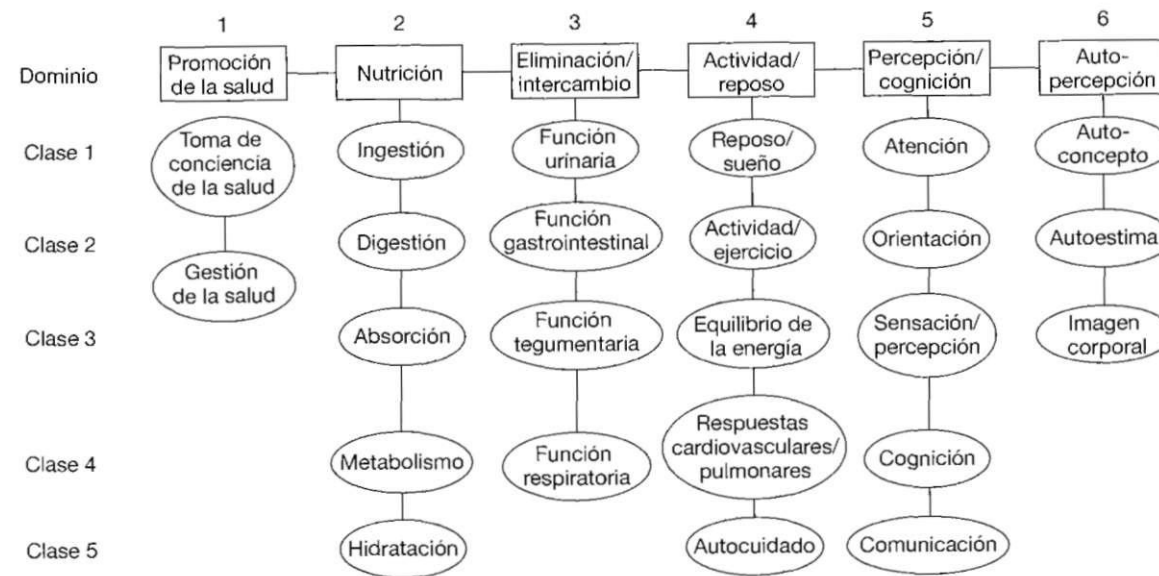


Figura 3.1 (Coni.)

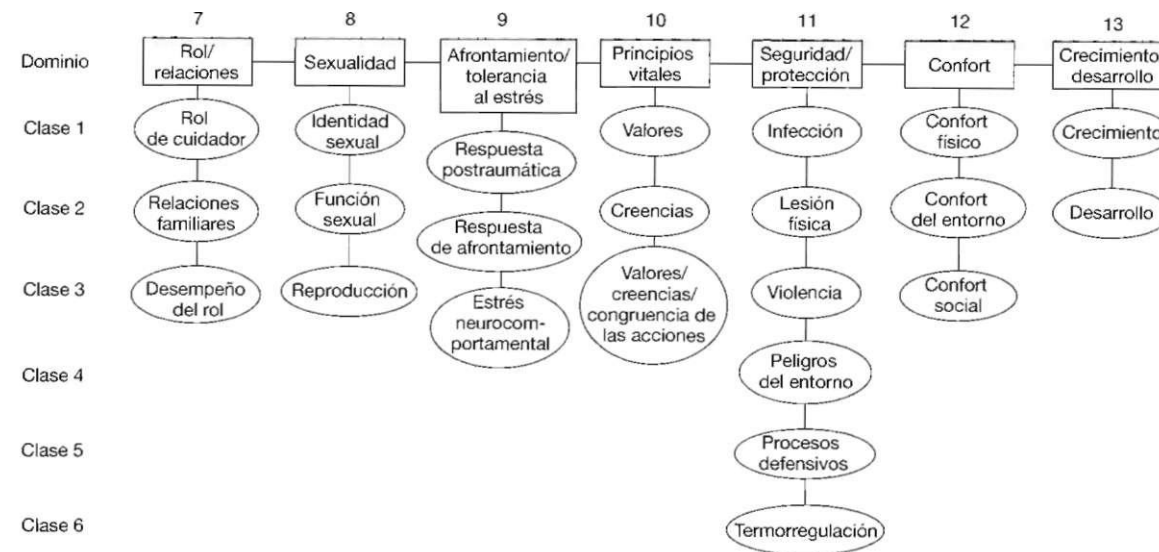


Tabla 3.1 *Taxonomía II: dominios, clases y diagnósticos*

DOMINIO 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar o la normalidad de la función.

Clase 1 *Toma de conciencia de la salud* Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal.

Diagnósticos aprobados

Ninguno hasta el momento.

Clase 2 *Gestión de la salud* Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.

Diagnósticos aprobados

00078 *Gestión ineficaz de la propia salud.*

00080 *Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar.*

00099 *Mantenimiento ineficaz de la salud.*

00098 *Deterioro del mantenimiento del hogar.*

00162 *Disposición para mejorar la gestión de la propia salud.*

00163 *Disposición para mejorar la nutrición.*

00186 *Disposición para mejorar el estado de inmunización.*

00193 *Descuido personal.*

DOMINIO 2 NUTRICIÓN

Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Clase 1 *Ingestión* Introducir alimentos o nutrientes en el cuerpo.

Diagnósticos aprobados

00107 *Patrón de alimentación ineficaz del lactante.*

00103 *Deterioro de la deglución.*

00002 *Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.*

00001 *Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.*

00003 *Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.*

Clase 2 *Digestión* Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias apropiadas para su absorción y asimilación.

Diagnósticos aprobados

Ninguno hasta el momento.

Clase 3 *Absorción* Acto de captar los nutrientes a través de los tejidos corporales.

Diagnósticos aprobados

Ninguno hasta el momento.

Tabla 3.1 (Cont)

Clase 4 Metabolismo Procesos físicos y químicos que se producen en los organismos y células vivas para el desarrollo y uso de protoplasma, producción de productos de desecho y energía, con la liberación de energía para todos los procesos vitales.

Diagnósticos aprobados

- 00178 *Riesgo de deterioro de la función hepática,*
- 00179 *Riesgo de nivel de glucemia inestable.*
- 00194 *Ictericia neonatal.*

Clase 5 Hidratación Captación y absorción de líquidos y electrolitos.

Diagnósticos aprobados

- 00027 *Déficit de volumen de líquidos.*
- 00028 *Riesgo de déficit de volumen de líquidos.*
- 00026 *Exceso de volumen de líquidos.*
- 00160 *Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos.*
- 00195 *Riesgo de desequilibrio electrolítico.*
- 00025 *Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.*

DOMINIO 3 ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.

Clase 1 Función urinaria Proceso de secreción, reabsorción y excreción de orina.

Diagnósticos aprobados

- 00016 *Deterioro de la eliminación urinaria.*
- 00023 *Retención urinaria.*
- 00020 *Incontinencia urinaria funcional.*
- 00017 *Incontinencia urinaria de esfuerzo.*
- 00019 *Incontinencia urinaria de urgencia.*
- 00018 *Incontinencia urinaria refleja.*
- 00022 *Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia.*
- 00166 *Disposición para mejorar la eliminación urinaria.*
- 00176 *Incontinencia urinaria por rebosamiento.*

Clase 2 Función gastrointestinal Proceso de absorción y excreción de los productos finales de la digestión.

Diagnósticos aprobados

- 00014 *Incontinencia fecal.*
- 00013 *Diarrea.*
- 00011 *Estreñimiento.*
- 00015 *Riesgo de estreñimiento.*
- 00012 *Estreñimiento subjetivo.*
- 00196 *Motilidad gastrointestinal disfuncional.*
- 00197 *Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional.*

Clase 3 Función tegumentaria Proceso de secreción y excreción a través de la piel.

[Continúa)

Tabla 3.1 (Cont.)

Diagnósticos aprobados

Ninguno hasta el momento.

Clase 4 Función respiratoria Proceso de intercambio de gases y eliminación de los productos finales del metabolismo.

Diagnósticos aprobados

00030 *Deterioro del intercambio de gases.*

00031 *Limpieza ineficaz de las vías aéreas.*

00032 *Deterioro de la ventilación espontánea.*

DOMINIO 4 ACTIVIDAD/REPOSO

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

Clase 1 Reposo/sueño Sueño, descanso, tranquilidad, relajación o inactividad.

Diagnósticos aprobados

00096 *Deprivación de sueño.*

00165 *Disposición para mejorar el sueño.*

00095 *Insomnio.*

00198 *Trastorno del patrón de sueño.*

Clase 2 Actividad/ejercicio Movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia.

Diagnósticos aprobados

00040 *Riesgo de síndrome de desuso.*

00085 *Deterioro de la movilidad física.*

00091 *Deterioro de la movilidad en la cama.*

00089 *Deterioro de la movilidad en silla de ruedas.*

00090 *Deterioro de la habilidad para la traslación.*

00088 *Deterioro de la ambulación.*

00097 *Déficit de actividades recreativas.*

00100 *Retraso en la recuperación quirúrgica.*

00168 *Sedentarismo.*

Clase 3 Equilibrio de la energía Estado de armonía dinámica entre el aporte y el gasto de recursos.

Diagnósticos aprobados

00050 *Perturbación del campo de energía.*

00093 *Fatiga.*

Clase 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.

Diagnósticos aprobados

00029 *Disminución del gasto cardíaco.*

00033 *Deterioro de la ventilación espontánea.*

00032 *Patrón respiratorio ineficaz.*

Tabla 3.1 (Coni.)

00092 *Intolerancia a la actividad.*
00094 *Riesgo de intolerancia a la actividad.*
00034 *Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.*
00200 *Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca.*
00201 *Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.*
00202 *Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz.*
00203 *Riesgo de perfusión renal ineficaz.*
00204 *Perfusión tisular periférica ineficaz.*
00205 *Riesgo de shock.*
00206 *Riesgo de sangrado.*

Clase 5 Autocuidado Habilidad para realizar las actividades de cuidado del propio cuerpo y de las funciones corporales.

Diagnósticos aprobados

00109 *Déficit de autocuidado: vestido.*
00108 *Déficit de autocuidado: baño.*
00102 *Déficit de autocuidado: alimentación.*
00110 *Déficit de autocuidado: uso del inodoro.*
00182 *Disposición para mejorar el autocuidado.*

DOMINIO 5 PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

Sistema de procesamiento de la información humana que incluye atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

Clase 1 Atención Disponibilidad mental para percatarse de algo u observar.

Diagnósticos aprobados

00123 *Desatención unilateral.*

Clase 2 Orientación Conciencia del tiempo, el espacio y las personas.

Diagnósticos aprobados

00127 *Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno.*
00154 *Vagabundeo.*

Clase 3 Sensación/percepción Recepción de información a través de los sentidos del tacto, gusto, olfato, vista, audición y cenestesia y la comprensión de los datos sensoriales que conduce a la identificación, asociación y patrón de reconocimiento.

Diagnósticos aprobados

00122 *Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva, cenestésica, gustativa, táctil, olfatoria).*

Clase 4 Cognición Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje.

[Continúa]

Tabla 3.1 (Cont.)

Diagnósticos aprobados

- 00126 *Conocimientos deficientes.*
- 00161 *Disposición para mejorar los conocimientos.*
- 00128 *Confusión aguda.*
- 00129 *Confusión crónica.*
- 00131 *Deterioro de la memoria.*
- 00130 *Trastorno de los procesos de pensamiento.*
- 00184 *Disposición para mejorar la toma de decisiones.*
- 00173 *Riesgo de confusión aguda.*
- 00199 *Planificación ineficaz de las actividades.*

Clase 5 Comunicación Enviar y recibir información verbal y no verbal.

Diagnósticos aprobados

- 00051 *Deterioro de la comunicación verbal.*
- 00157 *Disposición para mejorar la comunicación.*

DOMINIO 6 AUTOPERCEPCIÓN

Conciencia del propio ser.

Clase 1 Autoconcepto Percepción o percepciones sobre la totalidad del propio ser.

Diagnósticos aprobados

- 00121 *Trastorno de la identidad personal.*
- 00125 *Impotencia.*
- 00152 *Riesgo de impotencia.*
- 00124 *Desesperanza.*
- 00054 *Riesgo de soledad.*
- 00167 *Disposición para mejorar el autoconcepto.*
- 00187 *Disposición para mejorar el poder.*
- 00174 *Riesgo de compromiso de la dignidad humana.*
- 00185 *Disposición para mejorar la esperanza.*

Clase 2 Autoestima Valoración de la propia valía, capacidad, trascendencia y éxito.

Diagnósticos aprobados

- 00119 *Baja autoestima crónica.*
- 00120 *Baja autoestima situacional.*
- 00153 *Riesgo de baja autoestima situacional.*

Clase 3 Imagen corporal Imagen mental del propio cuerpo,

Diagnósticos aprobados

- 00118 *Trastorno de la imagen corporal*

DOMINIO 7 ROL/RELACIONES

Conexiones y asociaciones positivas y negativas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.

Tabla 3.1 {Cont.)

Clase 1 Roles de cuidador Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que brindan cuidados sin ser profesionales de la salud.

Diagnósticos aprobados

- 00061 *Cansancio del rol de cuidador.*
- 00062 *Riesgo de cansancio del rol de cuidador.*
- 00056 *Deterioro parental.*
- 00057 *Riesgo de deterioro parental.*
- 00164 *Disposición para mejorar el rol parental.*

Clase 2 Relaciones familiares Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección propia.

Diagnósticos aprobados

- 00060 *Interrupción de los procesos familiares.*
- 00159 *Disposición para mejorar los procesos familiares.*
- 00063 *Procesos familiares disfuncionales.*
- 00058 *Riesgo de deterioro de la vinculación.*

Clase 3 Desempeño del rol Calidad del funcionamiento de acuerdo con los patrones socialmente esperados.

Diagnósticos aprobados

- 00106 *Lactancia materna eficaz.*
- 00104 *Lactancia materna ineficaz.*
- 00105 *Interrupción de la lactancia materna.*
- 00055 *Desempeño ineficaz del rol.*
- 00064 *Conflicto del rol parental.*
- 00052 *Deterioro de la interacción social.*
- 00207 *Disposición para mejorar las relaciones.*

DOMINIO 8 SEXUALIDAD

Identidad sexual, función sexual y reproducción.

Clase 1 Identidad sexual Estado de ser una persona específica respecto a la sexualidad y/o el género.

Diagnósticos aprobados

Ninguno hasta el momento.

Clase 2 Función sexual Capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales.

Diagnósticos aprobados

- 00059 *Disfunción sexual.*
- 00065 *Patrón sexual ineficaz.*

Clase 3 Reproducción Cualquier proceso por el que se producen seres humanos.

[Continúa)

Tabla 3.1 {Cont}

Diagnósticos aprobados

00208 *Disposición para mejorar el proceso de maternidad.*

00209 *Riesgo de alteración de la diada materno/fetal.*

DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.

Clase 1 Respuesta postraumática Reacciones tras un trauma físico o psicológico.

Diagnósticos aprobados

00114 *Síndrome de estrés del traslado.*

00149 *Riesgo de síndrome de estrés del traslado.*

00142 *Síndrome traumático de la violación.*

00141 *Síndrome postraumático.*

00145 *Riesgo de síndrome postraumático.*

Clase 2 Respuestas de afrontamiento El proceso de gestionar el estrés del entorno.

Diagnósticos aprobados

00148 *Temor.*

00146 *Ansiedad.*

00147 *Ansiedad ante la muerte.*

00137 *Aflicción crónica.*

00072 *Negación ineficaz.*

00069 *Afrontamiento ineficaz.*

00073 *Afrontamiento familiar incapacitante.*

00074 *Afrontamiento familiar comprometido.*

00071 *Afrontamiento defensivo.*

00077 *Afrontamiento ineficaz de la comunidad.*

00158 *Disposición para mejorar el afrontamiento.*

00075 *Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.*

00076 *Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad.*

00172 *Riesgo de duelo complicado.*

00177 *Estrés por sobrecarga.*

00188 *Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.*

00136 *Duelo.*

00135 *Duelo complicado.*

00210 *Deterioro de la capacidad de recuperación personal.*

00211 *Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal.*

00212 *Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal.*

Clase 3 Estrés neurocomportamental Respuestas conductuales que reflejan la función nerviosa y cerebral.

Diagnósticos aprobados

00009 *Disreflexia autónoma.*

00010 *Riesgo de disreflexia autónoma.*

00116 *Conducta desorganizada del lactante.*

00115 *Riesgo de conducta desorganizada del lactante.*

Tabla 3.1 (Cont)

00117 *Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante.*

00049 *Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal.*

DOMINIO 10 PRINCIPIOS VITALES

Principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedoras de un valor intrínseco.

Clase 1 Valores Identificación y jerarquización de los modos de conducta preferidos o estados finales.

Diagnósticos aprobados

00185 *Disposición para mejorar la esperanza.*

Clase 2 Creencias Opiniones, expectativas o juicios sobre actos, conductas o instituciones consideradas verdaderas o poseedoras de un valor intrínseco.

Diagnósticos aprobados

00068 *Disposición para mejorar el bienestar espiritual.*

00185 *Disposición para mejorar la esperanza.*

Clase 3 Valores/creencias/congruencia de las acciones La congruencia o equilibrio logrado entre los valores, las creencias y las acciones.

Diagnósticos aprobados

00066 *Sufrimiento espiritual.*

00067 *Riesgo de sufrimiento espiritual.*

00083 *Conflicto de decisiones.*

00079 *Incumplimiento.*

00170 *Riesgo de deterioro de la religiosidad.*

00169 *Deterioro de la religiosidad.*

00171 *Disposición para mejorar la religiosidad.*

00175 *Sufrimiento moral.*

00184 *Disposición para mejorar la toma de decisiones.*

DOMINIO 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN

Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, prevención de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.

Clase 1 Infección Respuestas del huésped tras una invasión por gérmenes patógenos.

Diagnósticos aprobados

00004 *Riesgo de infección.*

00186 *Disposición para mejorar el estado de inmunización*

Clase 2 Lesión física Lesión o daño corporal.

(Continúa)

Tabla 3.1 (Cont.)

Diagnósticos aprobados

00045 *Deterioro de la mucosa oral.*
00035 *Riesgo de lesión.*
00087 *Riesgo de lesión postural perioperatoria.*
00155 *Riesgo de caídas.*
00038 *Riesgo de traumatismo.*
00046 *Deterioro de la integridad cutánea.*
00047 *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.*
00044 *Deterioro de la integridad tisular.*
00048 *Deterioro de la dentición.*
00036 *Riesgo de asfixia.*
00039 *Riesgo de aspiración.*
00031 *Limpieza ineficaz de las vías aéreas.*
00086 *Riesgo de disfunción neurovascular periférica.*
00043 *Protección ineficaz.*
00156 *Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.*
00213 *Riesgo de traumatismo vascular.*

Clase 3 Violencia Empleo de una fuerza o poder excesivos de modo que provoque lesión o abuso.

Diagnósticos aprobados

00139 *Riesgo de automutilación.*
00151 *Automutilación.*
00138 *Riesgo de violencia dirigida a otros.*
00140 *Riesgo de violencia autodirigida.*
00150 *Riesgo de suicidio.*

Clase 4 Peligros del entorno Fuentes de peligro en el medio ambiente.

Diagnósticos aprobados

00037 *Riesgo de intoxicación.*
00180 *Riesgo de contaminación.*
00181 *Contaminación.*

Clase 5 Procesos defensivos Procesos mediante los que la persona se autoprotege frente a agentes externos.

Diagnósticos aprobados

00041 *Respuesta alérgica al látex.*
00042 *Riesgo de respuesta alérgica al látex.*
00186 *Disposición para mejorar el estado de inmunización.*

Clase 6 Termorregulación Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía dentro del cuerpo con el objeto de proteger el organismo.

Diagnósticos aprobados

00005 *Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.*
00008 *Termorregulación ineficaz.*
00006 *Hipotermia.*
00007 *Hipertermia.*

Tabla 3.1 (Cont)

DOMINIO 12 CONFORT

Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Clase 1 Confort físico Sensación de bienestar o comodidad y/o ausencia de dolor.

Diagnósticos aprobados

00132 *Dolor agudo.*

00133 *Dolor crónico.*

00134 *Náuseas.*

00183 *Disposición para mejorar el confort.*

00214 *Disconfort.*

Clase 2 Confort del entorno Sensación de bienestar o comodidad en el propio medio.

Diagnósticos aprobados

00183 *Disposición para mejorar el confort.*

00214 *Disconfort.*

Clase 3 Confort social Sensación de bienestar o comodidad en las situaciones sociales.

Diagnósticos aprobados

00053 *Aislamiento social.*

00214 *Disconfort.*

DOMINIO 13 CRECIMIENTO/DESARROLLO

Aumento de las dimensiones físicas, maduración de los órganos y sistemas o logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.

Clase 1 Crecimiento Aumento de las dimensiones físicas o madurez de los sistemas corporales.

Diagnósticos aprobados

00111 *Retraso en el crecimiento y desarrollo.*

00113 *Riesgo de crecimiento desproporcionado.*

00101 *Deterioro generalizado del adulto.*

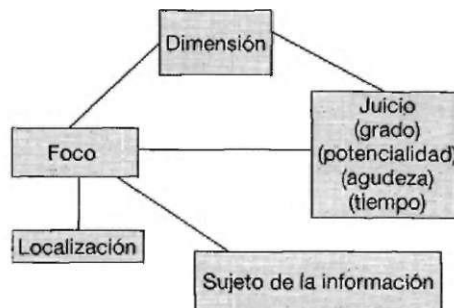
Clase 2 Desarrollo Progresión o regresión a través de una secuencia de hitos reconocidos en la vida.

Diagnósticos aprobados

00111 *Retraso en el crecimiento y desarrollo.*

00112 *Riesgo de retraso en el desarrollo.*

Figura 3.2 Modelo ISO de terminología de referencia para los diagnósticos enfermeros



El sistema multiaxial

La Taxonomía II tiene una forma multiaxial. Este formato mejora sustancialmente la flexibilidad de la nomenclatura y permite hacer con facilidad adiciones y modificaciones.

Un eje, para el propósito de la Taxonomía II, se define operacionalmente como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico.

Hay siete ejes. El Modelo de Diagnóstico Enfermero NANDA-1 muestra los siete ejes y su relación entre sí (fig. 3.3, pág. 377). El orden y algunas de las etiquetas y definiciones han cambiado desde la edición de 2005-2006 de este libro para adecuarse al International Standards Referente Model for a Nursing Diagnosis:

n Eje 1 Concepto diagnóstico.

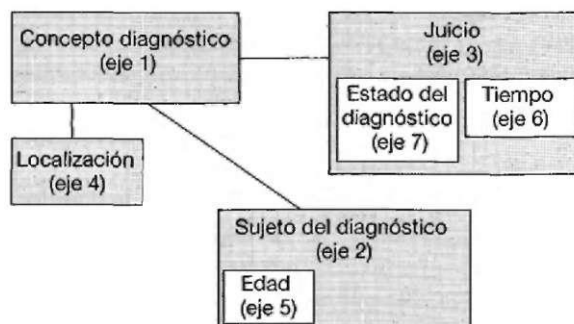
- Eje 2 Sujeto del diagnóstico (individuo, familia, comunidad).
- Eje 3 Juicio (p. ej., deteriorado, ineficaz).
- Eje 4 Localización (p. ej., vejiga, auditivo, cerebral).
- Eje 5 Edad (p. ej., lactante, niño, adulto).
- Eje 6 Tiempo (agudo, crónico, intermitente).

& Eje 7 Estado del diagnóstico (real, de riesgo, de salud, de promoción de la salud).

Los ejes se representan en las etiquetas o códigos de los diagnósticos por sus valores. En algunos casos se nombran explícitamente: por ejemplo, *Afrontamiento ineficaz de la comunidad* y *afrontamiento familiar comprometido*, en los que aparece el sujeto del diagnóstico (en el primer caso, «comunidad» y en el segundo «familia») y se nombra usando los dos valores «comunidad» y «familia» tomados del eje 2 (sujeto del diagnóstico). «Ineficaz» y «comprometido» son dos de los valores contenidos en el eje 3 (juicio).

En algunos casos, el eje está implícito: por ejemplo, *intolerancia a la actividad*, en el que el sujeto del diagnóstico (eje 2) siempre es la persona. En otros casos,

Figura 3.3 *Modelo de diagnóstico enfermero de NANDA-I*



un eje concreto puede no ser pertinente para un diagnóstico en concreto y, por consiguiente, no forma parte de su etiqueta o código. Por ejemplo, el eje tiempo puede no ser relevante en todos los diagnósticos.

Los ejes 1 (concepto diagnóstico) y 3 (juicio) son componentes esenciales del diagnóstico enfermero. No obstante, en algunos casos el concepto diagnóstico contiene el juicio (p. ej., *nauseas*); en estos casos, el juicio no está separado de forma explícita en la etiqueta diagnóstica. El eje 2 (sujeto del diagnóstico) también es esencial, aunque, como se ha descrito anteriormente, puede estar implícito y, por tanto, no incluirse en la etiqueta. El Comité para el Desarrollo de los Diagnósticos requiere estos ejes para elaborar las propuestas diagnósticas; los restantes ejes pueden usarse cuando sean relevantes para una mayor claridad.

Definición de los ejes

Eje 1 Concepto diagnóstico

El concepto diagnóstico se define como el elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz, de la formulación diagnóstica. Describe la «respuesta humana» que es el núcleo del diagnóstico.

El concepto diagnóstico puede constar de uno o más sustantivos. Cuando se emplea más de uno (p. ej., *Intolerancia a la actividad*), cada uno contribuye a dar al conjunto un significado único, como si ambos fueran un solo término; no obstante, el significado del término así combinado es distinto del de cada sustantivo por separado. Frecuentemente se añade un adjetivo (p. ej., *espiritual*) al nombre (p. ej., sufrimiento) para formar el concepto diagnóstico de *Sufrimiento espiritual*.

En otros casos, el concepto diagnóstico y el propio diagnóstico son idénticos (p. ej., *náuseas*). Esto sucede cuando el diagnóstico se formula al nivel de mayor utilidad clínica y la separación del concepto diagnóstico no añade nada significativo al nivel de abstracción.

Los conceptos diagnósticos de la Taxonomía II son:

- E Actividades recreativas.
- a Aflicción.
- EÍ Afrontamiento.
- Aislamiento social.
- Ambulación.
- Ansiedad.
- Asfixia.
- Aspiración.
- a Autoconcepto.
- Autocuidado.
- Autocuidado: alimentación.
- Autocuidado: baño.
- Autocuidado: uso del inodoro.
- SB Autocuidado: vestido.
- n Autoestima.
- Automutilación.
- Bienestar espiritual.
- Caídas.
- Campo de energía.
- Cansancio del rol de cuidador.
- m Capacidad adaptativa.
- Capacidad de recuperación.
- Comunicación.
- Conducta.
- Conducta adaptativa intracraneal.
- Conductas saludables.
- Conflicto de decisiones.
- Conflicto del rol.
- Conflicto del rol parental.
- Confort.
- Confusión.
- Conocimientos.
- Contaminación.
- Crecimiento.
- Deglución.
- Dentición.
- N Deprivación de sueño.
- Desatención unilateral.
- Descuido personal.
- Desempeño del rol.
- Desequilibrio electrolítico.
- Desesperanza.
- Deterioro global.
- Diada materno/fetal.
- Diarrea.
- j Dignidad humana.
- n Disfunción neurovascular periférica.
- Disfunción sexual.
- Disreflexia autónoma.
- Dolor.
- Duelo.
- Eliminación.
- Equilibrio de líquidos.
- Esperanza.
- Estado de inmunización.
- Estreñimiento.
- Estrés por sobrecarga.
- Fatiga.
- EJ Función hepática.
- n Función neurovascular.
- Función sexual.
- Gasto cardíaco.
- Gestión de la propia salud.
- Gestión de la salud .
- Gestión del régimen terapéutico.
- Habilidad para la traslación.
- Hipertermia.
- Hipotermia.
- Ictericia.
- Identidad.
- Identidad personal.
- Imagen corporal.
- ü Impotencia.
- kJ Incontinencia.
- Incontinencia de esfuerzo.
- Incontinencia de urgencia.
- Incontinencia funcional.
- Incontinencia por rebosamiento.
- Incontinencia refleja.
- Incumplimiento.
- Infección.
- Insomnio.
- Integridad cutánea.
- Integridad tisular.
- Interacción social.
- Intercambio de gases.
- Interpretación del entorno.
- :.] Intolerancia a la actividad.
- u Intoxicación.
- LJ Lactancia materna.
- Lesión.

- A Lesión postural perioperatoria.
 - Limpieza de las vías aéreas.
 - Mantenimiento de la salud.
 - Mantenimiento del hogar.
 - Membranas mucosas.
 - Memoria.
 - Motilidad.
 - Movilidad.
 - Movilidad en la cama.
 - Movilidad en silla de ruedas.
 - Movilidad física.
 - Náuseas.
 - Negación.
- J Nivel de glucemia.
 - Nutrición.
 - Parental.
 - Patrón de alimentación,
 - Patrón de sueño.
 - Patrón respiratorio,
 - Patrones de sexualidad.
 - Percepción sensorial.
 - Perfusion.
 - Perfusion tisular.
 - Planificación de actividades.
 - Poder.
 - Proceso de maternidad.
 - Procesos de pensamiento.
 - Procesos familiares.
 - Protección.
 - Recuperación quirúrgica.
 - Relaciones.
- L: Religiosidad.
- ja Respuesta al destete del ventilador,
- ta Respuesta alérgica al látex.
 - Respuesta postraumática.
 - Retención.
 - Sangrado.
 - Sedentarismo.
 - Shock.
- A Síndrome de estrés del traslado.
- H Síndrome de muerte súbita del lactante.
 - Síndrome del desuso.
 - Síndrome postraumático.
 - Síndrome traumático de la violación.
- m Soledad.
 - Sueño.
 - Sufrimiento espiritual,
- A Sufrimiento moral.
- H Suicidio.
 - Temor.
 - Temperatura corporal.
 - Termorregulación.
 - Tolerancia a la actividad.
 - Toma de decisiones.
- B Traumatismo.
 - Vagabundeo,
 - Ventilación espontánea.
 - Vinculación.
 - Violencia.
 - Volumen de líquidos.

Eje 2 Sujeto del diagnóstico

El sujeto del diagnóstico se define como la/s persona/s para la/s que se formula un diagnóstico determinado. Los valores del eje 2 son individuo, familia, grupo y comunidad:

...; *individuo*: ser humano singular, distinto de los demás, una persona.

: *Familia*: dos o más personas que mantienen relaciones continuas o sostenidas, que perciben obligaciones recíprocas, otorgan significados comunes y comparten ciertas obligaciones hacia otros; relacionados por consanguinidad y/o elección.

t'j *Grupo*: varias personas que comparten características.

s *Comunidad*: grupo de personas que viven en el mismo lugar bajo el mismo gobierno. Entre los ejemplos se incluyen vecindarios y ciudades.

Cuando la unidad de cuidados no se explicita, por defecto se considera que es el individuo.

Eje 3 Juicio

Un juicio es un descriptor o modificador que limita o especifica el significado del concepto diagnóstico. El concepto diagnóstico junto con el juicio enfermero sobre el mismo forma el diagnóstico. Los valores del eje 3 son:

Valor	Definición
Alterado	Agitado, interrumpido, que ha sufrido una interferencia.
Bajo	Por debajo de la norma.
Comprometido	Lesionado, vulnerable.
Complicado	Intrincadamente implicado, complejo.
Defensivo	Usado o preparado para usar como defensa o protección.
Deficiente	Inadecuado, insuficiente.
Desequilibrado	Que ha perdido la proporción o equilibrio.
Desorganizado	Dispuesto o controlado de manera inadecuada.
Desproporcionado	Demasiado grande o pequeño en comparación con la norma.
Deteriorado	Debilitado, lesionado.
Disfuncional	De funcionamiento anormal.
Disminuido	Reducido (en número, cantidad o grado).
Disposición para	En un estado apropiado para una actividad o situación.
Eficaz	Que produce el efecto pretendido o deseado.
Excesivo	Mayor de lo necesario o deseable.
Incapacitado	Limitado, discapacitado.
Ineficaz	Que no produce el efecto pretendido o deseado.
Interrumpido	Que se ha producido una rotura en la continuidad.
Mejorado	Acrecentado en calidad, valor o extensión.
Organizado	Adecuadamente dispuesto o controlado.
Percibido	Observado a través de los sentidos.
Retrasado	Tardío, lento, pospuesto.
Situacional	Relacionado con una circunstancia particular.

Eje 4 Localización

La localización describe las partes o regiones corporales y las funciones relacionadas -todos los tejidos, órganos, regiones o estructuras anatómicas-. Los valores del eje 4 son:

- Auditivo.
- s Cardíaco.
- Cardiopulmonar.
- Cenestésico.
- Cerebral.
- Gastrointestinal.
- Gustativo.
- Intestinal.
- Intracraneal.
- Membranas mucosas,
- ii Neurovascular.
- Olfativo.
- Oral.
- Periférico.
- Piel.
- E Renal.
- Táctil.
- Tisular.
- Urinario.
- Vascular.
- Vascular periférico.
- Verbal.
- R Vesical.
- Visual.

Eje 5 Edad

La edad se refiere a la edad de la persona sujeto del diagnóstico (eje 2). Los valores del eje 5 son:

- ¡> Feto.
- Neonato.
- Lactante.
- Niño pequeño.
- Preescolar.
- ::: Escolar.
- Adolescente.
- Adulto,
- .i: Anciano.

Eje 6 Tiempo

Describe la duración del concepto diagnóstico (eje 1). Los valores del eje 6 son:

- *Agudo*: menos de 6 meses.
- Í: *Crónico*: más de 6 meses.

- a *Intermitente*: cesa y empieza de nuevo a intervalos, periódico, cíclico,
- a *Continuo*: ininterrumpido, sin pausa.

Eje 7 Estado del diagnóstico

El estado del diagnóstico se refiere a la existencia o potencialidad del problema o a la categorización del diagnóstico como de salud/promoción de la salud. Los valores del eje 7 son:

- s *Real*: existente de hecho o en la realidad, existente en ese momento.
- e *Promoción de la salud*: comportamiento motivado por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano en materia de salud (Pender, Murduagh & Parsons, 2006).
- H *Riesgo*: vulnerabilidad, especialmente como resultado de la exposición a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida.
- a *Salud*: calidad o estado de estar sano. Puede formularse como real (aunque se entiende que existe si no se manifiesta específicamente).

Construcción de una formulación diagnóstica enfermera

Un diagnóstico enfermero se construye combinando los valores del eje 1 (el concepto diagnóstico), el eje 2 (sujeto del diagnóstico) y el eje 3 (juicio) cuando es necesario y añadiendo valores de otros ejes cuando es relevante para una mayor claridad. De este modo, se empieza con el concepto diagnóstico (eje 1) y se añade el juicio (eje 3) sobre el mismo. Recuerde que ambos ejes en ocasiones están combinados en un solo concepto diagnóstico, por ejemplo, *dolor*. A continuación se especifica el sujeto del diagnóstico (eje 2). Si el sujeto es un individuo no es preciso explicitarlo (fig. 3.4, más adelante). Pueden usarse entonces los restantes ejes, si son apropiados, para añadir más detalles. Las figuras 3.5 y 3.6 ilustran otros ejemplos, usando los diagnósticos de riesgo (fig. 3.5 pág. 383) y los diagnósticos de «disposición para mejorar» (fig 3.6, pág. 383).

Figura 3.4 Modelo de diagnóstico enfermero de NANDA-I: *Atontamiento ineficaz (individual)*

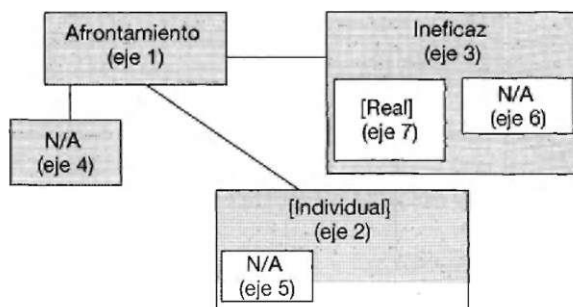


Figura 3.5 Modelo de diagnóstico enfermero de NANDA-I:
Riesgo de conducta desorganizada del lactante

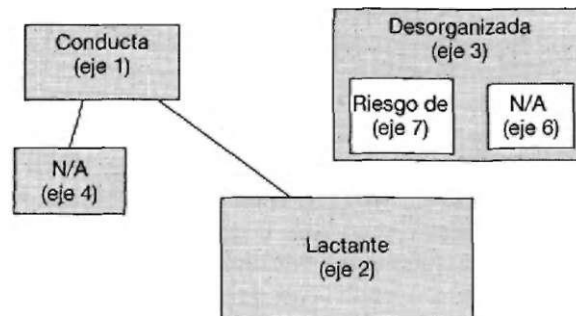
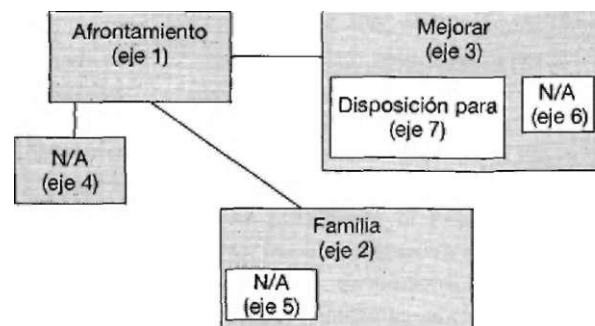


Figura 3.6 Modelo de diagnóstico enfermero de NANDA-I:
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar



Por favor, para la preparación de un diagnóstico enfermero para su aceptación en la taxonomía de la NANDA-I, véase en la primera parte, «Proceso para el desarrollo de un diagnóstico enfermero aprobado por NANDA-I», pág. 41, para una explicación detallada sobre el proceso de propuesta de diagnósticos para diagnósticos nuevos y revisados.

Taxonomía NNN de la práctica enfermera

La Taxonomía II de NANDA-I apareció por vez primera en el libro *Diagnósticos enfermeros de NANDA: definiciones y clasificación 2001-2002*. Durante este período, NANDA-I empezó a negociar una alianza con el Classification Center en el College of Nursing, University of Iowa, Iowa City, Iowa (EE.UU.). Como parte de esta alianza, se estudió la posibilidad de desarrollar una estructura taxonómica común. El propósito de una estructura común era hacer visible la relación entre las tres clasificaciones -diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras- y facilitar la vinculación entre los tres sistemas. Se discutieron las

posibilidades entre el Comité Directivo de NANDA-I y los líderes del Classification Center.

La Dra. Dorothy Jones, en representación de NANDA-I, y la Dra. Joanne McCloskey Dochterman, en representación del Classification Center, desarrollaron una propuesta para convocar una conferencia por invitación. La propuesta fue auspiciada por la National Library of Medicine, y del 12 al 14 de agosto de 2001 se celebró una reunión de tres días en el Starved Rock Conference Center en Utica, Illinois. La conferencia reunió a 24 expertos en el desarrollo, validación y refinamiento del lenguaje enfermero. El objetivo era desarrollar una estructura taxonómica común para la práctica enfermera que incluyera NANDA-I (diagnósticos enfermeros), NIC (intervenciones enfermeras) y NOC (resultados enfermeros), con posibilidad de incluir también otros lenguajes. En *Unifying Nursing Languages: The Harmonization of NANDA, NIC, and NOC* (Dochterman & Jones, 2003) se puede consultar un relato detallado de la conferencia, así como de su historia y desarrollo.

El Comité para la Taxonomía de NANDA se reunió en enero de 2003 para colocar los diagnósticos enfermeros de los *Diagnósticos enfermeros de NANDA-I: Definiciones y clasificación 2003-2004* en la Taxonomía NNN de la práctica enfermera. El comité estableció unas reglas para la ubicación de los diagnósticos:

1. La definición, características definitorias o factores de riesgo del diagnóstico enfermero guían la ubicación del diagnóstico enfermero.
2. Cuando un diagnóstico enfermero se encuentra a caballo entre dos o más dominios el comité para la Taxonomía revisa su definición, características definitorias o factores de riesgo, y lo coloca en el dominio clínicamente más consistente con dicha información.
3. Si al revisar la definición, características definitorias o factores de riesgo de un diagnóstico enfermero éste es clínicamente consistente con dos o más dominios, el diagnóstico se coloca donde la enfermera asistencial esperaría encontrarlo.
4. Algunos diagnósticos enfermeros no pueden situarse porque no hay consenso entre los miembros del Comité para la Taxonomía. Por ejemplo, *Déficit de actividades recreativas* y *Retraso en la recuperación quirúrgica* fueron excluidos porque podrían haberse clasificado en varios dominios y clases.
5. Los diagnósticos enfermeros de «Riesgo de» o de «Disposición para mejorar», fueron ubicados en el mismo dominio y clase que el diagnóstico real cuando lo había.

La tabla 3.2 (págs. 385-395) muestra la ubicación en la Taxonomía NNN de la Práctica Enfermera de los 206 diagnósticos enfermeros actualmente aprobados por NANDA-I.

Tabla 3.2 *Taxonomía NNN para la Práctica Enfermera: situación de los diagnósticos enfermeros¹*

Dominios	Clases	Diagnósticos, resultados e intervenciones	Diagnósticos enfermeros de NANDA-I
I. Funcional Incluye diagnósticos, resultados e intervenciones para promover las necesidades básicas	Actividad/ ejercicio	Actividad física, incluyendo la conservación y gasto de energía	<i>Intolerancia a la actividad</i> <i>Riesgo de intolerancia a la actividad</i> <i>Riesgo de síndrome de desuso</i> <i>Riesgo de caídas</i> <i>Fatiga</i> <i>Deterioro de la movilidad en la cama</i> <i>Deterioro de la movilidad física</i> <i>Deterioro de la movilidad en silla de ruedas</i> <i>Deterioro de la habilidad para la traslación</i> <i>Deterioro de la ambulación</i> <i>Sedentarismo</i>
	Confort	Sensación de bienestar emocional, físico espiritual y una relativa falta de sufrimiento	<i>Náuseas</i> <i>Dolor agudo</i> <i>Dolor crónico</i> <i>Perturbación del campo de energía</i> <i>Disposición para mejorar el confort</i> <i>Disconfort</i>
	Crecimiento y desarrollo	Hitos para el crecimiento y desarrollo físico, emocional y social	<i>Riesgo de retraso en el desarrollo</i> <i>Deterioro generalizado del adulto</i> <i>Retraso en el crecimiento y desarrollo</i> <i>Riesgo de crecimiento desproporcionado</i> <i>Conducta desorganizada del lactante</i> <i>Riesgo de conducta desorganizada del lactante</i> <i>Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante</i> <i>Disposición para mejorar el proceso de maternidad</i>

(Continúa)

Tabla 3.2 (Coni.)

Dominios	Clases	Diagnósticos, resultados e intervenciones	Diagnósticos enfermeros de NANDA-I
	Nutrición	Procesos relacionados con la ingestión, asimilación y el uso de nutrientes	<i>Lactancia materna eficaz</i> <i>Lactancia materna ineficaz</i> <i>Interrupción de la lactancia materna</i> <i>Patrón de alimentación ineficaz del lactante</i> <i>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades</i> <i>Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades</i> <i>Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades</i> <i>Disposición para mejorar la nutrición</i> <i>Deterioro de la deglución</i>
	Autocuidado	Habilidad para llevar a cabo las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	<i>Déficit de autocuidado: baño</i> <i>Déficit de autocuidado: vestido</i> <i>Déficit de autocuidado: alimentación</i> <i>Déficit de autocuidado: uso del inodoro</i> <i>Disposición para mejorar el autocuidado</i> <i>Descuido personal</i>
	Sexualidad	Mantenimiento o modificación de los patrones e identidad sexual	<i>Disfunción sexual</i> <i>Patrón sexual ineficaz</i>

II. Fisiológico Incluye diagnósticos, resultados e intervenciones para promover una óptima salud biofísica	Sueño/reposo	Cantidad y calidad de los patrones de sueño y relajación	<i>Deprivación de sueño</i> <i>Insomnio</i> <i>Disposición para mejorar el sueño</i> <i>Trastorno del patrón de sueño</i>
	Valores/creencias	Ideas, objetivos, percepciones, creencias espirituales o no que influyen en las elecciones o decisiones	<i>Sufrimiento espiritual</i> <i>Riesgo de sufrimiento espiritual</i> <i>Disposición para mejorar el bienestar espiritual</i> <i>Deterioro de la religiosidad</i> <i>Riesgo de deterioro de la religiosidad</i> <i>Disposición para mejorar la religiosidad</i> <i>Sufrimiento moral</i>
	Función cardíaca	Mecanismos cardíacos usados para mantener la perfusión tisular	<i>Disminución del gasto cardíaco</i> <i>Perfusión tisular ineficaz</i> <i>Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca</i> <i>Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz</i> <i>Riesgo de perfusión tisular gastrointestinal ineficaz</i> <i>Riesgo de perfusión renal ineficaz</i> <i>Perfusión tisular periférica ineficaz</i> <i>Riesgo de shock</i>

(Continúa)

Tabla 3.2 (Coni.)

Dominios	Clases	Diagnósticos, resultados e intervenciones	Diagnósticos enfermeros de NANDA-I
II. Fisiológico (Cont.)	Eliminación	Procesos relacionados con la secreción y excreción de desechos corporales	<i>Incontinencia fecal</i> <i>Estreñimiento</i> <i>Estreñimiento subjetivo</i> <i>Riesgo de estreñimiento</i> <i>Diarrea</i> <i>Incontinencia urinaria funcional</i> <i>Incontinencia urinaria refleja</i> <i>Incontinencia urinaria de esfuerzo</i> <i>Incontinencia urinaria de urgencia</i> <i>Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia</i> <i>Deterioro de la eliminación urinaria</i> <i>Retención urinaria</i> <i>Disposición para mejorar la eliminación urinaria</i> <i>Incontinencia por rebosamiento</i> <i>Ictericia neonatal</i> <i>Motilidad gastrointestinal disfuncional</i> <i>Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional</i>
	Líquidos y electrolitos	Regulación del equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base	<i>Déficit de volumen de líquidos</i> <i>Exceso de volumen de líquidos</i> <i>Riesgo de déficit de volumen de líquidos</i> <i>Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos</i> <i>Riesgo de sangrado</i> <i>Riesgo de desequilibrio electrolítico</i>

Neurocognición	Mecanismos relacionados con el sistema nervioso y funcionamiento neurocognitivo, incluyendo memoria, pensamiento y juicio	<i>Disreflexia autónoma</i> <i>Riesgo de disreflexia autónoma</i> <i>Confusión aguda</i> <i>Planificación ineficaz de la actividad</i> <i>Confusión crónica</i> <i>Riesgo de confusión aguda</i> <i>Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno</i> <i>Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal</i> <i>Deterioro de la memoria</i> <i>Desatención unilateral</i> <i>Trastorno de los procesos de pensamiento</i> <i>Vagabundeo</i>
Función farmacológica	Efectos (terapéuticos y adversos) de los medicamentos o sustancias y otros productos farmacológicamente activos	

(Continúa)

Tabla 3.2 (Cont.)

Dominios	Clases	Diagnósticos, resultados e intervenciones	Diagnósticos enfermeros de NANDA-I
II. Fisiológico <i>(Cont.)</i>	Regulación física	Temperatura corporal, respuestas del sistema endocrino e inmunitario para regular los procesos celulares	<i>Respuesta alérgica al látex</i> <i>Riesgo de respuesta alérgica al látex</i> <i>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal</i> <i>Hipertermia</i> <i>Hipotermia</i> <i>Termorregulación ineficaz</i> <i>Riesgo de infección</i> <i>Riesgo de disfunción neurovascular periférica</i> <i>Protección ineficaz</i> <i>Riesgo de nivel de glucemia inestable</i> <i>Riesgo de deterioro de la función hepática</i>
	Reproducción	Procesos relacionados con la procreación humana y el nacimiento	<i>Riesgo de alteración de la diada materno/fetal</i>
	Función respiratoria	Ventilación adecuada para mantener la gasometría arterial dentro de los límites normales	<i>Limpieza ineficaz de las vías aéreas</i> <i>Riesgo de aspiración</i> <i>Patrón respiratorio ineficaz</i> <i>Deterioro del intercambio de gases</i> <i>Riesgo de asfixia</i> <i>Deterioro de la ventilación espontánea</i> <i>Respuesta ventilatoria disfuncional al destete</i>

III. Psicosocial Incluye diagnósticos, resultados e intervenciones para promover una salud mental y emocional óptima, así como el funcionamiento social satisfactorio.	Sensación/ percepción	Captación e interpretación de información a través de los sentidos, incluyendo la vista, el oído, el tacto, el gusto y el olfato	<i>Trastorno de la percepción sensorial</i>
	Integridad tisular	Protección de la piel y membranas mucosas para apoyar la secreción, excreción y curación	<i>Deterioro de la dentición</i> <i>Deterioro de la mucosa oral</i> <i>Deterioro de la integridad cutánea</i> <i>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</i> <i>Deterioro de la integridad tisular</i>
	Conducta	Acciones que promueven, mantienen o restauran la salud	<i>Mantenimiento ineficaz de la salud</i> <i>Conductas generadoras de salud</i> <i>Incumplimiento</i> <i>Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar</i> <i>Disposición para mejorar la gestión de la propia salud</i> <i>Gestión ineficaz de la propia salud</i> <i>Descuido personal</i>
	Comunicación	Recepción, interpretación y expresión hablada, escrita, y mensajes no verbales	<i>Deterioro de la comunicación verbal</i> <i>Disposición para mejorar la comunicación</i>

(Continúa)

Tabla 3.2 (Cont.)

Dominios III. Psicosocial (Cont.)	Clases	Diagnósticos, resultados e intervenciones	Diagnósticos enfermeros de NANDA-I
		Ajuste o adaptación a los acontecimientos estresantes	
	Afrontamiento		Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud Conflicto de decisiones Afrontamiento ineficaz Afrontamiento ineficaz de la comunidad Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad Afrontamiento defensivo Afrontamiento familiar comprometido Afrontamiento familiar incapacitante Disposición para mejorar el afrontamiento familiar Negación ineficaz Duelo Duelo complicado Riesgo de duelo complicado Síndrome postraumático Riesgo de síndrome postraumático Síndrome traumático de la violación Síndrome de estrés del traslado Riesgo de síndrome de estrés del traslado Automutilación Riesgo de automutilación Riesgo de suicidio Riesgo de violencia autodirigida Disposición para mejorar el afrontamiento Estrés por sobrecarga Disposición para mejorar la toma de decisiones Deterioro de la capacidad de recuperación personal Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal

Emocional	Estado mental o sentimiento que puede influenciar las percepciones del mundo	<i>Ansiedad</i> <i>Ansiedad ante la muerte</i> <i>Temor</i> <i>Desesperanza</i> <i>Aflicción crónica</i> <i>Disposición para mejorar la esperanza</i>
Conocimientos	Comprensión y habilidad para aplicar información para promover, mantener y restaurar la salud	<i>Conocimientos deficientes</i> <i>Disposición para mejorar los conocimientos</i>
Roles/ relaciones	Mantenimiento y/o modificación de las conductas sociales esperadas y de la conexión emocional con otros	<i>Riesgo de deterioro de la vinculación</i> <i>Cansancio del rol de cuidador</i> <i>Riesgo de cansancio del rol de cuidador</i> <i>Conflicto del rol parental</i> <i>Procesos familiares disfuncionales</i> <i>Interrupción de los procesos familiares</i> <i>Deterioro parental</i> <i>Riesgo de deterioro parental</i> <i>Desempeño ineficaz del rol</i> <i>Deterioro de la interacción social</i> <i>Aislamiento social</i> <i>Riesgo de violencia dirigida a otros</i> <i>Disposición para mejorar los procesos familiares</i> <i>Disposición para mejorar el rol parental</i> <i>Disposición para mejorar las relaciones</i>

(Continúa)

Tabla 3.2 (Cont.)

Dominios	Clases	Diagnósticos, resultados e intervenciones	Diagnósticos enfermeros de NANDA-I
III. Psicosocial <i>[Cont.]</i>	Autopercepción	Conciencia del propio cuerpo e identidad personal	<i>Trastorno de la imagen corporal</i> <i>Trastorno de la identidad personal</i> <i>Riesgo de soledad</i> <i>Impotencia</i> <i>Riesgo de impotencia</i> <i>Baja autoestima crónica</i> <i>Baja autoestima situacional</i> <i>Riesgo de baja autoestima situacional</i> <i>Disposición para mejorar el autoconcepto</i> <i>Disposición para mejorar el poder</i> <i>Riesgo de compromiso de la dignidad humana</i>
IV. Del entorno Incluye diagnósticos, resultados e intervenciones para promover y proteger la salud del entorno y la seguridad de los individuos, sistemas y comunidades	Sistema de cuidados de la salud	Estructuras y procesos sociales, políticos y económicos para la administración de los servicios de cuidados de la salud	
	Poblaciones	Conjuntos de individuos o comunidades que tienen características comunes	

Manejo del riesgo	Evitación de amenazas identificables para la salud	<i>Deterioro en el mantenimiento del hogar</i>
		<i>Riesgo de lesión</i>
		<i>Riesgo de lesión postural perioperatoria</i>
		<i>Riesgo de intoxicación</i>
		<i>Riesgo de traumatismo</i>
		<i>Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante</i>
		<i>Disposición para mejorar la inmunización</i>
		<i>Contaminación</i>
		<i>Riesgo de contaminación</i>
		<i>Riesgo de traumatismo vascular</i>

'La taxonomía que aparece en las columnas 1 a 3 es de dominio público y puede usarse libremente sin permiso: ninguna persona, grupo u organización tiene derecho a establecer copyright sobre esta estructura o cualquier modificación de la misma; el uso de la taxonomía debe referenciar su procedencia.

Taxonomía de: Dochterman J & Jones D (eds.) (2003). Unifying nursing languages: the harmonization of NANDA, NIC and NOC. Washington DC: American nurses publishing.

Nuevo desarrollo de la taxonomía de NANDA-I

El marco multiaxial permite a las enfermeras clínicas ver dónde hay vacíos o diagnósticos nuevos potencialmente útiles. Si usted construye un nuevo diagnóstico o grupo de diagnósticos útiles para su práctica, por favor, propóngalos a NANDA-I de forma que otros puedan compartir su descubrimiento. En la pág. 408 encontrará las guías para la propuesta. Los formatos para la propuesta también pueden encontrarse en las páginas web de NANDA-I (www.nanda.org) y de NLINKS (Network For Lenguaje In Nursing Knowledge Systems) página web www.nlinks.org. El comité para el Desarrollo de los Diagnósticos (CDD) estará encantado de ayudarle a preparar la propuesta. Para solicitar ayuda o formular preguntas, contacte con el presidente del CDD a través de la página web de NANDA-I.

Cuarta parte
Diagnósticos enfermeros
retirados de la Taxonomía
2009-2011 de NANDA-I

Incontinencia urinaria total

(1986)

Definición Pérdida de orina continua e imprevisible.

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| YA Flujo continuo de orina que se produce a intervalos imprevisibles sin distensión o falta de inhibición de las contracciones o espasmos vesicales. | B Falta de llenado perineal. <ul style="list-style-type: none">• Nicturia. |
| M Falta de llenado vesical. | m Falta de conciencia de la incontinencia, <ul style="list-style-type: none">a Incontinencia refractaria al tratamiento. |

Factores relacionados

- | | |
|--|--|
| m Anatómico (fístula). | 15 Neuropatías que impiden la transmisión del reflejo indicador de repleción vesical. |
| s Enfermedad que afecta a los nervios de la médula espinal. | "i Traumatismo que afecta a los nervios de la médula espinal. |
| m Contracción independiente del reflejo detrusor. | |
| m Disfunción neurológica. | |

Nota: este diagnóstico ha sido retirado de la Taxonomía de NANDA-I, y no aparecerá en la edición de 2012-2014 del texto de Definiciones y clasificación a menos que se haga un importante trabajo para aportar un nivel de evidencia (NDE) de 2.1. Cualquier trabajo llevado a cabo sobre este diagnóstico deberá proponerse al Comité para el Desarrollo de los Diagnósticos como si fuera un diagnóstico nuevo.

Manejo efectivo del régimen terapéutico (1994)

Definición El patrón de regulación e integración en la vida diaria de la persona de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas es satisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

Características definitorias

Elección de actividades de la vida diaria apropiadas para alcanzar los objetivos del programa de prevención.	Expresión verbal del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad
Elección de actividades de la vida diaria apropiadas para alcanzar los objetivos del tratamiento.	Expresión verbal del deseo de manejar la prevención de secuelas.
H Mantenimiento de los síntomas de enfermedad dentro de los límites esperados.	Expresión verbal del intento de reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas.

Factores relacionados

Pendiente de desarrollo.

Nota: este diagnóstico ha sido retirado de la Taxonomía de N AND A-I, y no aparecerá en la edición de 2012-2014 del texto de Definiciones y clasificación a menos que se haga un importante trabajo para aportar un nivel de evidencia (NDE) de 2.1. Cualquier trabajo llevado a cabo sobre este diagnóstico deberá proponerse al Comité para el Desarrollo de los Diagnósticos como si fuera un diagnóstico nuevo.

Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad

(1994)

Definición Patrón de regulación e integración en los procesos de la comunidad de un programa para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar los objetivos de salud,

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| ∴ Déficits en defensores de los grupos. | ~ Recursos insuficientes para el cuidado de la salud (p. ej., personas, programas). |
| Ü Déficit en actividades preventivas de la comunidad. | « Falta de recursos sanitarios para el cuidado de la enfermedad. |
| E Síntomas de enfermedad por encima de la norma esperada para esa población. | u Aceleración inesperada de la enfermedad. |

Factores relacionados

Pendiente de desarrollo.

Nota: este diagnóstico ha sido retirado de la Taxonomía de N AND A-I, y no aparecerá en la edición de 2012-2014 del texto de Definiciones y clasificación a menos que se haga un importante trabajo para aportar un nivel de evidencia (NDE) de 2.1. Cualquier trabajo llevado a cabo sobre este diagnóstico deberá proponerse al Comité para el Desarrollo de los Diagnósticos como si fuera un diagnóstico nuevo.

Trastorno de los procesos de pensamiento (1973, 1996)

Trastorno de los procesos de pensamiento (1973, 1996)

Definición Trastorno de las operaciones y actividades cognitivas.

Características definitorias

- | | |
|------------------------------|--|
| s Disonancia cognitiva. | E Hipovigilancia. |
| • Facilidad para distraerse. | o Interpretación inexacta del entorno. |
| • Egocentrismo. | • Pensamiento inapropiado. |
| a Hipervigilancia. | s Déficit de memoria. |

Factores relacionados

Pendiente de desarrollo.

Nota: este diagnóstico ha sido retirado de la Taxonomía de NANDA-I, y no aparecerá en la edición de 2012-2014 del texto de Definiciones y clasificación a menos que se haga un importante trabajo para aportar un nivel de evidencia (NDE) de 2.1. Cualquier trabajo llevado a cabo sobre este diagnóstico deberá proponerse al Comité para el Desarrollo de los Diagnósticos como si fuera un diagnóstico nuevo.

Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta

(1980)

Definición Penetración sexual forzada, violenta, contra la voluntad y sin el consentimiento de la víctima. El síndrome traumático que se desarrolla a partir de este ataque o intento de ataque incluye una fase aguda de desorganización del estilo de vida de la víctima y un proceso a largo plazo de reorganización del estilo de vida.

Características definitorias

Cambios en el estilo de vida (cambio de residencia, pesadillas repetitivas y fobias, búsqueda de soporte familiar, búsqueda de soporte de la red social en la fase de larga duración),	Múltiples síntomas físicos (p. ej., irritabilidad gastrointestinal, malestar genitourinario, tensión muscular, trastorno del patrón de sueño en la fase aguda).
Reacciones emocionales (p. ej., cólera, vergüenza, miedo a la violencia física y muerte, humillación, venganza, autoculpabilización en la fase aguda).	Reactivación de síntomas de situaciones previas (p. ej., enfermedad física, trastorno psiquiátrico en la fase aguda). Abuso de sustancias (en la fase aguda).

Factores relacionados

Pendiente de desarrollo.

Nota: este diagnóstico ha sido retirado de la Taxonomía de NANDA-I, y no aparecerá en la edición de 2012-2014 del texto de Definiciones y clasificación a menos que se haga un importante trabajo para aportar un nivel de evidencia (NDE) de 2.1. Cualquier trabajo llevado a cabo sobre este diagnóstico deberá proponerse al Comité para el Desarrollo de los Diagnósticos como si fuera un diagnóstico nuevo.

Síndrome traumático de la violación: reacción silenciosa

(1980)

Definición Penetración sexual forzada, violenta, contra la voluntad y sin el consentimiento de la víctima. El síndrome traumático que se desarrolla a partir de este ataque o intento de ataque incluye una fase aguda de desorganización del estilo de vida de la víctima y un proceso a largo plazo de reorganización del estilo de vida.

Características definitorias

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">n Cambios bruscos en las relaciones con los hombres.n Aumento de las pesadillas.i • Aumento de la ansiedad durante la entrevista (p. ej., bloqueo de asociaciones, largos períodos de silencio, ligero tartamudeo, malestar físico). | <ul style="list-style-type: none">"i No verbalización de la ocurrencia de la violación.• Cambios pronunciados en la conducta sexual.• Súbito inicio de reacciones fóbicas. |
|--|--|

Factores relacionados

Pendiente de desarrollo.

Nota: este diagnóstico ha sido retirado de la Taxonomía de NANDA-I, y no aparecerá en la edición de 2012-2014 del texto de Definiciones y clasificación a menos que se haga un importante trabajo para aportar un nivel de evidencia (NDE) de 2.1. Cualquier trabajo llevado a cabo sobre este diagnóstico deberá proponerse al Comité para el Desarrollo de los Diagnósticos como si fuera un diagnóstico nuevo.

Quinta parte
NANDA International
2009-2011

Las propuestas de nuevos diagnósticos y la revisión de los existentes se someten a una revisión sistemática para determinar su coherencia con los criterios establecidos para los diagnósticos enfermeros. Por consiguiente, todas las propuestas se clasifican teniendo en cuenta las evidencias que determinan su nivel de desarrollo o validación .

Los diagnósticos propuestos pueden tener distintos niveles de desarrollo (p. ej., etiqueta y definición; etiqueta, definición, características definitorias o factores de riesgo; etiqueta, definición, características definitorias y factores relacionados). Todas las propuestas deben incluir bibliografía de soporte. Los artículos utilizados para la propuesta tienen que estar catalogados en la sección de bibliografía del formulario para la propuesta usando el formato APA.

NANDA-I *Diagnosis Submission Guidelines* están disponibles en la página web de NANDA (www.nanda.org) y en la página web de NLINKS (www.nlinks.org; clique en «diagnostic review»). Los diagnósticos pueden proponerse por vía electrónica mediante el formulario disponible en la página web de NANDA-I. Los diagnósticos que no se proponen a través de la página web deberían enviarse en documento adjunto a un correo electrónico dirigido al presidente del CDD utilizando el formulario propuesto en la página web de NANDA-I.

Al recibirlo, el Comité para el Desarrollo de los Diagnósticos (CDD) asignará el diagnóstico a un revisor primario. Este revisor primario trabajará con las personas que hayan hecho la propuesta a medida que el CDD la revise.

Proceso de revisión completo

Los nuevos diagnósticos entran en un *proceso de revisión completo*, que incluye los siguientes pasos:

1. Revisión de la propuesta por el revisor primario.
2. El revisor primario trabaja con la persona o personas que han hecho la propuesta para abordar los cambios necesarios.
3. La propuesta es enviada a todo el CDD para su revisión.
4. El CDD hace una de las siguientes recomendaciones:
 - a. Aprobado sin recomendaciones.
 - b. Aprobado pendiente del seguimiento de las recomendaciones (la decisión más frecuente del CDD).
 - c. Rechazado.
5. El revisor primario transmite las recomendaciones del CDD a la persona o personas que han hecho la propuesta, y trabaja con ellas para llevar a cabo los cambios recomendados.
6. Las propuestas aprobadas por el CDD se presentan por vía electrónica a los miembros de NANDA-I para su revisión y votación. Los cambios que recomienden los miembros deben estar apoyados por la bibliografía.
7. Una vez se han abordado las revisiones recomendadas por los miembros, la propuesta se envía al Comité Directivo de NANDA International para su aprobación final. Los diagnósticos aceptados con un nivel de evidencia de 2.1 se incorporarán en la Taxonomía de NANDA-I y en la Taxonomía NNN para

la Práctica Enfermera, y se publicarán en la siguiente edición de los *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación* de NANDA-I.

Proceso de revisión abreviado

El proceso de revisión abreviado (PRA) sólo es adecuado para la propuesta de revisión de diagnósticos que ya hayan sido aceptados. El PRA es un proceso más eficiente con el que se intenta agilizar el proceso de revisión de los diagnósticos propuestos para revisar cuando el CDD considera que las modificaciones presentadas son de naturaleza menor y no alteran la idea original del diagnóstico. Ejemplos de tales modificaciones pueden incluir:

- a Corrección y clarificación de la definición.
- n Adición o eliminación limitada de características definitorias, factores de riesgo o factores relacionados.

Un PRA incluye los siguientes pasos:

1. Revisión de la propuesta por el revisor primario.
2. El revisor primario trabaja con la persona o personas que han hecho la propuesta para abordar los cambios necesarios.
3. La propuesta se envía a todo el CDD para su revisión.
4. El CDD hace una de las siguientes recomendaciones:
 - a. Aprobado sin recomendaciones.
 - b. Aprobado pendiente del seguimiento de las recomendaciones (la decisión más frecuente del CDD).
 - c. Rechazado.
5. El revisor primario transmite las recomendaciones del CDD a la persona o personas que han hecho la propuesta, y trabaja con ellas para llevar a cabo los cambios recomendados.
6. Las propuestas aprobadas por el CDD son enviadas al Comité de Directores de NANDA-I para su aprobación. Las propuestas de revisiones aprobadas se cuelgan en la página web de NANDA-I.

Proceso para la propuesta de nuevos diagnósticos

Para proponer un nuevo diagnóstico a la consideración del CDD, siga los siguientes pasos:

1. Revise esta edición de *Diagnósticos enfermeros de NANDA-I: Definiciones y clasificación* y los diagnósticos potencialmente relacionados que contiene. Consulte las Diagnosis Submission Guidelines de NANDA-I en la página web de NANDA-I (www.nanda.org) y/o en la página web de NLINKS (www.nlinks.org; clique en «diagnostic review»). Siga las guías de la página web de NANDA-I en el caso de que se hayan actualizado desde la publicación de esta edición del libro de NANDA-I.

2. Contacte con el presidente del CDD para obtener guías e instrucciones más específicas sobre el formato, criterios para asignar el nivel de evidencia y protocolo para su presentación.
3. Revise el «Glosario de términos» en esta edición de los *Diagnósticos enfermeros de NANDA-I: Definiciones y clasificación*.
4. Decida si su diagnóstico es un diagnóstico real, de riesgo, de bienestar o de promoción de la salud.
5. Proporcione una etiqueta para el diagnóstico, apoyada por la bibliografía. Identifique la bibliografía.
6. Proporcione una definición para el diagnóstico que esté apoyada por la bibliografía. Identifique la bibliografía.
7. Identifique las características definitorias o factores de riesgo del diagnóstico. Los diagnósticos reales, de bienestar y de promoción de la salud tienen características definitorias; los diagnósticos de riesgo tienen factores de riesgo. Para facilitar la codificación, cada característica definitoria y factor de riesgo debe contener un único concepto en vez de múltiples conceptos. Por ejemplo, en vez de poner «náuseas y vómitos» como una única característica definitoria o factor de riesgo, cada uno de estos términos debe citarse por separado (p. ej., «náuseas» y «vómitos»). Se requieren referencias bibliográficas (artículos, no libros) para respaldar cada una de las características definitorias o factores de riesgo y dicha bibliografía debe identificarse. Si es posible, la bibliografía debería basarse en investigaciones. Si no hay bibliografía enfermera o bibliografía basada en investigaciones, indíquelo en su propuesta.
8. Identifique los factores relacionados para los diagnósticos reales. Para facilitar la codificación, cada factor relacionado debe contener un único concepto en vez de múltiples conceptos. Los diagnósticos de riesgo, de bienestar y de promoción de la salud no tienen factores relacionados. Se requieren referencias bibliográficas para cada factor identificado y dicha bibliografía debe identificarse (ver punto 7 anterior).
9. Desarrolle una bibliografía, incluyendo todos los artículos que ha referenciado. **La lista de bibliografía debe estar en formato APA.** Numere las referencias bibliográficas y vincule cada una de ellas con el componente o componentes de su propuesta al que sustentan (p. ej., definición, característica definitoria, factor de riesgo o factor relacionado).
10. Proporcione un máximo de tres ejemplos de resultados e intervenciones enfermeras de una de las terminologías enfermeras estandarizadas (p. ej., NOC, NIC) apropiados para el diagnóstico. No se solicitan los componentes de los diagnósticos, intervenciones y resultados que delimitan el rol de la enfermera en el tratamiento del diagnóstico y su responsabilidad respecto al diagnóstico propuesto.
11. Para la propuesta use el proceso electrónico disponible en la página web de NANDA-I.
12. Se le notificará la recepción de su trabajo, así como el tiempo aproximado de espera para obtener una respuesta del CDD. La mayoría de las propuestas requieren alguna modificación antes de su aceptación en la Taxonomía

de NANDA-I. Se le asignará un mentor del CDD para ayudarlo durante el proceso.

Proceso para la propuesta de revisión de un diagnóstico ya aceptado

Para proponer la revisión de un diagnóstico ya aceptado a la consideración del CDD, siga los siguientes pasos:

1. Revise esta edición de *Diagnósticos enfermeros de NANDA-I: Definiciones y clasificación* y revise los diagnósticos potencialmente relacionados que contiene. Consulte las Diagnosis Submission Guidelines de la NANDA-I en la página web de NANDA-I (www.nanda.org) y/o en la página web de NLINKS (www.nlinks.org; clique en «diagnostic review»). Siga las guías de la página web de NANDA-I en el caso de que se hayan actualizado desde la publicación de esta edición del libro de NANDA-I.
2. Contacte con el presidente de la CDD para obtener guías e instrucciones más específicas sobre el formato, criterios para asignar el nivel de evidencia y protocolo para su presentación.
3. Revise el «Glosario de términos» en esta edición de los *Diagnósticos enfermeros de NANDA-I: Definiciones y clasificación*.
4. Identifique si la etiqueta del diagnóstico requiere una revisión; revísela si es apropiado. La revisión debe apoyarse en bibliografía y la bibliografía debe estar identificada.
5. Revise la definición del diagnóstico para determinar si es necesaria alguna modificación; modifíquela si es necesario. La modificación debe apoyarse en bibliografía y la bibliografía debe estar identificada.
6. Revise las características definitorias o factores de riesgo del diagnóstico. Los diagnósticos reales, de bienestar y de promoción de la salud tienen características definitorias; los diagnósticos de riesgo tienen factores de riesgo. Para facilitar la codificación, cada característica definitoria y factor de riesgo debe contener un único concepto en vez de múltiples conceptos. Por ejemplo, «náuseas y vómitos» no pueden citarse como un único concepto, sino como dos conceptos separados (p. ej., «náuseas» y «vómitos»). Deberían usarse referencias de artículos relacionados con el concepto (no de libros de texto) para apoyar cada característica definitoria y factor de riesgo. Si es posible, la bibliografía debería basarse en investigaciones. Si no hay bibliografía enfermera o bibliografía basada en investigaciones, indíquelo en su propuesta.
7. Revise los factores relacionados del diagnóstico real. Identifique los factores relacionados para los diagnósticos reales. Para facilitar la codificación, cada factor relacionado debe contener un único concepto en vez de múltiples conceptos. Los diagnósticos de riesgo, de bienestar y de promoción de la salud no tienen factores relacionados. Se requieren referencias bibliográficas para cada factor relacionado y dicha bibliografía debe identificarse.

8. Desarrolle una bibliografía, incluyendo todos los artículos que ha referenciado. **La lista de bibliografía debe estar en formato APA.** Numere las referencias bibliográficas y vincule cada una de ellas con el componente o componentes de su propuesta a los que sustentan (p. ej., definición, característica definitoria, factor de riesgo o factor relacionado),
9. Para la propuesta, use el proceso electrónico disponible en la página web de NANDA-I.
10. Se le notificará la recepción de su trabajo, así como una estimación del tiempo de espera para obtener una respuesta del CDD. Los diagnósticos revisados pueden seguir un proceso completo o un proceso de revisión abreviado, dependiendo de la amplitud de los cambios propuestos. El CDD formulará esta decisión y le informará sobre el método elegido. La mayoría de las propuestas requieren alguna modificación antes de su aceptación en la Taxonomía de NANDA-1. Se le asignará un mentor del CDD para ayudarle durante el proceso.

Procedimiento para apelar la decisión del CDD sobre la revisión de un diagnóstico

Si el CDD revisa un diagnóstico nuevo o una propuesta de revisión de un diagnóstico aceptado y lo devuelve a la persona o personas que hicieron la propuesta, ya sea para su revisión o bien porque se decide que no cumple uno o más de los criterios para la clasificación del diagnóstico, la persona o personas que lo propusieron pueden apelar esta decisión.

Si el CDD opta por no aprobar un diagnóstico o una revisión, se notificará tal decisión a la persona o personas que lo han propuesto con una explicación detallada del por qué. Pueden darse una o más de las siguientes razones:

1. Rechazo del diagnóstico (p. ej., no cumple los criterios de la definición de diagnóstico enfermero o no alcanza los criterios del nivel de evidencia de los diagnósticos).
2. Devolución para su revisión en profundidad (p. ej., requiere hacer cambios mayores en su contenido).
3. Soporte bibliográfico insuficiente o anticuado (p. ej., fallo en la referencia de metaanálisis, artículos conceptuales, investigación actual o falta de artículos de investigación basándose sólo en libros de texto),
4. Devolución con cambios editoriales (p. ej., solicitud de respuesta de la persona que lo propone a las razones del CDD o revisión de la propuesta).

Si se opta por apelar la decisión del CDD, el diagnóstico o revisión de que se trate se colgará en la página web de NANDA International (www.nanda.org) y la apelación se anunciará en la revista. Tras la distribución de la revista se iniciará un período de 90 días para que los miembros aporten evidencias para el soporte, modificación o rechazo del diagnóstico o revisión. Transcurrido este tiempo, el CDD revisará las aportaciones y hará llegar una segunda decisión a la persona o personas que lo han propuesto.

Si el CDD decide nuevamente no aceptar el diagnóstico después de esta segunda revisión, la persona o personas que lo proponen tendrán oportunidad de presentarlo en la conferencia bianual, así como las razones de su desacuerdo con la decisión del CDD. La presentación tendrá lugar en sesión abierta y requerirá argumentos basados en la evidencia tanto de la persona que hace la propuesta como del CDD sobre la decisión adoptada. Los asistentes a la conferencia también podrán presentar argumentos basados en evidencias para el soporte, modificación o rechazo del diagnóstico o revisión. Después de esta sesión abierta, el CDD revisará toda la información y dará a conocer su decisión a la persona o personas que hacen la propuesta y al Comité Directivo de NANDA-I.

El Comité Directivo de NANDA-I tendrá la oportunidad de proporcionar argumentos basados en la evidencia para apoyar, modificar o rechazar la propuesta en dos puntos del proceso:

1. Durante el foro abierto en la conferencia bianual.
2. Tras la conferencia, el Comité Directivo proporcionará una revisión final de las recomendaciones del CDD para su aprobación. La decisión del Comité Directivo de modificar o rechazar las recomendaciones del CDD debe basarse en evidencias y estar al mismo nivel de evidencia o superior que el presentado por la persona o personas que lo proponen y/o por el CDD,

Propuesta de diagnóstico a NANDA-I: criterios sobre el nivel de evidencia

1. Recibido para su desarrollo (consulta con el CDD)

1.1 Sólo la etiqueta

Este nivel está pensado principalmente para la propuesta de grupos organizados más que para propuestas individuales. La etiqueta es clara, formulada a un nivel básico, está apoyada en referencias bibliográficas que están identificadas. El CDD consultará con las personas que lo han propuesto y les ayudará mediante la distribución de guías escritas y talleres de trabajo. En este nivel, la etiqueta se clasifica como «recibida para su desarrollo» y como tal se identifica en la página Web de NANDA-I.

1.2 Etiqueta y definición

La etiqueta es clara y está formulada a un nivel básico. La definición es congruente con la etiqueta. La etiqueta y la definición son distintas de las de otros diagnósticos y definiciones de NANDA-I. La definición difiere de las características definitorias y de la etiqueta, y estos componentes no están incluidos en la definición. En este nivel, los diagnósticos deben ser congruentes con la actual definición de diagnóstico enfermero de NANDA-I (pág. 415).

La etiqueta y la definición se apoyan en referencias bibliográficas que son identificadas.

2. Aceptado para su publicación e inclusión en la Taxonomía de NANDA-I

2.1 Etiqueta, definición, características definitorias o factores de riesgo, factores relacionados y bibliografía

Se citan referencias bibliográficas para la definición y para cada una de las características definitorias y factores relacionados o de riesgo. Además, se requiere que para cada diagnóstico se proporcionen ejemplos de resultados enfermeros e intervenciones enfermeras de una terminología enfermera estandarizada (p. ej., NOC, NIC). Si se aprueba, el diagnóstico se enviará al comité de Taxonomía para su clasificación en la Taxonomía de NANDA-I.

2.2 Análisis conceptual

Se cumplen los criterios del nivel 2.1. Además, se requiere una revisión narrativa de la bibliografía relevante, que culmina en un análisis escrito de los conceptos para demostrar la existencia de un cuerpo de conocimientos suficiente para sustentar el diagnóstico. La revisión bibliográfica/análisis conceptual apoya la etiqueta y la definición, e incluye la discusión y da soporte a las características definitorias o factores de riesgo (para los diagnósticos de riesgo) o factores relacionados (para los diagnósticos reales).

2.3 Estudios de consenso relacionados con los diagnósticos llevados a cabo por expertos

Se cumplen los requerimientos del apartado 2.1. Se incluyen estudios en los que se solicita la opinión de expertos, estudios Delphi y similares sobre los componentes diagnósticos cuyos sujetos son las enfermeras.

3. Soporte clínico (validación y puesta a prueba)

3.1 Síntesis de la literatura

Se satisfacen los criterios del apartado 2.2. La síntesis está en forma de revisión integrada de la literatura. Se proporciona la búsqueda de términos/términos MESH para ayudar a los futuros investigadores.

3.2 Estudios clínicos relacionados con el diagnóstico pero no generalizables a toda la población

Se cumplen los criterios 2.2. La narrativa se acompaña de una descripción de los estudios relacionados con el diagnóstico, que incluye las características definitorias o factores de riesgo y los factores relacionados. Los estudios pueden

ser cuantitativos o cualitativos, usando muestras no aleatorias en las que los sujetos son los pacientes.

3.3 Estudios clínicos bien diseñados con muestras pequeñas

Se cumplen los criterios 2.2. La narrativa se acompaña de una descripción de los estudios relacionados con el diagnóstico, que incluye las características definitorias o los factores de riesgo y los factores relacionados. En estos estudios la muestra es aleatoria, pero el número de sujetos es limitado,

3.4 Estudios clínicos bien diseñados con una muestra aleatoria de tamaño suficiente para permitir la generalización a toda la población

Se cumplen los criterios 2.2. La narrativa se acompaña de una descripción de los estudios relacionados con el diagnóstico, que incluye las características definitorias o factores de riesgo y los factores relacionados. En estos estudios se emplea una muestra aleatoria de tamaño suficiente para permitir la generalización de los resultados al conjunto de la población.