LYNDA JUALL CARPENITO

Manual de
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

15.ª edición

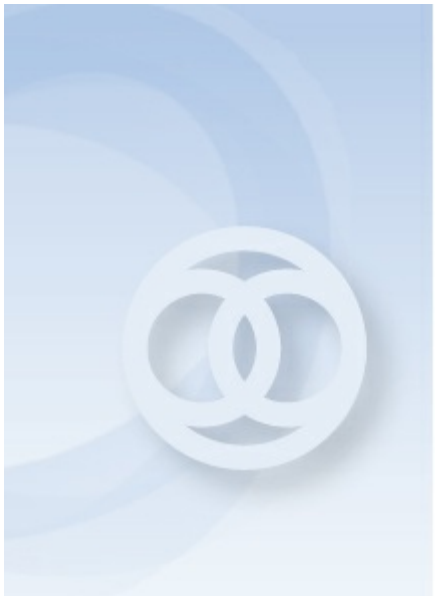
Wolters Kluwer

Manual de
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS
15.ª EDICIÓN

Lynda Juall Carpenito, RN, MSN, CRNP
Family Nurse Practitioner
ChesPenn Health Services
Chester, Pennsylvania
Nursing Consultant
Mullica Hill, New Jersey

Wolters Kluwer

Philadelphia · Baltimore · New York · London
Buenos Aires · Hong Kong · Sydney · Tokyo



Índice de diagnósticos enfermeros

Actividad, intolerancia a la 28

Actividades recreativas, déficit de 201

Actividades, planificación ineficaz de las 33

Actividades, riesgo de planificación ineficaz de las 34

Aflicción crónica 586

Afrontamiento de la comunidad, disposición para mejorar el 662

Afrontamiento defensivo 157

Afrontamiento familiar comprometido 175

Afrontamiento familiar incapacitante 176

Afrontamiento familiar, disposición para mejorar el 668

Afrontamiento ineficaz 149

Afrontamiento ineficaz de la comunidad 172

Afrontamiento, disposición para mejorar el 660

Aislamiento social 584

Ambulación, deterioro de la 369

Ansiedad 46

Ansiedad ante la muerte 54

Asfixia, riesgo de 333

Aspiración, riesgo de 325

Autoconcepto, disposición para mejorar el 688

Autoconcepto, trastorno del 526
Autocuidado, disposición para mejorar el 688
Autocuidado: alimentación, déficit de 512
Autocuidado: instrumental, déficit de 521
Autocuidado: uso del inodoro, déficit de 524
Autocuidado: vestido, déficit de 518
Autoestima, trastorno de la 539
Autolesión, riesgo de 550
Automutilación 556
Automutilación, riesgo de 557
Baja autoestima crónica 542
Baja autoestima crónica, riesgo de 545
Baja autoestima situacional 546
Baja autoestima situacional, riesgo de 549
Bienestar espiritual, disposición para mejorar el 690
Caídas, riesgo de 328
Cansancio del rol de cuidador 73
Cansancio del rol de cuidador, riesgo de 80
Capacidad adaptativa intracraneal, disminución de la 342
Comunicación, deterioro de la 121
Comunicación, disposición para mejorar la 659
Comunicación verbal, deterioro de la 126
Conducta desorganizada del lactante 296
Conducta desorganizada del lactante, riesgo de 304
Conducta organizada del lactante, disposición para mejorar la 677
Conflicto de decisiones 183
Confort, disposición para mejorar el 659
Confusión aguda 128
Confusión aguda, riesgo de 134
Confusión crónica 134

Conocimientos (especificar), disposición para mejorar los 681
Conocimientos deficientes 344
Contaminación 139
Contaminación de la comunidad, riesgo de 147
Contaminación familiar 146
Contaminación, riesgo de 145
Control de impulsos ineficaz 161
Déficit de autocuidado: baño 515
Deglución, deterioro de la 396
Dentición, deterioro de la 396
Deprivación de sueño 584
Desatención unilateral 382
Descuido personal 381
Desempeño ineficaz del rol 506
Desequilibrio electrolítico, riesgo de 210
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades 388
Desesperanza 286
Deterioro de la eliminación urinaria 624
Deterioro de la religiosidad 596
Deterioro de la resiliencia, riesgo de 484
Deterioro parental 419
Díada materno/fetal, riesgo de alteración de la 354
Diarrea 188
Dignidad humana, riesgo de compromiso de la 293
Disconfort 86
Disfunción neurovascular periférica, riesgo de 621
Disfunción sexual 572
Disposición para mejorar la esperanza 676
Disreflexia autónoma 206
Disreflexia autónoma, riesgo de 210

Dolor agudo 92
Dolor crónico 101
Dolor de parto 110
Duelo 240
Duelo anticipado 248
Duelo complicado 252
Duelo complicado, riesgo de 256
Eliminación urinaria, disposición para mejorar la 692
Enuresis madurativa 628
Equilibrio de líquidos, disposición para mejorar el 671
Estilo de vida sedentario 350
Estrés del traslado, [Síndrome] de 476
Estrés del traslado, riesgo de [síndrome] de 480
Estrés por sobrecarga 600
Función hepática, riesgo de deterioro de la 353
Función respiratoria ineficaz, riesgo de 486
Gasto cardíaco, disminución del 72
Gestión ineficaz de la salud 275
Habilidad para la traslación, deterioro de la 372
Ictericia neonatal 342
Ictericia neonatal, riesgo de 343
Identidad personal, riesgo de trastorno de la 538
Identidad personal, trastorno de la 537
Imagen corporal, trastorno de la 530
Impotencia 436
Impotencia, riesgo de 441
Incontinencia fecal 60
Incontinencia urinaria continua 642
Incontinencia urinaria de esfuerzo 639
Incontinencia urinaria de urgencia 644

Incontinencia urinaria de urgencia, riesgo de 648
Incontinencia urinaria funcional 632
Incontinencia urinaria por rebosamiento 648
Incontinencia urinaria refleja 637
Incumplimiento 386
Infección, riesgo de 305
Insomnio 582
Integridad cutánea, deterioro de la 459
Integridad cutánea, riesgo de deterioro de la 459
Integridad tisular, deterioro de la 456
Intercambio de gases deterioro del 504
Intoxicación, riesgo de 333
Labilidad emocional 168
Lactancia materna ineficaz 63
Lactancia materna, disposición para mejorar la 657
Lactancia materna, interrupción de la 70
Leche materna insuficiente 71
Lesión corneal, riesgo de 444
Lesión en el tracto urinario, riesgo de 339
Lesión postural perioperatoria, riesgo de 335
Lesión térmica, riesgo de 334
Lesión, riesgo de 317
Mantenimiento del hogar, deterioro del 281
Memoria, deterioro de la 355
Motilidad gastrointestinal disfuncional 238
Motilidad gastrointestinal disfuncional, riesgo de 239
Movilidad en la cama, deterioro de la 365
Movilidad en silla de ruedas, deterioro de la 370
Movilidad física, deterioro de la 358
Mucosa oral, deterioro de la 448

Mucosa oral, riesgo de deterioro de la 454
Náusea 117
Negación ineficaz 163
Nivel de glucemia inestable, riesgo de 59
Nutrición, disposición para
mejorar la 681
Obesidad 404
Ojo seco, riesgo de 446
Patrón de alimentación ineficaz del lactante 400
Patrón de sueño, trastorno del 574
Patrón respiratorio ineficaz 500
Patrón sexual ineficaz 566
Perfusión gastrointestinal ineficaz, riesgo de 615
Perfusión renal ineficaz, riesgo de 622
Perfusión tisular cardíaca, riesgo de disminución de la 612
Perfusión tisular cerebral ineficaz, riesgo de 613
Perfusión tisular ineficaz 611
Perfusión tisular periférica ineficaz 616
Perfusión tisular periférica ineficaz, riesgo de 620
Poder, disposición para mejorar el 683
Posición bípeda, deterioro de la 368
Posición sedente, deterioro de la 367
Proceso de maternidad, disposición para mejorar el 658
Proceso de maternidad ineficaz 83
Proceso de maternidad ineficaz, riesgo de 85
Procesos familiares disfuncionales 216
Procesos familiares, disposición para mejorar los 669
Procesos familiares, interrupción de los 211
Protección ineficaz 441
Reacción adversa a medios de contraste yodados, riesgo de 35

Recuperación quirúrgica, retraso en la 607
Recuperación quirúrgica, riesgo de retraso en la 608
Regulación del estado de ánimo, deterioro de la 171
Relación ineficaz 474
Relación ineficaz, riesgo de 475
Relación, disposición para mejorar la 684
Religiosidad, disposición para mejorar la 685
Religiosidad, riesgo de deterioro de la 599
Resiliencia, deterioro de la 484
Resiliencia, disposición para mejorar la 686
Respuesta alérgica al látex 345
Respuesta alérgica al látex, riesgo de 348
Respuesta alérgica, riesgo de 41
Respuesta ventilatoria disfuncional al destete, riesgo de 494
Respuesta ventilatoria disfuncional al destete, riesgo de 494
Rol parental, disposición para mejorar el 682
Salud deficiente de la comunidad 257
Salud, mantenimiento ineficaz de la 264
Sangrado, riesgo de 58
Shock, riesgo de 573
Síndrome de desuso, riesgo de 193
Síndrome de muerte súbita del lactante, riesgo de 605
Síndrome del déficit de autocuidado 507
Síndrome del trauma posviolación 430
Síndrome postraumático 424
Síndrome postraumático, riesgo de 430
Sobrepeso 410
Sobrepeso, riesgo de 413
Sueño, disposición para mejorar el 689
Sufrimiento espiritual 589

Sufrimiento espiritual, riesgo de 595

Sufrimiento moral 374

Sufrimiento moral, riesgo de 378

Suicido, riesgo de 559

Temor 220

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud 259

Toma de decisiones, disposición para mejorar la 666

Transmisión de infecciones, riesgo de 312

Traumatismo vascular, riesgo de 651

Traumatismo, riesgo de 335

Úlcera por presión, riesgo de 467

Úlceras por presión 460

Ventilación espontánea, deterioro de la 505

Vías aéreas, limpieza ineficaz de las 497

Volumen de líquidos, déficit de 226

Volumen de líquidos, exceso de 232

Volumen de líquidos, riesgo de déficit de 231

Volumen de líquidos, riesgo de desequilibrio del 237

Las definiciones designadas como NANDA-I así como las características y los factores identificados con un asterisco azul son material reproducido de *Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014*. Derechos reservados © 2012, 2009, 2007, 2003, 2001, 1998, 1996, 1994 de NANDA International. Utilizado por acuerdo con Blackwell Publishing Limited, una compañía de John Wiley & Sons, Inc. Con el fin de tomar decisiones seguras y eficaces utilizando los diagnósticos enfermeros de la NANDA-I, es esencial que las enfermeras se refieran a las definiciones y las características definitorias de los diagnósticos mencionados en esta obra.

A Olen, mi hijo

por su sabiduría y compromiso con la justicia

por nuestros momentos de tranquilidad y abrazos

para Olen Jr. y Aiden

por su presencia en mi vida

. . . estoy agradecida

que día a día me recuerden lo que es

realmente importante . . .

el amor, la salud y la confianza en los seres humanos

Prefacio

Muchas enfermeras e incluso algunos profesores, cuestionan la utilidad del diagnóstico de enfermería. Lamentablemente, el diagnóstico de enfermería todavía está estrechamente unido con la planificación del cuidado de la salud tradicional. Es tiempo de separar a estos gemelos para que ambos puedan funcionar de forma independiente. El diagnóstico enfermero define la ciencia y el arte de la enfermería. Es tan imprescindible para las enfermeras y para la profesión de enfermería como son los diagnósticos médicos para los médicos. Sirve para organizar el conocimiento de la enfermería en la literatura, en la investigación y en la mente del médico. No hay que subestimar la importancia de esta clasificación. Un médico con experiencia en diagnósticos de enfermería puede plantear la hipótesis de varias explicaciones para la ira de un paciente, como el miedo, la ansiedad, el duelo, la impotencia, o la angustia espiritual. Sin este conocimiento, el cliente simplemente está enfadado.

La planificación de cuidados como se enseña en las escuelas de enfermería es un ejercicio académico. No está mal, pero a medida que el estudiante avanza a su último año, este plan de cuidados académico debe transformarse en un producto clínicamente útil. Los estudiantes avanzarán hasta utilizar un plan de cuidados estandarizado *en lugar* de crearlo. Copiar de libros, como éste, no mejora los conocimientos del diagnóstico enfermero y el análisis crítico. Los estudiantes deben empezar con un documento estandarizado (electrónico o impreso) y luego revisarlo de acuerdo con los datos específicos que han adquirido mientras cuidan a su paciente. Por ejemplo, cada estudiante tendrá un plan de cuidados estandarizado para una persona con una cirugía abdominal. Si la persona también tiene diabetes mellitus, entonces a las intervenciones de vigilancia se añadiría el problema de colaboración *Riesgo de complicaciones de hipoglucemia/hiperglucemia*. Si otro paciente, después de una cirugía abdominal de emergencia por un trauma en vehículo de motor, perdió a su esposa en el accidente, entonces se debe agregar el *Duelo*.

El profesorado, los directores de enfermería, los administradores y médicos tienen que hacer su parte. El cambio es imprescindible. La enfermería debe defender su derecho a determinar sus requisitos de documentación, como lo ha hecho la medicina. Si la enfermería sigue siendo un negocio como de costumbre, la enfermería que queremos

dejará de existir, es decir, la enfermería que necesitan los pacientes. La profesión de enfermería se seguirá definiendo por lo que hacemos y escribimos y no por lo que sabemos.

El *Manual de diagnósticos enfermeros* se centra en la enfermería desde los objetivos hasta las intervenciones específicas. Ofrece un esquema condensado y organizado de la práctica de enfermería clínica diseñado para comunicar la enfermería clínica creativa. No se pretende sustituir los libros de texto de enfermería, sino proporcionar a las enfermeras que trabajan en una variedad de entornos con la información necesaria sin tener que ocupar un tiempo en recurrir a la literatura. Ayudará a los estudiantes en la transferencia de sus conocimientos teóricos a la práctica clínica; también lo pueden utilizar enfermeras con experiencia para repasar lo que aprendieron e intervenir en aquellas situaciones clínicas que antes se ignoraban o pasaban inadvertidas.

La 15.ª edición se divide en cuatro secciones, con contenido adicional disponible en línea. La Sección 1, Diagnósticos enfermeros, proporciona una referencia alfabética de los diagnósticos de enfermería, incluyendo Notas de la autora e intervenciones de enfermería para el cuidado. La Sección 2 se centra en los Diagnósticos enfermeros de promoción de la salud. La Sección 3, Manual de problemas de colaboración es nuevo en esta edición y presenta ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras vigilan para detectar la aparición o cambios en la condición. La Sección 4, introduce la idea de los Grupos diagnósticos en la que se presentan ejemplos de condiciones médicas con problemas de colaboración relacionados y diagnósticos enfermeros.

Lynda Juall Carpenito

Contenido

Introducción

Sección 1

Diagnósticos enfermeros

Intolerancia a la actividad

Planificación ineficaz de las actividades

- Riesgo de planificación ineficaz de las actividades

Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodados

Riesgo de respuesta alérgica

Ansiedad

- Ansiedad ante la muerte

Riesgo de sangrado

Riesgo de nivel de glucemia inestable

Incontinencia fecal

Lactancia materna ineficaz

Interrupción de la lactancia materna

Leche materna insuficiente

Disminución del gasto cardíaco

Cansancio del rol de cuidador

- Riesgo de cansancio del rol de cuidador

Proceso de maternidad ineficaz

- Riesgo de proceso de maternidad ineficaz

Disconfort

- Dolor agudo
- Dolor crónico
- Síndrome de dolor crónico
- Dolor de parto
- Náusea

Deterioro de la comunicación

- Deterioro de la comunicación verbal

Confusión aguda

- Riesgo de confusión aguda

Confusión crónica

Contaminación

- Riesgo de contaminación

Contaminación familiar

- Riesgo de contaminación de la comunidad

Afrontamiento ineficaz

- Afrontamiento defensivo
- Control de impulsos ineficaz
- Negación ineficaz
- Labilidad emocional
- Deterioro de la regulación del estado de ánimo

Afrontamiento ineficaz de la comunidad

Afrontamiento familiar comprometido

Afrontamiento familiar incapacitante

Conflicto de decisiones

Diarrea

Riesgo de síndrome de desuso

Déficit de actividades recreativas

Disreflexia autónoma

- Riesgo de disreflexia autónoma

Riesgo de desequilibrio electrolítico

Interrupción de los procesos familiares

- Procesos familiares disfuncionales

Temor

Déficit de volumen de líquidos

- Riesgo de déficit de volumen de líquidos

Exceso de volumen de líquidos

Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos

Motilidad gastrointestinal disfuncional

- Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional

Duelo

- Duelo anticipado
- Duelo complicado
- Riesgo de duelo complicado

Salud deficiente de la comunidad

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud

Mantenimiento ineficaz de la salud

- Gestión ineficaz de la salud

Deterioro del mantenimiento del hogar

Desesperanza

Riesgo de compromiso de la dignidad humana

Conducta desorganizada del lactante

- Riesgo de conducta desorganizada del lactante

Riesgo de infección

Riesgo de transmisión de infecciones

Riesgo de lesión

- Riesgo de aspiración
- Riesgo de caídas
- Riesgo de intoxicación
- Riesgo de asfixia
- Riesgo de lesión térmica
- Riesgo de traumatismo
- Riesgo de lesión postural perioperatoria
- Riesgo de lesión en el tracto urinario

Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal

Ictericia neonatal

- Riesgo de ictericia neonatal

Conocimientos deficientes

Respuesta alérgica al látex

- Riesgo de respuesta alérgica al látex

Estilo de vida sedentario

Riesgo de deterioro de la función hepática

Riesgo de alteración de la díada materno/fetal

Deterioro de la memoria

Deterioro de la movilidad física

- Deterioro de la movilidad en la cama
- Deterioro de la posición sedente
- Deterioro de la posición bípeda
- Deterioro de la ambulación
- Deterioro de la movilidad en silla de ruedas

- Deterioro de la habilidad para la traslación

Sufrimiento moral

- Riesgo de sufrimiento moral

Descuido personal

Desatención unilateral

Incumplimiento

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

- Deterioro de la dentición
- Deterioro de la deglución
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante

Obesidad

- Sobrepeso
- Riesgo de sobrepeso

Deterioro parental

Síndrome postraumático

- Riesgo de síndrome postraumático
- Síndrome del trauma posviolación (síndrome de trauma de acoso sexual)

Impotencia

- Riesgo de impotencia

Protección ineficaz

- Riesgo de lesión corneal
- Riesgo de ojo seco
- Deterioro de la mucosa oral
- Riesgo de deterioro de la mucosa oral
- Deterioro de la integridad tisular
- Deterioro de la integridad cutánea
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Úlceras por presión

- Riesgo de úlcera por presión

Relación ineficaz

- Riesgo de relación ineficaz

[Síndrome] de estrés del traslado

- Riesgo de [síndrome] de estrés del traslado

Riesgo deterioro de la resiliencia

Deterioro de la resiliencia

Riesgo de función respiratoria ineficaz

- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete
- Riesgo de respuesta ventilatoria disfuncional al destete
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- Patrón respiratorio ineficaz
- Deterioro del intercambio de gases
- Deterioro de la ventilación espontánea

Desempeño ineficaz del rol

Síndrome del déficit de autocuidado

- Déficit de autocuidado: alimentación
- Déficit de autocuidado: baño
- Déficit de autocuidado: vestido
- Déficit de autocuidado: instrumental
- Déficit de autocuidado: uso del inodoro

Trastorno del autoconcepto

- Trastorno de la imagen corporal
- Trastorno de la identidad personal
- Riesgo de trastorno de la identidad personal
- Trastorno de la autoestima
- Baja autoestima crónica
- Riesgo de baja autoestima crónica

- Baja autoestima situacional
- Riesgo de baja autoestima situacional

Riesgo de autolesión

- Automutilación
- Riesgo de automutilación
- Riesgo de suicido

Patrón sexual ineficaz

- Disfunción sexual

Riesgo de shock

Trastorno del patrón de sueño

- Insomnio
- Deprivación de sueño

Aislamiento social

Aflicción crónica

Sufrimiento espiritual

- Riesgo de sufrimiento espiritual
- Deterioro de la religiosidad
- Riesgo de deterioro de la religiosidad

Estrés por sobrecarga

Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante

Retraso en la recuperación quirúrgica

- Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica

Perfusión tisular ineficaz

- Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca
- Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz
- Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz
- Perfusión tisular periférica ineficaz
- Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz

Riesgo de disfunción neurovascular periférica
Riesgo de perfusión renal ineficaz
Deterioro de la eliminación urinaria
Enuresis madurativa
Incontinencia urinaria funcional
Incontinencia urinaria refleja
Incontinencia urinaria de esfuerzo
Incontinencia urinaria continua
Incontinencia urinaria de urgencia
Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia
Incontinencia urinaria por rebosamiento
Riesgo de traumatismo vascular

Sección 2

Diagnósticos enfermeros de promoción de la salud
Disposición para mejorar la lactancia materna
Disposición para mejorar el proceso de maternidad
Disposición para mejorar el confort
Disposición para mejorar la comunicación
Disposición para mejorar el afrontamiento
Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad
Disposición para mejorar la toma de decisiones
Disposición para mejorar la autonomía para la toma de decisiones
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar
Disposición para mejorar los procesos familiares
Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos
Disposición para mejorar la gestión de la salud
Disposición para mejorar la esperanza

Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante

Disposición para mejorar los conocimientos (especificar)

Disposición para mejorar la nutrición

Disposición para mejorar el rol parental

Disposición para mejorar el poder

Disposición para mejorar la relación

Disposición para mejorar la religiosidad

Disposición para mejorar la resiliencia

Disposición para mejorar el autocuidado

Disposición para mejorar el autoconcepto

Disposición para mejorar el sueño

Disposición para mejorar el bienestar espiritual

Disposición para mejorar la eliminación urinaria

Sección 3

Manual de problemas de colaboración

Riesgo de complicaciones de disfunción cardíaca/vascular/respiratoria

- Riesgo de complicaciones de arritmias
- Riesgo de complicaciones de sangrado
- Riesgo de complicaciones de disminución de gasto cardíaco
- Riesgo de complicaciones por síndrome compartimental
- Riesgo de complicaciones de trombosis venosa profunda
- Riesgo de complicaciones de hipovolemia
- Riesgo de complicaciones de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)/sepsis
- Riesgo de complicaciones de retención urinaria aguda
- Riesgo de complicaciones de insuficiencia/falla renal
- Riesgo de complicaciones por sangrado GI

Riesgo de complicaciones por íleo paralítico

Sección 4

Grupos diagnósticos

Parte 1 CONDICIONES MÉDICAS

Condiciones cardíacas

Parte 2 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Cirugía general

Parte 3 CONDICIONES OBSTÉTRICAS/GINECOLÓGICAS

Período prenatal (general)

Parte 4 CONDICIONES NEONATALES

Neonato normal

Parte 5 TRASTORNOS PEDIÁTRICOS/DEL ADOLESCENTE

Problemas/necesidades del desarrollo relacionados con una enfermedad crónica (incapacidad permanente, minusvalías múltiples, incapacidad para el desarrollo [mental/físico], enfermedad potencialmente mortal)

Parte 6 TRASTORNOS DE LA SALUD MENTAL

Alcoholismo

Parte 7 INTERVENCIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Angioplastia (percutánea, transluminal, coronaria, periférica)

Apéndice A

Diagnósticos enfermeros agrupados por patrón de salud funcional

Apéndice B

Valoración inicial de admisión de enfermería

Apéndice C

Estrategias para promover la participación de las personas/familias para resultados más saludables

Apéndice D

Herramientas de evaluación de alto riesgo para condiciones prevenibles adquiridas en el hospital

Bibliografía

Índice alfabético

Introducción

Creación de un plan de cuidados

Paso 1: Completar la valoración de la persona según el programa académico o de la institución

Preguntar al profesor/instructor qué formato hay que utilizar.

Paso 2: Consultar la sección Grupos diagnósticos de este libro para el diagnóstico clínico primario de la persona

Diagnósticos como:

- Diabetes mellitus
- Neumonía
- Insuficiencia cardíaca

O

La intervención quirúrgica a que se ha sometido la persona:

- Cirugía abdominal
- Histerectomía
- Artroplastia total

Nota: si un grupo diagnóstico no es relevante para la persona asignada a su cuidado, continuar con el paso 3.

Paso 3: Consultar en thePoint los ejemplos de Planes genéricos de cuidados

Busque en **thePoint** para obtener un plan de cuidados genérico con objetivos, intervenciones y justificación de las mismas para personas hospitalizadas o bien, un plan de cuidados genérico para personas que tengan que someterse a una intervención quirúrgica. Estos planes se basan en los diagnósticos enfermeros habituales y en problemas de colaboración observados en personas ingresadas por problemas clínicos o para someterse a intervenciones quirúrgicas. Guarde el plan de cuidados en el ordenador o computadora electrónica para hacer lo siguiente:

- Añadir los factores de riesgo obtenidos en la evaluación realizada a la persona al plan de cuidados génerico.
- Eliminar o revisar los objetivos/intervenciones que no son útiles para la persona.
- Añadir otros diagnósticos prioritarios que no estén en el plan de cuidados genérico, como *Riesgo de nivel de glucemia inestable* si la persona padece diabetes y se ha sometido a cirugía abdominal.

- Puede iniciarse el plan de cuidados con uno de estos planes. A continuación, en el paso 4, se revisan los datos de la valoración de la persona cuyo cuidado se le ha asignado.

Nota de Carpenito

En **thePoint** pueden encontrarse planes genéricos de cuidado clínicos y quirúrgicos. Consultar al profesor/instructor cómo pueden utilizarse estos planes genéricos de cuidados.

Paso 4: Identificar el riesgo de la persona

Factores

Los factores de riesgo son situaciones, características personales, minus-valías o enfermedades que pueden dificultar la capacidad de la persona para sanar, hacer frente a factores estresantes y mejorar hasta recuperar su estado de salud previo a la hospitalización, enfermedad o intervención quirúrgica.

Antes de la hospitalización:

- ¿Contaba la persona con un sistema de apoyo eficaz?
- ¿Era capaz de cuidar de sí misma? ¿Podía bañarse? ¿Podía alimentarse sola?
- ¿Necesitaba ayuda (p. ej., en las actividades de la vida diaria [AVD], mantenimiento del hogar, para trasladarse de un sitio a otro)?
- ¿Podía caminar sin ayuda?
- ¿Tenía problemas de memoria?
- ¿Tenía problemas auditivos?
- ¿Fumaba?
- ¿Abusaba del alcohol o de las drogas ilegales?

Qué enfermedades de la persona o situaciones en las que se encuentra, le hacen más vulnerable a:

- Caídas
- Infecciones
- Desequilibrio nutricional/de líquidos
- Úlceras por presión
- Nivel alto de ansiedad
- Inestabilidad fisiológica (p. ej., electrólitos, glucosa en sangre, presión arterial, función respiratoria, problemas de cicatrización)

Cuando visite a la persona asignada a su cuidado, determine si se observa alguno de los siguientes factores de riesgo:

- Obesidad.

- Problemas de comunicación.
- Dificultades de movilidad.
- Estado nutricional inadecuado.
- Estrés reciente o actual (p. ej., financiero, defunción de un familiar).

Anote los datos significativos en una ficha:

- Problemas auditivos.
- Carece de un sistema de apoyo o el que tiene es ineficaz.
- Estilo de vida poco saludable (p. ej., hacer poco ejercicio de manera regular, fumar, malos hábitos alimentarios).
- Dificultades de aprendizaje.
- Habilidades de afrontamiento ineficaces (p. ej., ira, depresión, desmotivación, negación).
- Obesidad.
- Fatiga.
- Problemas financieros.
- Autoeficacia (creencia de que no tendrá mejoría).
- Dificultades para el autocuidado.

Nota de Carpenito

Los factores de riesgo pueden utilizarse como factores relacionados adicionales para un diagnóstico enfermero sobre el plan general, tales como:

- *Ansiedad* relacionada con la pérdida del empleo y los costes hospitalarios.
- *Riesgo de infección* relacionado con deterioro de la cicatrización secundario a exceso de tejido adiposo (obesidad).

O

Un diagnóstico enfermero adicional que no esté en el plan general:

- *Gestión ineficaz de la salud* relacionada con falta de conocimientos sobre los riesgos del tabaquismo y las estrategias para dejar de fumar.
- *Deterioro de la comunicación verbal* relacionado con carencia de un intérprete y deterioro de la audición.
- *Negación ineficaz* relacionado con mantener el hábito de fumar a pesar del diagnóstico reciente de trombosis venosa profunda.
- *Fatiga (véase* Factores relacionados en el apartado *Fatiga)*.

- *Deterioro de la memoria (véase* Factores relacionados en el apartado *Deterioro de la memoria).*

Paso 5: Identificar las fortalezas

Las fortalezas son cualidades o factores que ayudarán a la persona a recuperarse, a afrontar los factores estresantes y a mejorar hasta recuperar por completo (o lo máximo posible) el estado de salud previo a la hospitalización, enfermedad o intervención quirúrgica.

- Marco espiritual positivo.
- Sistema de apoyo positivo.
- Capacidad para llevar a cabo el autocuidado.
- No tener dificultades para comer.
- Hábitos de sueño eficaces.
- Estado de alerta y buena memoria.
- Estabilidad económica.
- Capacidad para relajarse la mayor parte del tiempo.
- Motivación, resiliencia.
- Autoestima positiva.
- Punto focal (*locus*) de control interno.
- Autorresponsabilidad.
- Convencimiento de que mejorará (autoeficacia).

Anotar en la ficha una lista con las fortalezas de la persona y sus sistemas de apoyo.

Las fortalezas de la persona y de sus sistemas de apoyo pueden utilizarse para motivarla a hacer frente a algunas de las actividades difíciles. Las fortalezas no son diagnósticos enfermeros, riesgos o factores relacionados. Tienen que tenerse en cuenta a la hora de planificar cuidados. Por ejemplo, para una persona con una afiliación religiosa fuerte y un diagnóstico reciente de cáncer, puede ser beneficioso hablar con su líder religioso.

Paso 6: Elaborar el plan de cuidados inicial

Imprimir el plan de cuidados genérico (clínico, quirúrgico) para la persona asignada a su cuidado. Estos planes de cuidados genéricos reflejan los cuidados habituales que la persona necesita. Preguntar al profesor/instructor cómo pueden utilizarse para evitar tener que escribir demasiado.

Nota de Carpenito

En los siguientes pasos se discuten los problemas de colaboración. En el caso de no conocer acerca de los

mismos, se remite a la sección que sigue a la planificación de cuidados en el Modelo bifocal de práctica clínica.

Paso 7: Revisar los problemas de colaboración en el plan genérico

Revisar la lista de los problemas de colaboración. Éstas son las complicaciones fisiológicas que debe vigilar. No eliminar alguna porque todas están relacionadas con la enfermedad que la persona ha tenido o con la intervención a la que se ha sometido. Habrá que añadir con qué frecuencia se han tomado las constantes vitales, el registro de ingresos y egresos (elminación), los cambios de vendaje, etc. Preguntar a la enfermera de referencia por la frecuencia de este control.

Revisar todas las intervenciones en busca de problemas de colaboración. ¿Existen intervenciones de riesgo o que estén contraindicadas para esa persona? Por ejemplo, si el enfermo presenta edema y problemas renales, es posible que la cantidad de líquidos establecida sea demasiado elevada. En este caso, pedir ayuda a la enfermera o al profesor/instructor.

Revisar los problemas de colaboración en el plan general. Revisar también cualquier otro problema de colaboración hallado que esté relacionado con algún problema clínico o de tratamiento. Por ejemplo, si la persona padece diabetes mellitus, es necesario añadir *Riesgo de nivel de glucemia inestable*.

Paso 8: Revisar los diagnósticos enfermeros en el plan genérico

Revisar cada diagnóstico enfermero en el plan.

- ¿Es este diagnóstico aplicable a la persona asignada a su cuidado?
- ¿Se observa algún factor de riesgo en la persona (vea la ficha) que pudiera empeorar o complicar este diagnóstico?

Un ejemplo del Plan génerico de cuidados médicos es *Riesgo de lesión relacionado con entorno desconocido y limitaciones físicas o mentales secundarias a enfermedad, medicamentos, tratamientos o pruebas diagnósticas*.

A continuación revisar la lista de factores de riesgo para la persona asignada a su cuidado. ¿Contribuye alguno de los factores de la lista a que ésta sufra una lesión? Por ejemplo, ¿tiene problemas para caminar o problemas de visión? ¿Sufre mareos?

Si la marcha de la persona es inestable debido a enfermedad vascular periférica (EVP), se añadirá el siguiente diagnóstico: *Riesgo de lesión relacionado con entorno desconocido y marcha inestable secundaria a enfermedad vascular periférica*.

Revisar todas las intervenciones para cada diagnóstico enfermero:

- ¿Son apropiadas para esa persona?
- ¿Habrá tiempo para llevarlas a cabo?
- ¿Alguna de las intervenciones no es adecuada o está contraindicada para esa persona?
- ¿Puede añadirse alguna intervención específica?

- ¿Es necesario modificar las intervenciones debido a los factores de riesgo (vea la ficha)?

Revisar los objetivos propuestos para el diagnóstico enfermero:

- ¿Son apropiados para esa persona?
- ¿Es posible observar que la persona ha conseguido el objetivo el mismo día que se la han brindado los cuidados?
- ¿Requiere más tiempo?
- ¿Es necesario establecer un objetivo más específico para esa persona?

Eliminar los objetivos que no sean apropiados para la persona concreta. Si va a necesitar más tiempo para alcanzar el objetivo, añadir "cuando se le dé el alta". Si la persona puede alcanzar el objetivo el mismo día que se le brindan los cuidados, anotar: "el día (insertar la fecha)" después del objetivo.

Utilizando el mismo diagnóstico de *Riesgo de lesión relacionado con entorno desconocido y limitaciones físicas y mentales secundarias a la enfermedad, los tratamientos y las pruebas diagnósticas*, hay que tener en cuenta este objetivo:

- El individuo solicitará asistencia con las AVD

Indicadores

- Identificar los factores que aumentan el riesgo de lesión
- Describir medidas de seguridad adecuadas

Si es realista que la persona pueda lograr todos los objetivos el mismo día que se le brindan los cuidados, hay que añadir la fecha a todos. Si la persona está confusa puede añadir la fecha del objetivo principal, pero eliminando todos los indicadores porque la persona está confusa. O bien, podría modificar el objetivo anotando:

- Un integrante de la familia identificará los factores que aumentan el riesgo de lesión de la persona

Recuerde que no puede individualizar el plan de cuidados de una persona hasta que ha pasado un tiempo con ella, pero sí puede añadir o eliminar intervenciones en función de su conocimiento preclínico de su situación (p. ej., diagnóstico clínico, enfermedades concomitantes).

Paso 9: Preparar el plan de cuidados (escrito a mano o impreso)

El plan de cuidados puede prepararse de la siguiente manera:

- Guardar en el ordenador o computadora electrónica el plan de cuidados genérico disponible en línea, a continuación eliminar o añadir detalles específicos para la persona a la que cuida (utilizar otro color o tipo de letra para marcar lo que se añade o elimina) e imprimir.

- Redactar el plan de cuidados.
- Agregar al plan de cuidados electrónico en las instalaciones.

Preguntar al profesor/tutor qué opciones son aceptables. El uso de colores o fuentes diversas permite al profesor/tutor ver con claridad su análisis. Hay que estar preparado para explicar las razones por las que se han eliminado o añadido elementos.

Paso 10: Finalización del plan de cuidados inicial

Una vez establecido un plan de cuidados que incluye los problemas de colaboración y los diagnósticos enfermeros, ¿cuáles de ellos se relacionan con la enfermedad principal por la que ingresó la persona? Si se trata de un adulto sano que va a someterse a una intervención quirúrgica o que ingresó por una enfermedad clínica aguda y no se ha valorado ningún factor significativo en el paso 1, ha completado el plan de cuidados inicial. Ir al paso 12.

Paso 11: Factores de riesgo adicionales

Si la persona presenta factores de riesgo (ver ficha) identificados en los pasos 1 y 2, valorar si éstos hacen que la persona sea más vulnerable a sufrir un problema. Las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar si la persona o familia presenta diagnósticos adicionales que necesiten intervenciones de enfermería:

- ¿Existen problemas de colaboración adicionales asociados a condiciones médicas coexistentes que deben controlarse? Por ejemplo, si la persona padece diabetes mellitus, agregue *Riesgo de complicaciones de Hiper/hipoglucemia*.
- ¿Existen diagnósticos enfermeros adicionales que, de no tratarse o prevenirse ahora, pueden impedir la recuperación de la persona o influir en su funcionalidad? Por ejemplo, una persona que ha sufrido recientemente la muerte de alguien importante, necesita que se añada al plan de cuidados el diagnóstico de *Duelo*.

Pueden tratarse diagnósticos enfermeros que no están en la lista de prioridades remitiendo a la persona para que reciba ayuda después del alta (p. ej., asesoramiento, programa de pérdida de peso).

Paso 12: Evaluar el estado de la persona (después de brindarle los cuidados)

Problemas de colaboración

Revisar los objetivos de colaboración para los problemas de colaboración:

- Evaluar el estado de la persona.
- Comparar los datos con las normas establecidas (indicadores).
- Determinar si los datos se encuentran dentro de los rangos acep- tables.
- Concluir si la persona está estable, ha mejorado, no ha mejorado o ha empeorado.

¿La persona está estable o ha mejorado?

- Si es así, hay que seguir vigilándole y brindarle las intervenciones indicadas.
- Si no es así, ¿ha habido un cambio drástico (p. ej., presión arterial elevada y disminución de la producción de orina)?, ¿se le ha notificado al médico o a la enfermera de práctica avanzada?, ¿ha aumentado la vigilancia del enfermo? Comunique su evaluación de la situación de los problemas de colaboración al profesor/tutor y a la enfermera responsable del cuidado del enfermo.

Diagnósticos enfermeros

Revisar los objetivos o criterios de resultado para cada diagnóstico enfermero. ¿La persona demuestra o lleva a cabo la actividad propuesta en el objetivo? Si es así, entonces hay que documentar el logro en el plan. Si no es así y requiere de más tiempo, cambiar la fecha propuesta. Si el tiempo no es el problema, evaluar por qué no logró el objetivo. El objetivo:

- ¿No era realista a causa de otras prioridades?
- ¿No era aceptable para las personas?

Paso 13: Documentar los cuidados que ha brindado y las respuestas de la persona en los formularios de la institución, en los registros clínicos y en las notas de curso

Diagnósticos enfermeros frente a problemas de colaboración[1]

En 1983, Carpenito publicó el Modelo bifocal de práctica clínica. En este modelo, las enfermeras tienen la responsabilidad de tratar dos tipos de juicios o diagnósticos clínicos: los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración.

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad. (Aprobado en la novena conferencia NANDA: modificado en 2009 y 2012).

Los problemas de colaboración son ciertas complicaciones fisiológicas que la enfermera controla para detectar su aparición o cambios en su estado. Las enfermeras tratan los problemas de colaboración con intervenciones prescritas por el médico e intervenciones prescritas por la enfermera con el fin de disminuir las complicaciones de los eventos (Carpenito, 2016).

Las intervenciones enfermeras se clasifican como prescritas por las enfermeras o prescritas por los médicos. Las primeras son las que la enfermera puede legalmente ordenar al resto del equipo enfermero que las lleve a cabo. Las intervenciones prescritas por la enfermera tratan, previenen y controlan diagnósticos enfermeros, y tratan y

controlan problemas de colaboración. Las intervenciones prescritas por los médicos son los tratamientos para los problemas de colaboración que las enfermeras inician y gestionan. Los problemas de colaboración requieren tanto prescripciones enfermeras como prescripciones médicas. En la tabla 1 se representan estas relaciones.

A continuación se ilustran los tipos de intervenciones asociadas con el problema de colaboración *Riesgo de complicaciones de Hipoxemia*:

PE	1. Vigilar los signos de desequilibrio acidobásico
PE/PM	2. Administrar oxígeno de bajo flujo si es necesario
PE	3. Asegurar una hidratación adecuada
PE	4. Evaluar los efectos de la postura en la oxigenación
PE/PM	5. Administrar medicamentos si es necesario

PE, prescripción enfermera; PM, prescripción médica/prescripción enfermera especializada.

Tabla 1 RELACIÓN ENTRE LAS INTERVENCIONES PRESCRITAS POR ENFERMERÍA Y LAS INTERVENCIONES PRESCRITAS POR EL MÉDICO

Intervenciones prescritas por enfermería	*Diagnóstico de enfermería*	*Intervenciones prescritas por el médico*
• Reposicionar c/2 h • Aplicar un ligero masaje en zonas vulnerables • Enseñar cómo reducir la presión cuando se está sentado	*Riesgo de Úlceras por presión relacionadas con la inmovilidad secundaria a fatiga*	• Por lo general, no es necesario
Intervenciones prescritas por el médico	***Problemas de colaboración***	***Intervenciones prescritas por el médico***
• Mantener el estado de NPO • Vigilar: Hidratación Signos vitales Ingresos/egresos (eliminación) Gravedad específica • Vigilar electrólitos • Mantener la IV a la velocidad prescrita • Proporcionar/fomentar el cuidado de la boca	Riesgo de complicaciones por Desequilibrios de líquidos y electrólitos	• IV (tipo, cantidad) • Estudios de laboratorio

NPO: Del latín *nil per os*, hace referencia a la dieta absoluta o supresión completa de alimento y bebida por vía oral.

Selección de los problemas de colaboración

Como se mencionó anteriormente, los problemas de colaboración son diferentes de los diagnósticos enfermeros. La enfermera toma decisiones independientes relacionadas tanto con los problemas de colaboración como con los diagnósticos enfermeros. Las decisiones se diferencian en que, para los diagnósticos enfermeros, la enfermera prescribe el tratamiento definitivo de la situación y es responsable del logro de los objetivos; para los problemas de colaboración, la enfermera controla el estado de la persona para detectar el inicio o estado de complicaciones fisiológicas y trata la situación con intervenciones prescritas por médicos y enfermeras. Los siguientes son un

ejemplo de problemas de colaboración:

Riesgo de complicaciones de Sangrado

Riesgo de complicaciones de Insuficiencia renal

Las complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan por lo general están relacionadas con enfermedades, traumatismos, tratamientos y estudios diagnósticos. Los siguientes ejemplos ilustran algunos problemas de colaboración:

Situación	Problemas de colaboración
Terapia anticoagulante	*Riesgo de complicaciones de Sangrado*
Neumonía	*Riesgo de complicaciones de Hipoxemia*

Los criterios de resultado o los objetivos de la persona sirven para determinar la eficacia de los cuidados enfermeros. Cuando una persona no evoluciona hacia el logro de objetivos, o empeora, la enfermera tiene que reevaluar la situación. La tabla 2 representa las cuestiones que hay que tener en cuenta. Si ninguna de estas opciones es adecuada, la situación quizás no es un diagnóstico enfermero.

Los problemas de colaboración tienen objetivos de colaboración que representan la responsabilidad de la enfermera: detectar de manera anticipada los cambios y tratarlos conjuntamente con el médico/enfermera avanzada/asistente médico. Los diagnósticos enfermeros tienen objetivos para la persona que representan la responsabilidad de la enfermera: lograr o mantener un estado favorable después de los cuidados enfermeros. La tabla 3 incluye problemas de colaboración de uso frecuente.

Algunas de las complicaciones fisiológicas, como las úlceras de decúbito y las infecciones por cepas invasoras, son problemas que las enfermeras pueden prevenir. La prevención es distinta de la detección. Las enfermeras no previenen el íleo paralítico pero detectan su presencia oportunamente para evitar una mayor gravedad o incluso la muerte. Los médicos no pueden tratar los problemas de colaboración sin el conocimiento, la supervisión y el criterio del equipo de enfermería.

Tabla 2 PREGUNTAS DE LA EVALUACIÓN

¿El diagnóstico es correcto?

¿El objetivo se ha establecido de mutuo acuerdo?

¿Se necesita más tiempo para que el plan funcione?

¿Se tiene que revisar el objetivo?

¿Se deben revisar las intervenciones?

TABLA 3. SITUACIONES QUE REQUIEREN DE CUIDADOS ENFERMEROS

1. Percepción de la salud – Gestión de la salud

Contaminación

Contaminación, Riesgo de

†Campo de energía, Perturbación del

Desarrollo, Riesgo de retraso en el

†Deterioro generalizado del adulto

Crecimiento desproporcionado, Riesgo de

Síndrome de fragilidad del anciano

Síndrome de fragilidad del anciano, Riesgo de

Salud en la comunidad deficiente

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud

Salud, Mantenimiento ineficaz de la

Lesión, Riesgo de

Aspiración, Riesgo de

Caídas, Riesgo de

Lesión postural perioperatoria, Riesgo de

Intoxicación, Riesgo de

Asfixia, Riesgo de

Lesión térmica, Riesgo de

Traumatismo, Riesgo de

Lesión del tracto urinario, Riesgo de

Incumplimiento

Obesidad

Sobrepeso

Sobrepeso, Riesgo de

Salud, Gestión ineficaz de la

†Salud en la comunidad, Gestión ineficaz de la

Salud familiar, Gestión ineficaz de la

Gestión de la salud, Disposición para mejorar la

Recuperación quirúrgica, Retraso en la

Recuperación quirúrgica, Riesgo de retraso en la

2. Nutricional – Metabólico

Medios de contraste yodados, Riesgo de reacción adversa a

Respuesta alérgica, Riesgo de

Nivel de glucemia inestable, Riesgo de

Desequilibrio de la temperatura corporal, Riesgo de

- Hipertermia
- Hipotermia
- Riesgo de hipotermia perioperatoria
- Termorregulación ineficaz

Lactancia materna ineficaz

Lactancia materna, Interrupción de la

Lactancia materna, Disposición para mejorar la Leche materna insuficiente

Desequilibrio electrolítico, Riesgo de

Equilibrio de líquidos, Disposición para mejorar el

Volumen de líquidos, Déficit de

- Volumen de líquidos, Riesgo de déficit de

Volumen de líquidos, Exceso de

Volumen de líquidos, Riesgo de desequilibrio de

Infección, Riesgo de

†Transmisión de infecciones, Riesgo de

Ictericia neonatal

- Ictericia neonatal, Riesgo de

Respuesta alérgica al látex

- Respuesta alérgica al látex, Riesgo de

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

- Dentición, Deterioro de la
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante
- Deglución, Deterioro de la

Nutrición, Disposición para mejorar la

Protección ineficaz

Lesión corneal, Riesgo de

Sequedad ocular, Riesgo de

Mucosa oral, Deterioro de la

Integridad cutánea, Deterioro de la

Integridad cutánea, Riesgo de Deterioro de la

†Úlcera por presión

Úlcera por presión, Riesgo de

Integridad tisular, Deterioro de la

Integridad tisular, Riesgo de deterioro de la

3. Eliminación

Incontinencia fecal

Estreñimiento

Estreñimiento funcional crónico

Estreñimiento funcional crónico, Riesgo de

Estreñimiento subjetivo

Diarrea

Motilidad gastrointestinal disfuncional

Motilidad gastrointestinal disfuncional, Riesgo de

Eliminación urinaria, Deterioro de la

†Incontinencia urinaria continua

Incontinencia urinaria funcional

†Enuresis de maduración

Incontinencia urinaria por rebosamiento

Incontinencia urinaria refleja

Incontinencia urinaria de esfuerzo

Incontinencia urinaria de urgencia

Incontinencia urinaria de urgencia, Riesgo de

Eliminación urinaria, Disposición para mejorar la

4. Actividad – Ejercicio

Actividad, Intolerancia a la

Actividades, Planeación ineficaz de las
Actividades, Riesgo de planificación ineficaz de las
Sangrado, Riesgo de
Gasto cardíaco, Disminución del
Síndrome de desuso, Riesgo de
Actividades recreativas, Déficit de
Mantenimiento del hogar, Deterioro del
Conducta desorganizada del lactante
Conducta desorganizada del lactante, Riesgo de
Conducta organizada del lactante, Disposición para mejorar la
Capacidad adaptativa intracraneal, Disminución de la
Estilo de vida sedentario
Función hepática, Riesgo de deterioro de la
Movilidad física, Deterioro de la
Movilidad en la cama, Deterioro de la
Sedestación, Deterioro de la
Bipedestación, Deterioro de la
Habilidad para la traslación, Deterioro de la
Ambulación, Deterioro de la
Movilidad en silla de ruedas, Deterioro de la
†Función respiratoria ineficaz, Riesgo de
Vías aéreas, Limpieza ineficaz de las
Patrón respiratorio ineficaz
Intercambio de gases, Deterioro del
Ventilación espontánea, Deterioro de la
Respuesta ventilatoria disfuncional al destete
†Respuesta ventilatoria disfuncional al destete, Riesgo de
Autocuidado, Disposición para mejorar el
†Síndrome de déficit de autocuidado
Autocuidado: alimentación, Déficit de

Autocuidado: baño, Déficit de Autocuidado: vestido, Déficit de

†Autocuidado: instrumental, Déficit de

Autocuidado: uso del inodoro, Déficit de

Shock, Riesgo de

Síndrome de muerte súbita del lactante, Riesgo de

Perfusión tisular ineficaz

Perfusión tisular cardíaca, Riesgo de disminución de la

Función cardiovascular, Riesgo de deterioro de la

Perfusión cerebral ineficaz, Riesgo de

Perfusión gastrointestinal ineficaz, Riesgo de

Disfunción neurovascular periférica, Riesgo de

Perfusión tisular periférica ineficaz

Perfusión tisular periférica ineficaz, Riesgo de

Perfusión renal ineficaz, Riesgo de

Traumatismo vascular, Riesgo de

Vagabundeo

5. Sueño – Reposo

Sueño, Disposición para mejorar el

Patrón de sueño, Trastorno del

Insomnio

Deprivación de sueño

6. Cognitivo – Perceptual

Aspiración, Riesgo de

Disconfort

Náuseas

Dolor agudo

Dolor crónico

Dolor de parto

Síndrome de dolor crónico

Confort, Disposición para mejorar el

Confusión aguda

Confusión aguda, Riesgo de

Confusión crónica

Conflicto de decisiones

Toma de decisiones independiente, Deterioro de la

Toma de decisiones independiente, Riesgo de deterioro de la

Toma de decisiones independiente, Disposición para mejorar la

Toma de decisiones, Disposición para mejorar la

Disreflexia autónoma

Disreflexia autónoma, Riesgo de

Conocimientos deficientes

Conocimientos, Disposición para mejorar los

Memoria, Deterioro de la

Desatención unilateral

7. Autopercepción

Ansiedad

Ansiedad ante la muerte

Fatiga

Temor

Esperanza, Disposición para mejorar la

Desesperanza

Compromiso de la dignidad humana, Riesgo de

Descuido personal

Poder, Disposición para mejorar el

Impotencia

Impotencia, Riesgo de

†Trastorno del autoconcepto

Imagen corporal, Trastorno de la

Identidad personal, Trastorno de la

Identidad personal, Riesgo de trastorno de la

Baja autoestima crónica

Baja autoestima crónica, Riesgo de

†Trastorno de la autoestima

Baja autoestima situacional

Baja autoestima situacional, Riesgo de

Autoconcepto, Disposición para mejorar el

8. Rol – Relaciones

Proceso de maternidad ineficaz

Proceso de maternidad ineficaz, Riesgo de

†Deterioro de la comunicación

Comunicación verbal, Deterioro de la

Comunicación, Disposición para mejorar la

Procesos familiares disfuncionales

Procesos familiares, Interrupción de los

Procesos familiares, Disposición para mejorar los

Duelo

†Duelo anticipado

Duelo complicado

Duelo complicado, Riesgo de

Soledad, Riesgo de

Rol parental, Conflicto del

Deterioro parental

Vinculación, Riesgo de Deterioro de la

Rol parental, Disposición para mejorar el

Relación ineficaz

Relación ineficaz, Riesgo de

Relación, Disposición para mejorar la

Desempeño ineficaz del rol

Interacción social, Deterioro de la

Aislamiento social

Aflicción crónica

9. Sexualidad – Reproducción

Proceso de maternidad, Disposición para mejorar el

Alteración de la díada materno/fetal, Riesgo de

Patrón sexual ineficaz

Disfunción sexual

10. Adaptación – Tolerancia al estrés

Rol de cuidador, Cansancio del

Rol de cuidador, Riesgo de cansancio del

Afrontamiento familiar comprometido

Afrontamiento familiar incapacitante

Afrontamiento ineficaz

Afrontamiento defensivo

Negación ineficaz

Control de impulsos ineficaz

Control emocional inestable

Regulación del estado de ánimo, Deterioro de la

Afrontamiento ineficaz de la comunidad

Afrontamiento, Disposición para mejorar el

Afrontamiento de la comunidad, Disposición para mejorar el

Afrontamiento familiar, Disposición para mejorar el

Síndrome postraumático

Síndrome postraumático, Riesgo de

Síndrome del trauma posviolación

Síndrome de estrés del traslado

Síndrome de estrés del traslado, Riesgo de

Resiliencia, Deterioro de la

Resiliencia, Disposición para mejorar la

Resiliencia, Riesgo de deterioro de la

†Autolesión, Riesgo de

Automutilación

Automutilación, Riesgo de

Suicidio, Riesgo de

Estrés por sobrecarga

Violencia dirigida a otros, Riesgo de

Violencia autodirigida, Riesgo de

11. Valores – Creencias

Sufrimiento moral

†Sufrimiento moral, Riesgo de

Religiosidad, Disposición para mejorar la

Sufrimiento espiritual

Religiosidad, Deterioro de la

Religiosidad, Riesgo de deterioro de la

Sufrimiento espiritual, Riesgo de

Bienestar espiritual, Disposición para mejorar el

‡Problemas de colaboración

Riesgo de complicaciones (RC) por Disfunción cardíaca/vascular

RC de Disminución del gasto cardíaco

RC de Arritmias

RC de Edema pulmonar

RC de Shock cardiogénico

RC de Trombosis venosa profunda

RC de Hipovolemia

RC de Insuficiencia vascular periférica

RC de Hipertensión

RC de Cardiopatía congénita

RC de Hipertensión abdominal

RC de Endocarditis

RC de Embolia pulmonar

RC de Shock medular

RC de Úlceras isquémicas

Riesgo de complicaciones (RC) por Disfunción respiratoria

RC de Hipoxemia

RC de Atelectasia/neumonía

RC de Constricción traqueobronquial

RC de Derrame pleural

RC de Necrosis traqueal

RC de Neumotórax

RC de Edema laríngeo

Riesgo de complicaciones (RC) por Disfunción renal/urinaria

RC de Retención urinaria aguda

RC de Insuficiencia renal

RC de Perforación vesical

RC de Cálculos renales

Riesgo de complicaciones (RC) por Disfunción gastrointestinal/hepática/biliar

RC de Íleo paralítico/obstrucción del intestino delgado

RC de Insuficiencia hepática

RC de Hiperbilirrubinemia

RC de Evisceración

RC de Hepatoesplenomegalia

RC de Úlcera de Curling

RC de Ascitis

RC de Sangrado gastrointestinal

Riesgo de complicaciones (RC) por Disfunción metabólica/inmunológica/hematopoyética

RC de Hipoglucemia/hiperglucemia

RC de Balance negativo de nitrógeno

RC de Desequilibrios electrolíticos

RC de Disfunción tiroidea

RC de Hipotermia (grave)

RC de Hipertermia (grave)

RC de Sepsis

RC de Acidosis (metabólica, respiratoria)

RC de Alcalosis (metabólica, respiratoria)

RC de Hipo/hipertiroidismo

RC de Reacción alérgica

RC de Rechazo de tejidos de donador

RC de Insuficiencia suprarrenal

RC de Anemia

RC de Trombocitopenia

RC de Infección oportunista

RC de Policitemia

RC de Crisis de células falciformes

RC de Coagulación intravascular diseminada

Riesgo de complicaciones (RC) por Disfunción neurológica/sensorial

RC de Aumento de la presión intracraneal

RC de Ataque cerebrovascular

RC de Convulsiones

RC de Compresión de la médula ósea

RC de Meningitis

RC de Disfunción del nervio craneal (especificar)

RC de Parálisis

RC de Disfunción del nervio periférico

RC de Aumento de la presión intraocular

RC de Ulceración de la córnea

RC de Neuropatías

Riesgo de complicaciones (RC) por Disfunción muscular/esquelética

RC de Osteoporosis

RC de Dislocación articular

RC de Síndrome compartimental

RC de Fracturas patológicas

Riesgo de complicaciones (RC) por Disfunción reproductiva

RC de Sufrimiento fetal

RC de Sangrado posparto

RC de Hipertensión en el embarazo

RC de Hipermenorrea

RC de Polimenorrea

RC de Sífilis

RC de Enfermedad inflamatoria pélvica

RC de Sangrado prenatal

RC de Parto prematuro

Riesgo de complicaciones (RC) por Efectos adversos del tratamiento farmacológico

RC de Efectos adversos del tratamiento con adrenocorticoesteroides

RC de Efectos adversos del tratamiento con ansiolíticos

RC de Efectos adversos del tratamiento con antiarrítmicos

RC de Efectos adversos del tratamiento con anticoagulantes

RC de Efectos adversos del tratamiento con anticonvulsivos

RC de Efectos adversos del tratamiento con antidepresivos

RC de Efectos adversos del tratamiento con antihipertensores

RC de Efectos adversos del tratamiento con β-bloqueantes

RC de Efectos adversos del tratamiento con bloqueadores de los canales de calcio

RC de Efectos adversos del tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)

RC de Efectos adversos del tratamiento con antineoplásicos

RC de Efectos adversos del tratamiento con antipsicóticos

RC de Efectos adversos del tratamiento con diuréticos

* Los patrones funcionales de salud fueron identificados en Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and application*. Nueva York: McGraw-Hill, con cambios mínimos realizados por la autora.

† Estos diagnósticos no se incluyen en la lista actual de la NANDA-I, pero se han incluido para mayor claridad y utilidad, o bien, se han mantenido después de su eliminación en NANDA-I.

‡ En esta lista se representan los problemas de colaboración usados con más frecuencia. Otras situaciones no mencionadas aquí también podrían calificarse como problemas de colaboración.

Formulación correcta de los diagnósticos enfermeros

Tipos de diagnósticos enfermeros

Un diagnóstico enfermero puede ser focalizado en el problema, de riesgo, de promoción de la salud o un tipo de síndrome.

- *Focalizado en el problema:* un diagnóstico enfermero focalizado en el problema describe un juicio clínico que la enfermera ha validado debido a la presencia de las características principales que le definen.
- *Riesgo:* un diagnóstico de enfermería de riesgo describe un juicio clínico sobre la mayor vulnerabilidad de una persona/grupo a presentar un problema que otros, en la misma situación o parecida, a causa de los factores de riesgo.
- *Promoción de la salud:* un diagnóstico enfermero de promoción de la salud es un juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de una persona/familia/grupo o comunidad de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud humano (NANDA-I, 2012).
- *Síndrome:* un síndrome comprende un conjunto de problemas o diagnósticos enfermeros de riesgo cuya presencia se pronostica a causa de una determinada situación o acontecimiento.
- Un diagnóstico enfermero posible no es un tipo de diagnóstico como son el focalizado en el problema, el de riesgo o el síndrome. Los diagnósticos enfermeros posibles son una opción de quien establece el diagnóstico para indicar que hay algunos datos presentes para confirmar el diagnóstico, pero que en este momento son insuficientes.

Enunciados diagnóstico

Los enunciados diagnósticos describen el estado de salud de una persona o grupo y los factores que han contribuido a tal estado.

Enunciados de una sola parte

Los diagnósticos enfermeros de promoción de la salud se escriben como enunciados de una sola parte: *Disposición para mejorar* _____ (p. ej., *Disposición para mejorar el rol parental*). Los factores relacionados no se presentan en los diagnósticos enfermeros de promoción de la salud, ya que todos serían los mismos: motivación para lograr un mayor nivel de bienestar. Los diagnósticos de síndrome, como el *Síndrome del trauma posviolación*, no tienen designaciones “relacionadas con”.

Enunciados de dos partes

Los diagnósticos enfermeros de riesgo y posibles tienen dos partes. La validación de un diagnóstico enfermero de riesgo es la presencia de factores de riesgo. Los factores de

riesgo son la segunda parte, como en:

Diagnóstico enfermero de riesgo relacionado con factores de riesgo

Los diagnósticos enfermeros posibles se sospechan debido a la presencia de algunos factores.

Ejemplos de enunciados de dos partes

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad secundaria a una fractura de cadera

Posible déficit de autocuidado relacionado con deterioro de la capacidad de usar la mano izquierda secundaria a una vía intravenosa

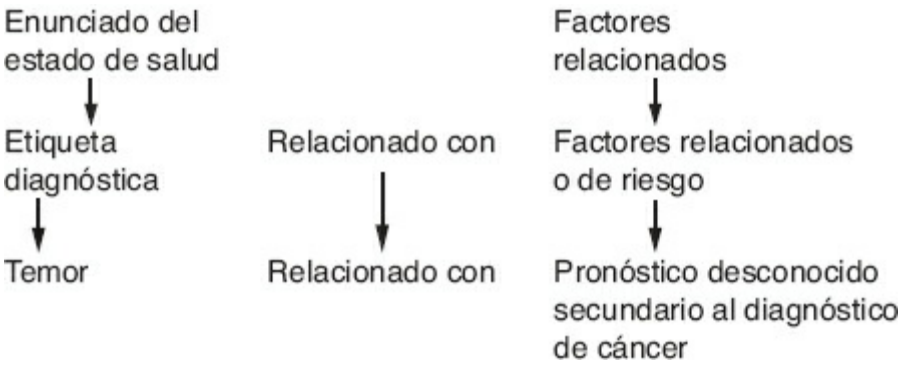
La designación de un diagnóstico enfermero como posible proporciona al profesional un método para comunicar a los demás miembros del equipo enfermero la posibilidad de que exista tal diagnóstico. Está indicada la obtención de nuevos datos para descartar o confirmar el diagnóstico provisional.

Enunciado de tres partes

Un diagnóstico de enfermero focalizado en el problema consta de tres partes.

Etiqueta diagnóstica + factores relacionados
+ signos y síntomas

La presencia de los principales signos y síntomas (características que le definen) valida la presencia de un diagnóstico focalizado en el problema. Esta es la tercera parte. En los diagnósticos de riesgo o posibles no es posible incluir una tercera parte porque no hay signos ni síntomas.



Ejemplos de enunciados de tres partes

La ansiedad relacionada con la naturaleza impredecible de los episodios asmáticos es evidente por declaraciones como: "Me temo que no voy a poder respirar"

La incontinencia urinaria de urgencia relacionada con disminución de la capacidad vesical secundaria al hábito de micción frecuente, es evidente por la incapacidad de contener la orina después del deseo de micción y la comunicación de micción por costumbre, no por necesidad.

La presencia de un diagnóstico enfermero está determinada por la evaluación del estado

de salud de la persona y su capacidad funcional. Los patrones funcionales de salud y los diagnósticos enfermeros correspondientes se enumeran en la tabla 3. Si se obtienen datos importantes en un patrón funcional específico, el siguiente paso es comprobar los diagnósticos enfermeros relacionados para confirmar si los datos obtenidos indican la presencia de alguno de ellos.

Validación

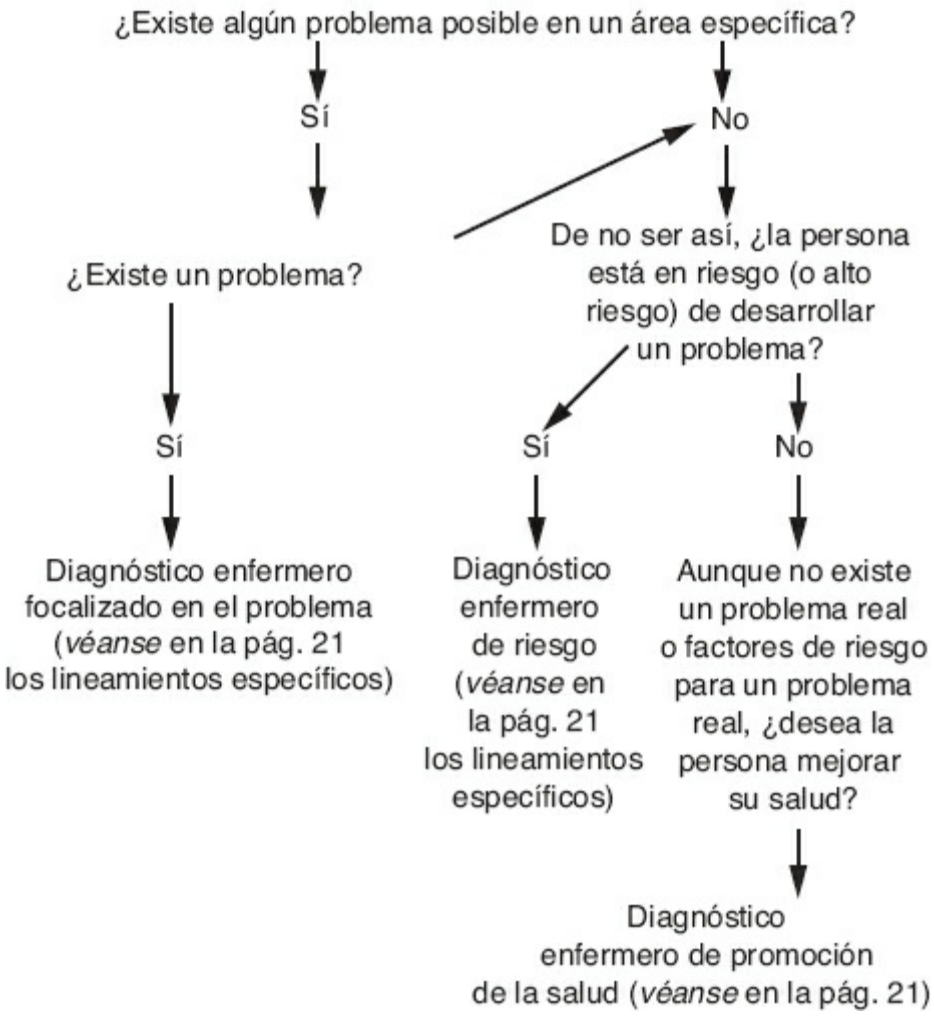
El proceso de validación de un diagnóstico enfermero no debe hacerse sin tener en cuenta a la persona y a la familia. Las personas son las que más saben de sí mismas. Durante las valoraciones y en las interacciones con las personas, las enfermeras pueden hacerse una pequeña idea de cómo son. Las sospechas de la presencia de diagnóstico o las inferencias a partir de los datos deberían discutirse con las personas afectadas para tener su opinión. Se les da así la oportunidad de elegir para qué quieren ayuda, qué problemas son importantes para ellas y cuáles no lo son.

Ejemplo clínico

Después de completar la valoración, la enfermera aplica cada una de las siguientes preguntas para cada área funcional o de necesidad:

- ¿Hay algún problema posible en un área específica?
- ¿Se halla la persona en una situación de riesgo (o riesgo elevado) de tener un problema?
- ¿Desea la persona mejorar su salud?

Por ejemplo, después de valorar el patrón de eliminación de una persona, la enfermera deberá analizar los datos. ¿Tiene esta persona un posible problema de estreñimiento o diarrea? Si la respuesta es afirmativa, entonces debería hacer preguntas más específicas para confirmar la presencia de características definitorias de estreñimiento o diarrea. Si estas características definitorias no se confirman, entonces no existe un diagnóstico de problema de *estreñimiento o diarrea*. ¿Existe algún diagnóstico de riesgo? Para determinarlo, la enfermera deberá evaluar los factores de riesgo de Estreñimiento o Diarrea (indicado bajo los factores relacionados/de riesgo). Si no se confirma su presencia, no hay riesgo de *estreñimiento o diarrea*.



Diagnósticos enfermeros focalizados en el problema

Los diagnósticos enfermeros focalizados en el problema se indican en enunciados de dos o tres partes:

Primera parte	Segunda parte	Tercera parte
Etiqueta diagnóstica	relacionada con *factores que han sido causa o han contribuído*	manifestado por *signos y síntomas concurrentes de la persona que indican la presencia del diagnóstico*

Ahora que se ha confirmado la presencia de características definitorias en la persona, el siguiente paso será:

Etiqueta	Estreñimiento
Factores causales/relacionados	relacionado con una ingesta inadecuada de fibra y líquidos
Signos/síntomas: (características definen)	que manifestado por el informe de eliminar heces secas y duras cada 3-4 días

Ejemplo clínico

Como parte de la valoración de la persona en el apartado de nutrición es necesario investigar:

Ingesta habitual de alimentos	IMC
Ingesta habitual de líquidos	
Aspecto de la piel, uñas y pelo	Peso corporal actual

A continuación se analizan los datos para determinar cuáles se encuentran dentro de los límites normales y cuáles no.

- ¿Incluye suficientes porciones de cada uno de los 5 grupos de alimentos?
- ¿Es suficiente la ingesta de calcio, proteínas y vitaminas?
- ¿Es la ingesta de grasa menor al 30 % de la ingesta total de calorías?
- ¿La persona bebe por lo menos seis a ocho vasos de agua, además de café o refrescos?
- ¿El aspecto de la piel, el pelo y las uñas refleja un patrón de alimentación saludable?
- ¿Se encuentra el peso de la persona dentro de los límites normales para su talla?

Por ejemplo, los hallazgos en una persona específica, el Sr. Jewel, son:

- El peso es adecuado para la talla.
- La ingesta de líquidos es insuficiente (4-8 vasos pequeños de agua/ zumo).
- El aporte de vegetales (2 porciones) es insuficiente.
- Ingesta excesiva de pan, cereales, arroz y pasta (ocho porciones).
- Sequedad de la piel y pelo.

En la valoración se ha confirmado la presencia de un diagnóstico enfermero, ya que la persona presenta signos o informa de síntomas que se corresponden con los enunciados en las características definitorias de aquel diagnóstico concreto. Las características definitorias son normalmente las quejas de la persona.

En este punto, cuenta con dos partes del enunciado diagnóstico, la primera y la tercera mas no la segunda:

Desequilibrio nutricional relacionado con_____, manifestado por la sequedad de la piel y el pelo y la ingesta dietética (pobre en fibra, vegetales y líquidos y rica en hidratos de carbono).

A continuación podrá determinarse cuál ha sido la causa del desequilibrio nutricional del Sr. Jewel o qué ha contribuido a su aparición. Consulte la lista de factores relacionados o factores de riesgo en Desequilibrio nutricional. ¿Está relacionado alguno de ellos con la situación del Sr. Jewel? ¿Considera el Sr. Jewel que su dieta no es adecuada? Si la respuesta es negativa, la tercera parte del enunciado diagnóstico sería

"conocimientos deficientes". Si la respuesta es afirmativa, pero para él no es importante cambiar estos hábitos dada su edad, será necesario hablar con él. Quizá padezca un problema de estreñimiento o de falta de energía. Probablemente un cambio de dieta le ayudaría. Cuando esté seguro de que el Sr. Jewel comprende por qué hay que seguir una dieta equilibrada, pero éste ha decidido continuar con su dieta actual, registre su decisión y sus esfuerzos por influir en esa decisión.

Selección de diagnósticos prioritarios

Criterios de prioridad

La enfermera no puede tratar todos los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración de una persona, familia, grupo o comunidad. Sus esfuerzos por hacerlo se verán frustrados y causarán frustración en la persona. Si se identifican una serie de prioridades, un conjunto de diagnósticos enfermeros y de problemas de colaboración que sean prioritarios sobre otros diagnósticos y problemas de colaboración, la enfermera podrá dirigir mejor los recursos hacia la consecución de los objetivos. Es útil distinguir los diagnósticos prioritarios de los que son importantes, pero no prioritarios.

Los *diagnósticos prioritarios* son aquellos diagnósticos enfermeros o problemas de colaboración que, si no se tratan ahora, impedirán el progreso para conseguir resultados o afectarán negativamente al estado funcional de la persona.

Los *diagnósticos no prioritarios* son aquellos diagnósticos enfermeros o problemas de colaboración cuyo tratamiento puede demorarse un tiempo sin poner en peligro el estado funcional existente. ¿Cómo identifica la enfermera un conjunto prioritario? En un entorno de cuidados agudos, la persona ingresa en el hospital por una causa específica, como puede ser una intervención quirúrgica u otros tratamientos para enfermedades agudas.

- ¿Qué diagnósticos enfermeros o problemas de colaboración están asociados con la enfermedad o tratamientos principales (p.ej. cirugía)?
- ¿Existen otros problemas de colaboración asociados a enfermedades clínicas concomitantes que requieran control (p. ej. hipoglucemia)?
- ¿Existen otros diagnósticos enfermeros que, de no tratarse en ese momento, puedan impedir la recuperación o influir en el estado funcional de la persona (p. ej., *Riesgo elevado de estreñimiento*)?
- ¿Qué problemas percibe la persona como prioritarios??

Uso de asesores/derivación

¿Cómo se seleccionan otros diagnósticos que no se encuentran en el conjunto diagnóstico de la lista de problemas de una persona? La limitación de los recursos de la enfermera y la reducción, cada vez mayor, del tiempo de cuidado dedicado a la persona obligan a las enfermeras a identificar diagnósticos enfermeros importantes que pueden tratarse más

tarde y que no es necesario incluir en la lista de problemas de la persona. Por ejemplo, en el caso de una persona hospitalizada después de sufrir un infarto de miocardio que tiene un sobrepeso de 20 kg, la enfermera debería explicar los efectos de la obesidad sobre la función cardíaca y remitir a la persona a un programa de reducción de peso después de recibir el alta. En el informe del alta tendrían que aparecer las explicaciones otorgadas y la derivación a otro profesional o centro; no sería necesario que en la lista de problemas de la persona se mencionara un diagnóstico enfermero relacionado con la reducción de peso.

Resumen

Establecer diagnósticos enfermeros precisos exige conocimientos y práctica. Si las enfermeras utilizan un enfoque sistemático para la validación de los diagnósticos enfermeros, aumentará la precisión. El proceso de establecer diagnósticos enfermeros es difícil porque se trata de diagnosticar las reacciones humanas. Los seres humanos son únicos, complejos y en cambio constante, lo que dificulta los esfuerzos por clasificar estas reacciones.

Referencias

Carpenito, L. J. (2016). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* (15th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2008). National conference, Miami, FL.

NANDA International. (2012). *Nursing diagnoses: Definitions and classification 2012–2014.* Ames, IA: Wiley-Blackwell.

NANDA International. (2015). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. Barcelona: Elsevier.

---

[1] La terminología para los problemas de colaboración ha sido cambiada de Complicaciones Potenciales: (*especificar*) a Riesgo de Complicaciones de (*especificar*).

Sección 1

Diagnósticos enfermeros[1]

INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

Definición de la NANDA-I*

Falta de energía fisiológica o psicológica suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Características definitorias

Mayores (deben estar presentes)

Una alteración de la respuesta fisiológica a la actividad.

Respiratorias

- Disnea de esfuerzo*
- Aumento excesivo de la frecuencia respiratoria
- Respiración dificultosa
- Disminución de la frecuencia respiratoria

Pulso

- Débil
- Nivel aumentado en exceso
- Cambio en el ritmo
- Disminuido
- Falla al volver a la preactividad después de 3 minutos
- Cambios en el ECG (p. ej., arritmias, anormalidad en la conducción, isquemia)*

Presión arterial

- Respuesta anormal de la presión arterial a la actividad
- Incapacidad para aumentar con la actividad
- Incremento de la presión diastólica (> 15 mm Hg)

Menores (pueden estar presentes)

Informe verbal de debilidad*
Informe verbal de fatiga*
Palidez o cianosis
Confusión
Informe verbal de vértigo

Factores relacionados

Cualquier factor que ponga en peligro el transporte de oxígeno, o el acondicionamiento físico o cree demandas de energía excesiva que superen las capacidades físicas y psicológicas de la persona pueden causar la intolerancia a la actividad. A continuación se mencionan algunos de los factores comunes:

Fisiopatológicos

Relacionados con la pérdida de condición física secundaria a inmovilización prolongada y dolor

*Relacionados con el desequilibrio entre el suministro y la demanda de oxígeno.**

Relacionados con el compromiso del sistema de transporte de oxígeno secundario a:

Cardíacos

Miocardiopatías
Insuficiencia cardíaca congestiva
Arritmias
Angina de pecho
Infarto de miocardio
Valvulopatía
Cardiopatía congénita

Respiratorios

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Displasia broncopulmonar

Atelectasias

Circulatorios

Anemia

Hipovolemia

Arteriopatía periférica

Relacionados con el incremento de las necesidades metabólicas secundarios a:

Infecciones agudas o crónicas

Infecciones víricas
Mononucleosis
Trastornos endocrinos o metabólicos
Hepatitis

Enfermedades crónicas

Renales
Hepáticas

Inflamatorias	Musculoesqueléticas
Neurológicas	

Relacionados con fuentes de energía inadecuadas secundarios a:

Obesidad	Dieta inadecuada
Desnutrición	

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con inactividad secundaria a equipos de asistencia (andadores, muletas, dispositivos ortopédicos):

Relacionados con el incremento de exigencias metabólicas secundarias a:

Neoplasia maligna	Cirugía
Estudios de diagnóstico	Esquema/frecuencia del tratamiento

Relacionados con transporte de oxígeno comprometido secundario a:

Hipovolemia	Inmovilidad*
Reposo en cama*	

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionado con una inactividad secundaria a:

Depresión	Estilo de vida sedentario*
Apoyo social inadecuado	

Relacionados con el incremento de los requerimientos metabólicos secundarios a:

Obstáculos del entorno (p. ej., escaleras)

Climas extremos (en especial cálidos, húmedos)

Contaminación ambiental (p. ej., esmog)

Presión atmosférica (p. ej., traslado reciente de residencia a un nivel de mayor altitud)

Relacionados con una motivación inadecuada secundaria a:

Temor a caídas	Dolor
Depresión	Disnea
Obesidad	Debilidad generalizada*

De maduración

Los adultos mayores pueden presentar disminución de la fuerza muscular y la flexibilidad, así como trastornos sensitivos. Estos factores pueden minar la confianza del cuerpo y contribuir directa o indirectamente a una intolerancia a la actividad.

Nota de la autora

La *Intolerancia a la actividad* es un criterio diagnóstico que describe a una persona con una condición física comprometida. Este individuo puede recibir terapias para aumentar la fuerza y la resistencia. La *Intolerancia a la actividad* es distinta a la *Fatiga*; la *Fatiga* es una sensación subjetiva persuasiva desgastante. El reposo es una terapia para la *Fatiga*, pero también puede causar cansancio. Por otra parte, en la *Intolerancia a la actividad*, el objetivo es aumentar la tolerancia y la resistencia de la actividad; en la *Fatiga*, el objetivo es ayudar a que el individuo se adapte a la fatiga, no para aumentar la resistencia.

NOC

Intolerancia a la actividad.

Objetivos

El individuo progresará a (especificar el nivel de actividad deseada), de acuerdo con los siguientes indicadores:

- Identificar los factores que agravan la intolerancia a la actividad.
- Identificar los métodos para reducir la intolerancia a la actividad.
- Mantener la presión arterial dentro de los límites normales 3 minutos después de la actividad.

NIC

Tolerancia a la actividad, manejo de la energía, promoción del ejercicio, mejora del sueño, establecimiento mutuo de objetivos.

Intervenciones

Preguntar a la persona sus objetivos personales para mejorar su salud

Explicar los riesgos de la inactividad

Vigilar la respuesta del individuo a la actividad y anotar la respuesta

- Tomar el pulso, la presión arterial y la frecuencia respiratoria en reposo.
- Considerar la frecuencia, el ritmo y la calidad (en caso de signos anormales, p. ej., si el pulso es superior a 100, consultar con el médico acerca de la conveniencia o no de aumentar la actividad).
- Si los signos son normales o si el médico lo aprueba, la persona puede realizar la actividad.
- Tomar los signos vitales inmediatamente después de la actividad.
- Mantener en reposo a la persona durante 3 minutos; tomar de nuevo los signos vitales.

- Interrumpir la actividad si la persona responde con
  - Quejas de dolor torácico, vértigo o confusión.
  - Disminución del pulso.
  - No aumenta la presión arterial sistólica.
  - Disminución de la presión arterial sistólica.
  - Aumento de la presión arterial diastólica (más de 15 mm Hg).
  - Disminución en la respuesta respiratoria.
- Reducir la intensidad o la duración de la actividad, si
  - El pulso tarda más de 3 a 4 minutos para volver a 6 latidos del pulso en reposo.
  - La frecuencia respiratoria aumenta de manera excesiva después de la actividad.

Aumentar la actividad de manera gradual

- Para aumentar la tolerancia a la actividad, solicitar que la persona realice la actividad más lentamente, durante un tiempo más corto, con más pausas de descanso, o con más ayuda.
- Reducir al mínimo los efectos de la pérdida de estado físico debido a un reposo prolongado en cama y la inmovilidad impuesta:
  - Comenzar una pauta de amplitud de movimientos (ROM, *range of motion*) activo por lo menos dos veces al día. En el caso de que la persona no esté en condiciones, la enfermera debe realizar un ROM pasivo.
  - Fomentar el ejercicio isométrico.
  - Animar a la persona a rotar y levantar el cuerpo de forma activa, salvo que esté contraindicado.
  - Comenzar gradualmente a aumentar la tolerancia a la actividad a partir de los 15 minutos de levantarse por primera vez de la cama.
  - Si la persona no se puede mantener de pie sin que se le doblen las rodillas, no está apta para la ambulación; proporcionar ayuda para que se ponga de pie en su lugar con asistencia.
  - Elegir una marcha segura. (Si el modo de andar parece torpe, pero estable, continuar; permanecer cerca y dar mensajes claros de entrenamiento, p. ej., “Mire hacia adelante, no hacia abajo”.)
  - Permitir que la persona mida la velocidad de ambulación.
  - Proporcionar apoyo suficiente para garantizar la seguridad y evitar que se caiga.
  - Animar a la persona a llevar zapatos cómodos para caminar (las pantuflas no son un buen apoyo para los pies).

Planificar los períodos de descanso de acuerdo con el horario de actividades diarias de la persona

Promover una actitud sincera de "puedo hacerlo"

- Identificar los factores que repercuten en la confianza de la persona como el miedo a caerse, debilidad percibida y discapacidad visual.
- Explorar los posibles incentivos con la persona y la familia; considerar los valores individuales (p. ej., jugar con los nietos, volver al trabajo, ir de pesca, realizar una tarea u oficio).
- Permitir que el individuo establezca el programa de actividades y los objetivos de la actividad funcional. Si el objetivo es muy bajo, negocie (p. ej., "Caminar 7.5 metros (25 pies) parece poco. Vamos a aumentar la cantidad hasta 15 metros (50 pies). Yo camino con usted").
- Planificar un propósito para la actividad, como sentarse en una silla para comer, caminar hasta una ventana para ver el panorama o caminar a la cocina a buscar un poco de jugo.
- Ayudar a que la persona identifique el progreso. No subestimar el valor del elogio y aliento como técnicas de motivación eficaces. En casos seleccionados, asistiendo al individuo a registrar por escrito las actividades puede ayudar a demostrar el progreso.

Intervenciones para individuos con insuficiencia pulmonar crónica

- Fomentar las técnicas de respiración controlada consciente cuando aumenta la actividad y en momentos de estrés emocional y físico (las técnicas incluyen la respiración con los labios fruncidos y la respiración diafragmática).
- Enseñar la respiración con los labios fruncidos. La persona debe aspirar por la nariz, luego espirar lentamente a través de los labios parcialmente cerrados mientras cuenta hasta siete y hace un sonido de "pu". (Con frecuencia, las personas con enfermedad pulmonar progresiva aprenden esto en forma natural.)
- Enseñar la técnica de respiración diafragmática:
  - Colocar las manos sobre el abdomen por debajo de la base de las costillas, y mantenerlas ahí mientras la persona inspira.
  - Para inspirar, el individuo relaja los hombros, inspira a través de la nariz, y empuja el estómago hacia fuera contra sus manos. La persona contiene la respiración durante 1 a 2 segundos para mantener los alvéolos abiertos, y luego espira.
  - Para espirar, la persona espira lentamente por la boca mientras usted aplica una ligera presión en la base de las costillas.
  - Hacer que la persona practique esta técnica de respiración varias veces con usted; después, la persona debe colocar sus propias manos en la base de las costillas para practicar solo.
  - Una vez que se aprendió la técnica, hacer que la persona practique un par de veces

cada hora.

- Fomentar el uso de técnicas de respiración de adaptación para disminuir el trabajo respiratorio.

- "Explicar que la posición de trípode, donde el paciente se sienta o se inclina hacia delante con los brazos apoyados, lleva al diafragma hacia abajo y hacia adelante y estabiliza el pecho al tiempo que reduce el trabajo respiratorio. Explicar que con ello reduce las demandas competitivas del brazo, el pecho y los músculos del cuello necesarios para la respiración" (Bauldoff, 2015; *Bauldoff, Hoffman, Sciurba y Zullo, 1996; *Breslin, 1992).
- Proporcionar apoyo para el brazo (p. ej., los codos apoyados sobre una mesa mientras se afeita o come) puede aumentar la independencia y mejorar la capacidad funcional.
- Mientras permanezca en el hospital, comentar los efectos del tabaquismo sobre los sistemas cardiovascular, respiratorio, circulatorio y los sistemas músculo-esqueléticos con un enfoque en los problemas específicos de salud de la persona (p. ej., infecciones frecuentes, calambres en las piernas, proceso de deterioro de la EPOC, problemas cardíacos).

PLANIFICACIÓN INEFICAZ DE LAS ACTIVIDADES

Riesgo de planificación ineficaz de las actividades.

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias*

Expresión verbal de temor por realizar una tarea

Expresión verbal de preocupaciones por emprender alguna tarea

Ansiedad excesiva por la tarea que se va a llevar a cabo

Patrón de deficiencia en el comportamiento

Ausencia de un plan

Recursos insuficiencientes

Falta de organización secuencial

Patrón de procrastinación

Falta de logro de los objetivos para la actividad elegida

Factores relacionados*

Capacidad insuficiente para procesar la información

Conducta defensiva de huida cuando se enfrenta con una propuesta de solución

Hedonismo

Falta de apoyo de la familia

Falta de apoyo de los amigos

Percepción no realista de los acontecimientos

Percepción no realista de las competencias personales

Nota de la autora

Este diagnóstico enfermero NANDA-I recién aceptado puede representar una respuesta problemática que se relaciona con muchos diagnósticos enfermeros existentes, como *Confusión crónica, Déficit de autocuidado, Ansiedad, Negación ineficaz, Afrontamiento ineficaz y Gestión ineficaz de la salud. La autora recomienda que la Planificación ineficaz de las actividades debe considerarse como un signo o síntoma. Las preguntas son las siguientes:*

- ¿Qué actividades no se planifican de manera efectiva? ¿El autocuidado? ¿El manejo de la salud?
- ¿Qué factores impiden la planificación eficaz de las actividades? ¿Confusión? ¿Ansiedad? ¿Miedo? ¿Negación? ¿Estrés por sobrecarga? Los ejemplos son los siguientes:
  - Estrés por sobrecarga relacionado con la percepción poco realista de los sucesos como se demuestra en el deterioro de la capacidad para planificar... (especificar la actividad).
  - Manejo ineficaz de autocuidado relacionado con la falta de plan, falta de recursos, falta de apoyo social como se demuestra en el deterioro de la capacidad para planificar... (especificar la actividad).
  - La ansiedad relacionada con la capacidad comprometida para procesar la información y la percepción poco realista de competencia personal como se demuestra en el deterioro de la capacidad para planificar... (especificar la actividad).

Riesgo de planificación ineficaz de las actividades

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el

tiempo y bajo ciertas condiciones que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo*

- Capacidad insuficiente para procesar la información
- Conducta defensiva de huida cuando se enfrenta con una propuesta de solución
- Hedonismo
- Patrón de procrastinación
- Sistema de apoyo ineficaz
- Sistema de apoyo insuficiente
- Percepción no realista de los acontecimientos
- Percepción no realista de las competencias personales

Nota de la autora

Consultar *Planificación ineficaz de las actividades*.

RIESGO DE REACCIÓN ADVERSA A MEDIOS DE CONTRASTE YODADOS

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una reacción nociva o no intencionada asociada al uso de medios de contraste yodados que puede ocurrir dentro de los siete días posteriores a la inyección del agente de contraste y que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo*

Fisiopatológicos

Por reacción aguda

- Antecedentes de asma
- Reacción previa al contraste
- Atrofia (regularmente relacionada con una mayor respuesta inmune a alérgenos comunes, particularmente inhalados y alimentos alérgenos)

Por acción retardada

- Reacción previa a los contrastes
- Aquellos tratados con interleucina-2

Exposición solar

Nefropatía por contraste

Disfunción renal preexistente	Inestabilidad hemodinámica
Uso concomitante de medicamentos nefrotóxicos	Inhibidores de la ECA
	Deshidratación
Uso de un agente de contraste de alta osmolalidad	Diabetes mellitus
	Perfusión renal deficiente
Volumen elevado de agentes de contraste	Insuficiencia cardíaca

Hipertensión

Infarto de miocardio

Enfermedad causante (p. ej., cardiopatía, enfermedad pulmonar, discrasias sanguíneas, enfermedades endocrinas, feocromocitoma, enfermedad autoinmunitaria)*

Enfermedad vascular del colágeno

Anemia drepanocítica

Mieloma

Policitemia

Síndrome/enfermedad de paraproteinemia (p. ej., mieloma múltiple)

Antecedente de trasplante de un riñón, tumor renal, cirugía renal o riñón único)

Antecedente de enfermedad hepática en fase terminal

Deshidratación*

Niveles elevados de creatinina

Antecedentes recientes (1 mes) de (Robbins y Pozniak, 2010)

- Infección grave (p. ej., neumonía, sepsis, osteomielitis)
- Isquemia vascular en las extremidades (p. ej., amputación, trombosis arterial)
- Trombosis venosa arterial
- Cirugía mayor o procedimiento vascular (p. ej., amputación, trasplante, revascularización coronaria)
- Fallo sistémico multiorgánico

Relacionados con el tratamiento

> 20 mg de yodo

Tratamiento de quimioterapia o con aminoglucósido el mes previo

Uso simultáneo de medicamentos (p. ej., inhibidores de la ECA, betabloqueantes, interleucina 2, metformina, medicametnos nefrotóxicos*, AINE, aminoglucósidos)

Venas frágiles (p. ej., tratamiento de quimioterapia previo o actual, o radiación en el miembro que será inyectado, múltiples tentativas para obtener acceso intravenoso, permanencia de catéteres intravenosos por más de 24 horas, disección previa del ganglio linfático axilar en el miembro que será inyectado, sitios de acceso intravenoso distales: mano, muñeca, pie, tobillo).*

Propiedades físicas y químicas de los medios de contraste (p. ej., concentración de yodo, viscosidad, osmolalidad alta, toxicidad de iones, inconsciencia).*

Situacionales (personales, ambientales)

Mujeres > hombres

Ansiedad*

Debilidad generalizada*

Antecedentes de efectos adversos previos por medios de contraste yodados*

De maduración

Mayores de 60 años de edad

Extremos de la edad*

Nota de la autora

Este diagnóstico enfermero de la NANDA-I representa una situación clínica en la que se inyectan medios de contraste yodados para las pruebas de diagnóstico radiológico. Las complicaciones de la inyección intravascular de contraste yodado incluyen reacción anafiláctica por contraste, nefropatía inducida por contraste y extravasación del medio de contraste (Pasternak y Williamson, 2012).

Las reacciones pueden ser leves y autolimitadas (p. ej., urticaria dispersa, náuseas) hasta graves y potencialmente letales (p. ej., arritmias cardíacas, convulsiones). Las enfermeras que atienden a las personas programadas para estas pruebas deben estar conscientes de quiénes tienen mayor riesgo de efectos adversos. Las enfermeras en los departamentos de radiología son responsables de evaluar a los individuos de alto riesgo, revisar el estado de la función renal del individuo antes del procedimiento, vigilar los primeros signos o reacciones y del uso de protocolos cuando sea indicado.

Esta situación clínica se puede describir con este diagnóstico enfermero. Por el contrario, el *Riesgo de complicaciones por medios de contraste* es más apropiado como un problema de colaboración, ya que las intervenciones requeridas están prescritas por la enfermera y el médico con los protocolos para el tratamiento de los eventos adversos. Las inter-venciones incluidas con este diagnóstico se pueden utilizar en *Riesgo de*

reacción adversa a medios de contraste yodado o *Riesgo de complicaciones de medios de contraste.*

NOC

Signos vitales, afrontamiento, respuesta al medicamento, acceso vascular periférico, perfusión tisular periférica, respuesta alérgica, gravedad de los síntomas, detección de riesgos.

Objetivos

La persona informará factores de riesgo de reacción adversa y cualquier síntoma experimentado durante la perfusión, como lo demuestran los siguientes indicadores:

- Mencionar los factores de riesgo de reacciones adversas.
- Reportar cualquier sensación que se tenga durante y después de la perfusión.
- Describir las reacciones adversas tardías y la necesidad de hacer un informe.

NIC

Enseñanza: individual, signos vitales, vigilancia del dispositivo de acceso venoso, mantenimiento, disminución de la ansiedad, precauciones circulatorias, manejo de sensación periférica, información sensorial preparatoria: procedimiento, tratamiento de las alergias, identificación de riesgos, vigilancia.

Intervenciones

Valorar la presencia de factores que aumentan el riesgo de reacciones adversas a medios de contraste

- Consultar los factores de riesgo.
- Revisar con la persona/otras experiencias anteriores significativas con las perfusiones de medios de contraste.
- Consultar con el radiólogo si está indicado.

Preparar a la persona para el procedimiento

En la unidad

- Explicar el procedimiento (p. ej., la administración, las sensaciones que puede percibir, como un leve enrojecimiento y calor en el sitio de la inyección, que puede extenderse sobre el cuerpo y puede ser más intenso en el perineo, sabor metálico).
- Evaluar el nivel de ansiedad. Consultar la prescripción médica y/o PE si la ansiedad es alta.
- Asegurarse que la persona esté bien hidratada antes del procedimiento. Consultar con el médico y/o la enfermera la hidratación que se ordenó, si está indicada. Seguir el protocolo de
  - Hidratación.
  - Retención de ciertos medicamentos (p. ej., metformina o con otros agentes orales

hiperglucémicos).

- Determinar cuándo se infundió el último medio de contraste.

En el departamento de radiología

- Asegurarse que la persona se encuentre bien hidratada antes del procedimiento.
- Explicar el procedimiento (p. ej., la administración, las sensaciones que puede percibir como un leve enrojecimiento y calor en el sitio de la inyección, que puede extenderse sobre el cuerpo y puede ser más intenso en el perineo, sabor metálico).
- Evaluar el nivel de ansiedad. Consultar con el médico, anestesiólogo o la enfermera especialista que prescribe si la ansiedad es alta.
- Fomentar la conversación continua y la retroalimentación de la persona durante el procedimiento (Singh y Daftary, 2008).
- Seguir el protocolo para la administración de medios de contraste (p. ej., la preparación del sitio, velocidad de infusión, el calentamiento del medio de contraste intravenoso [MCI]).
- Vigilar la respuesta emocional y fisiológica del individuo de forma continua durante la infusión.
- Consultar la Tabla 1.1 para detectar signos y síntomas de reacciones adversas.
- Vigilar la extravasación del contraste mediante la evaluación de la inflamación, eritema y el dolor que generalmente disminuye sin problemas residuales.
- Si se sospecha de extravasación (Robbins y Pozniak, 2010):
  - Suspender la inyección/perfusión.
  - Informar al profesional que prescribe.

Tabla I.1 REACCIONES A LOS MEDIOS DE CONTRASTE

Idiosincráticas		
Reacciones leves (autolimitadas)		
Edema cutáneo limitado	Enrojecimiento pasajero	Garganta irritada "rasposa"
Urticaria dispersa	Prurito leve	Congestión nasal
Náusea y vómito leves	Ansiedad	Escalofrío
Estornudo	Hipertensión leve	Mareo
Reacciones moderadas		
Náuseas/vómitos persistentes	Urticaria difusa/prurito	Sibilancias / broncoespasmo
	Taquicardia	Hipertensión de urgencia

Edema facial, sin disnea Palpitaciones Reacción vasovagal (bradicardia, desmayos) que requiere y es sensible al tratamiento	Opresión en la garganta/ronquera	Calambres abdominales
Reacciones graves[a]		
Broncoespasmo, hipoxia significativa Arritmias potencialmente mortales Edema pulmonar	Choque anafiláctico (hipotensión + taquicardia) Edema laríngeo Convulsiones	Broncoespasmo instalado Síncope Emergencia hipertensiva
No idiosincrática		
Bradicardia Neuropatía Reacciones retardadas Náusea/vómito	Hipotensión Reacciones cardiovasculares Sensaciones de calor	Reacciones vasovagales Extravasación Sabor metálico en la boca

[a] Los signos y síntomas con frecuencia son potencialmente mortales y pueden resultar en la muerte o morbilidad permanente si no se manejan en forma adecuada. *Fuentes:* Siddiqi, N. (2015). Contrast medium reactions. In *Medscape*. Obtenido de http://emedicine.medscape.com/article/422855-overview; American College of Radiology Committee on Drugs and Contrast Media. (2013). *ACR manual on contrast media*: Version 9. Reston, VA: American College of Radiology. Obtenido de www.acr.org/quality-%20safety/resources/~/media/37D84428BF1D4E1B9A3A2918DA9E27A3.pdf/.

- Elevar la extremidad afectada por encima del corazón.
- Aplicar una breve compresión de no más de 1 minuto.
- Seguir el protocolo de la agencia para la documentación y presentación de informes.
- Consultar con el cirujano plástico si la inflamación o el dolor progresa, si disminuyó el llenado capilar, si se altera la sensibilidad o hay presencia de úlceras o ampollas en la piel.

Explicar las reacciones tardías debido al contraste

- Avisar a la persona/familia que puede ocurrir una reacción tardía debido al medio de contraste en cualquier momento de 3 horas a 7 días después de la administración del contraste.

- Recomendar que se evite la exposición directa al Sol durante 1 semana.
- Explicar que la reacción tardía puede ser exantema cutáneo, prurito sin urticaria, náusea, vómito, somnolencia y dolor de cabeza.
- Recomendar que reporten cualquier signo y síntoma al médico responsable/enfermera especialista.
- Recomendar que acuda al servicio médico de urgencias si los síntomas aumentan o tiene dificultad para tragar o respirar (Siddiqi, 2011).

RIESGO DE RESPUESTA ALÉRGICA

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una exagerada respuesta inmune o reacción a sustancias que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo*

Relacionados con el tratamiento

Agentes farmacológicos (p. ej., penicilina*, sulfamidas)

Esparadrapo

Látex

Situacionales (personales, ambientales)

Exposición a productos químicos (p. ej., lejía* o cloro, disolvente, pintura, pegamento)

Animales (p. ej., caspa)

Exposición a alérgenos ambientales* (p. ej., moho, polvo, heno)

Alergia a los alimentos (p. ej., maní, mariscos, setas,* frutas cítricas, sulfitos)

Alergia a picaduras de insecto

Exposición repetida a sustancias ambientales*

Almohadas, edredones

Cosméticos,* lociones, cremas, perfumes

Níquel

Plantas (p. ej., tomate, hiedra venenosa)

De maduración

Predisposición genética a la enfermedad atópica

Nota de la autora

Este nuevo diagnóstico de la NANDA-I puede representar un diagnóstico con las evaluaciones de enfermería e intervenciones educativas que pueden ayudar a las personas y familias con la prevención de las respuestas alérgicas. El problema de colaboración *Riesgo de complicaciones por reacción alérgica* en la Sección 3 Problemas de colaboración cuando se necesitan intervenciones enfermeras y médicas para una reacción alérgica.

NOC

Control de hipersensibilidad inmunitaria, respuesta alérgica: localizada, Respuesta alérgica: sistémica, gravedad de los síntomas.

Objetivos

La persona informará si disminuyeron o no tiene síntomas de alergia, de acuerdo con los siguientes indicadores:

- Describirá las estrategias para evitar la exposición.
- Explicará los métodos para reducir la exposición ambiental.
- Detallará el manejo farmacéutico de una reacción.

NIC

Manejo de la alergia, identificación de riesgos, vigilancia, enseñanza de protección ante riesgos ambientales.

Intervenciones

Remitir a la persona al alergólogo para pruebas y tratamiento si tiene alergia a los alimentos

Enseñar a la persona cómo reducir los alérgenos en el hogar (Asthma and Allergy Foundation of America, 2011; Mayo Clinic Staff, 2011)

Desarrollar una limpieza de rutina semanal/mensual

- Humedecer una mopa para limpiar los pisos de madera o linóleos y, aspirar las alfombras. Utilizar una aspiradora con un filtro para partículas pequeñas o un filtro de alta eficiencia para partículas de aire (HEPA).
- Utilizar un paño húmedo para limpiar otras superficies, incluidas las partes superiores de las puertas, ventanas y marcos de las ventanas.
- Aspirar semanalmente con una aspiradora con filtro de pequeñas partículas o HEPA. Lavar alfombras y tapetes cada semana. Lavar periódicamente con champú las alfombras de pared a pared.
- Si tiene alergias, utilizar una máscara para polvo durante la limpieza o solicitar a

alguien que no tenga alergias que haga la limpieza.

- Cambiar o limpiar una vez al mes los filtros del sistema de calefacción y de refrigeración.
- Utilizar filtros HEPA en su sistema de aire acondicionado central en toda la casa, o en los dispositivos de limpieza de aire de la habitación. Cambiar los filtros con regularidad.

Dormitorio

- Cubrir almohadas, colchones y somier con material a prueba de polvo y ácaros.
- Lavar las sábanas una vez por semana en agua caliente a 54 °C (130 ºF) para eliminar los ácaros y sus huevos.
- Sustituir los colchones cada 10 años.
- Sustituir las almohadas cada 5 años.
- Retirar, lavar, o cubrir los edredones. Elegir ropa de cama hecha de material sintético, sin plumas.

Cocina

- Instalar y utilizar un extractor de aire de ventilación. La mayoría de las campanas de estufa simplemente filtran partículas de cocina sin ventilación al exterior.
- Lavar los platos todos los días. Limpiar el fregadero y grifos.
- Limpiar el exceso de humedad. Desechar los alimentos con moho o caducados.
- Vacíar y limpiar con regularidad la bandeja, y limpiar o reemplazar los sellos de goma con moho alrededor de las puertas.
- Colocar la basura en un cesto de basura con tapa a prueba de insectos, y vacíar la basura a diario. Mantener la cocina libre de restos de comida.
- Limpiar la alacena y las cubiertas con detergente y agua. Comprobar que los gabinetes debajo del fregadero no tengan fugas en las tuberías. Guardar los alimentos, incluidos los alimentos para mascotas, en recipientes herméticos.
- Nunca dejar comida o basura afuera que pueda atraer a las cucarachas.
- Guardar los alimentos en recipientes herméticos dentro o fuera del refrigerador.
- Limpiar la estufa justo después de cocinar para eliminar las partículas de alimentos que atraigan a los insectos, y retirar migajas y/o restos de comida de la encimera de inmediato.
- Usar cebos envenenados, ácido bórico y trampas para insectos para matar cucarachas. Las personas con asma deben evitar el uso de pesticidas líquidos o en aerosol.
- Lavar los platos inmediatamente después de comer; evitar que se apilen platos en el

fregadero.

- Usar un cesto de basura con tapa en la cocina.
- Guardar los utensilios para cocinar en un lugar cerrado. Usar el extractor de aire de la cocina al preparar los alimentos para evitar que el vapor y la humedad se condensen en las superficies de la cocina.
- Usar productos de limpieza fácil para el piso de la cocina. Lavar semanalmente los tapetes para eliminar pequeñas partículas de alimentos.

Baño

- Instalar y utilizar un extractor de aire para reducir la humedad mientras se baña o se ducha.
- Secar con una toalla la bañera y cubierta después de su uso. Limpiar con cloro el moho de la bañera, ducha y grifos. Limpiar o reemplazar las cortinas de ducha y alfombras de baño con moho.
- Limpiar el moho desde los accesorios de plomería. Reparar las fugas.
- Quitar el tapiz e instalar azulejos, o pintar las paredes con pintura de esmalte resistente al moho.
- Eliminar el moho tan pronto como lo vea en cualquier parte del baño.
- Arreglar las tuberías con fugas debajo del lavamanos, en la ducha/bañera, y detrás del inodoro.
- Utilizar el extractor en el cuarto de baño para mantener la circulación del aire.
- Utilizar tapetes lavables y lavarlos semanalmente.
- Utilizar un aerosol contra moho y hongos para limpiar las áreas con moho, incluyendo cortinas de baño, azulejos y otros.
- Lavar las toallas de mano y toallas de baño cada semana.
- Limpiar el lavabo y la cubierta todos los días para eliminar la acumu lación de agua y la humedad.

Ventanas/puertas

- Cerrar las ventanas y el aire acondicionado durante la temporada de polen. Limpiar el moho y la condensación en marcos y los alféizares de las ventanas. Si vive en un clima frío, utilizar ventanas de doble cristal.
- Usar cortinas lavables de tela de algodón o sintéticas. Reemplazar las persianas horizontales con protección por estores lavables.

Humedad

- Ventilar al exterior la ropa luego de sacarla de la secadora.

- Elegir un filtro de aire con filtro para partículas pequeñas o HEPA. Intente ajustar su filtro de aire para que dirija el aire limpio hacia su cabeza cuando duerma.
- Mantener la temperatura a 21 ºC (70 ºF) y la humedad relativa a no más de 50%. Limpiar o reemplazar los filtros de partículas pequeñas en los sistemas de calefacción y refrigeración central y en los aires acondicionados de las habitaciones al menos una vez al mes.

Mascotas

- Nunca permitir que las mascotas suban a la cama.
- Mantener las áreas donde duermen las mascotas y jaulas de aves fuera de los dormitorios.
- Bañar las mascotas por lo menos dos veces a la semana, lo que puede reducir la cantidad de alérgeno en la caspa que desprenden.

Chimeneas

- Evitar el uso de chimeneas o estufas de leña.

Dormitorio de los niños

- Generar un “ambiente saludable” para su hijo.
- Usar cubiertas para colchón y almohadas especiales a prueba de ácaros.
- Lavar las sábanas una vez a la semana en agua caliente a 54 °C (130 ºF) para eliminar los ácaros del polvo y sus huevos, y con cloro para eliminar el moho.
- Lavar los juguetes de peluche cada semana en agua caliente a 54 °C (130 ºF) para matar los ácaros del polvo y sus huevos, y con cloro para matar el moho.
- Colocar los juguetes de peluche no lavables en el congelador una vez a la semana durante 24 horas para matar los ácaros del polvo, luego enjuagar con agua fría para eliminar los ácaros muertos.
- Mantener los juguetes de los niños lejos de las mascotas y guardarlos en un lugar cubierto y seco, donde las mascotas no puedan sacarlos.
- No permitir que sus niños duerman con los juguetes de peluche (los ácaros de la cama se introducirán en los juguetes, y viceversa).
- Asegurarse de que todas las prendas estén totalmente secas antes de guardarlas en cajones y armarios.
- Solicitar a los niños que se limpien los pies y sacudan su abrigo antes de entrar, para evitar que el polen del exterior entre en su ropa.
- Solicitar a los niños que pongan su ropa en la ropa sucia en cuanto entren, en lugar de que la dejen en el suelo o la regresen a los cajones, para reducir al mínimo la exposición al polen.

Sala

- Aspirar los muebles y cortinas/persianas una vez a la semana.
- Usar cubiertas deslizables lavables y cojines. Lavar en agua caliente a 54 °C (130° F) una vez a la semana.
- Mantener a las mascotas alejadas de los muebles.
- Usar suelo fácil de limpiar, y evitar las alfombras donde puede quedar atrapada la humedad.
- Usar tratamientos para persianas y ventanas fáciles de limpiar, o lavar y secar las cortinas una vez al mes.
- Nunca se debe comer en el suelo o en los muebles.

Sótano

- Buscar y reparar todas las fugas, aberturas y grietas en los cimientos que permitan que entre la humedad.
- Arreglar las fugas y goteras en las tuberías dentro y alrededor del calentador de agua y del sistema central de climatización (calefacción, ventilación y aire acondicionado).
- Eliminar y limpiar el moho dondequiera que aparezca. Aplicar sellador de pintura contra el moho.

Pisos

- Estar alerta acerca de la limpieza de los pisos. Cada tipo de piso es un caldo de cultivo potencial para alérgenos, ya sea una alfombra, azulejo o madera.
- No instalar alfombras de pared a pared, si no tiene que hacerlo. Es más difícil eliminar la humedad, el moho y otros alérgenos que están ocultos en ellas.
- Aspirar todos los pisos cada semana.

Instrucciones sobre los tratamientos en el hogar si aparecen los síntomas

- Dar instrucciones para consultar a un alergólogo o médico de cabecera (médico, enfermera) en relación con el manejo médico de los síntomas en el hogar (p. ej., dimedrol).
- Asegurarse que la persona tiene un autoinyector de epinefrina (Epi-Pen), que sabe cuándo y cómo usarlo, y cuenta con un transporte para ir al servicio de urgencias.
- Recordarle a la persona que es necesario verificar las fechas de caducidad.

Evitar que se fume dentro de la casa

Buscar atención inmediata de los servicios de urgencias si:

- Presenta edema facial.
- Hay algún cambio en el tono de voz.

- Tiene dificultad para respirar o tragar.

Llamar al 911 o al número local de urgencias; no conducir al servicio de urgencias.

Usar un brazalete de identificación para alergia, portar una lista de las alergias, y tener una lista de alergias en el teléfono móvil en el sitio designado.

Consultar a un especialista en alergias para pruebas cutáneas y tratamiento.

ANSIEDAD

Ansiedad

Ansiedad ante la muerte

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias

Mayores (deben estar presentes)

Se manifiesta por síntomas de cada categoría: fisiológica, emocional y cognitiva; los síntomas varían de acuerdo con el nivel de ansiedad (*Whitley, 1994).

Fisiológicas

Aumento de pulso[2]

Aumento de la respiración[2]

Aumento de la sudoración[2]

Voz temblorosa[2]

Palpitaciones

Frecuencia urinaria, dificultad para iniciar la micción[2]

Insomnio[2]

Rubor fácial[2] o palidez

Dolor corporal (en especial en tórax, espalda, cuello)

Aumento de la presión arterial[2]

Dilatación pupilar[2]

Temblores, calambres[2]

Náusea[2]

Diarrea[2]

Fatiga[2]

Sequedad bucal[2]

Inquietud[2]

Desmayos[2]/mareos

Emocionales

La persona manifiesta sentimientos de

- Aprensión[2]
- Nerviosismo[2]
- Pérdida de control
- Impotencia persistente en aumento
- Vigilancia[2]
- Tensión de sentir "nerviosismo"
- Anticipación de desgracias

La persona muestra

- Irritabilidad[2]/impaciencia[2]
- Llanto
- Reacción de sobresalto
- Abandono
- Autocrítica
- Ataques de ira
- Tendencia a culpar a otros[2]
- Crítica propia y ajena
- Falta de iniciativa
- Poco contacto visual[2]

Cognitivas

- Alteración de la atención[2]
- Olvidos[2]
- Orientación al pasado
- Hiperactividad
- Disminución de la habilidad para aprender[2]
- Falta de conciencia del entorno
- Meditación[2]
- Bloqueo de pensamientos (incapacidad para recordar)
- Preocupación[2]
- Confusión[2]

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Cualquier factor que interfiera con la estabilidad fisiológica.

Relacionados con la dificultad respiratoria secundaria a:

- Dolor torácico
- Medicamentos que alteran la mente
- Diagnóstico de cáncer

Relacionados con el tratamiento

Relacionados a (ejemplos):

- Cirugía inminente
- Efectos de la quimioterapia
- Procedimiento invasivo

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con el riesgo para el autoconcepto secundario a:

Cambio o riesgo de la condición de la labor*/función y prestigio

Fracaso (o éxito)

Dilema ético (Halter, 2014; Varcarolis, 2011)

Exposición a un objeto o situación fóbicos

Pensamientos intrusivos, no deseados

Recuerdos recurrentes

Falta de reconocimiento de los demás

Pérdida de posesiones valiosas

Temor a un ataque de pánico

Necesidades no satisfechas

Cese de un comportamiento ritual

Relacionados con otras pérdidas significativas secundarias a:

Amenaza de muerte*

Presiones culturales

Separación temporal o permanente

Divorcio

Mudanza

Muerte

Relacionados con la amenaza a la integridad biológica secundaria a:

Estado de agonía

Procedimientos invasivos

Agresión

Enfermedad (especificar)

Relacionados con cambios ambientales secundarios a:

Hospitalización

Jubilación

Contaminantes ambientales

Traslados

Riesgos para la seguridad

Encarcelamiento

Catástrofes naturales

Problemas de los refugiados

Despliegue militar o político

Viajes aéreos

Relacionados con cambios en el estado socioeconómico secundario a:

Desempleo

Promoción

Empleo nuevo

Desplazamiento

Relacionados con expectivas idealistas de sí mismo y objetivos poco realistas (especificar)

De maduración

Lactante/niño

Relacionados con la separación

Relacionado con un ambiente o personas desconocidos

Relacionados con los cambios en las relaciones con sus pares

Relacionados con la muerte de (especificar), con rituales desconocidos y con el duelo de los adultos

Adolescente

Relacionados con la muerte de (especificar)

Relacionado con la amenaza del autoconcepto secundario a:

Desarrollo sexual	Cambios en las relaciones entre compañeros
Fracaso escolar	

Adulto

Relacionado con la amenaza del autoconcepto secundario a:

Embarazo	Crianza de los hijos
Cambios profesionales	Efectos del envejecimiento

Relacionados con complicaciones de un embarazo anterior, aborto espontáneo o muerte fetal

Relacionado con la falta de conocimiento sobre los cambios relacionados con el embarazo

Relacionados a la falta de conocimientos acerca de la experiencia de parto

Adulto anciano

Relacionados con la amenaza del autoconcepto secundario a:

Pérdidas sensoriales	Pérdidas motoras
Problemas financieros	Cambios por jubilación

Nota de la autora

Diversos investigadores estudiaron los diagnósticos enfermeros de *Ansiedad y miedo* (*Jones y Jakob, 1984; *Taylor-Loughran, O'Brien, LaChapelle y Rangel, 1989; Whitley, 1994; *Yokom, 1984). La diferencia de estos diagnósticos se centra en si es posible identificar la amenaza. De ser así, el diagnóstico en *Temor;* de lo contrario, es *Ansiedad* (NANDA, 2002). No obstante, los médicos no han comprobado la utilidad de esta diferencia (Taylor-Loughran y cols., 1989).

La ansiedad es una sensación vaga de aprensión y nerviosismo en respuesta a una amenaza a un sistema de valores o patrón de seguridad de uno (*May, 1977). Es posible que la persona sea capaz de identificar la situación (p. ej., cirugía, cáncer), aunque en realidad la amenaza en sí misma se refiere al nerviosismo y la aprensión implicados. En otras palabras, la situación es la fuente de, pero no es en sí misma, la amenaza. Por el contrario, el temor es la sensación de aprehensión relacionada con una amenaza o peligro específico para el cual responden los patrones de seguridad de uno (p. ej., volar, alturas,

serpientes). Cuando se elimina la amenaza, el miedo se disipa (May, 1977). La ansiedad se distingue del temor, que es la sensación de tener miedo o estar amenazado por un estímulo externo claramente identificable que representa peligro para la persona. "La ansiedad nos afecta en un nivel más profundo. . . invade el centro... de la personalidad y erosiona sentimientos de autoestima y valor personal" (Halter, 2014, p. 279; Varcarolis, 2011). La ansiedad es inevitable en la vida y puede servir para muchas funciones positivas al motivar a la persona a tomar medidas para resolver un problema o una crisis (*Varcarolis, Carson y Shoemaker, 2005).

Clínicamente, la ansiedad y el temor pueden coexistir en una respuesta a una situación. Por ejemplo, una persona que está por someterse a una cirugía puede temer al dolor y la ansiedad por un posible cáncer. De acuerdo con Yokom (*1984), "El temor se puede disipar al retirarse de la situación, eliminar el objeto ofensivo, o por tranquilidad. La ansiedad se reduce al admitir su presencia y estar convencido de que los valores que pueden obtenerse al seguir adelante son mayores que aquellos que se pueden obtener al escapar."

NOC

Nivel de ansiedad, afrontamiento, nivel de ansiedad social, afrontamiento, autocontrol de ansiedad.

Objetivos

La persona hablará de una mayor comodidad psicológica y fisiológica, como lo demuestran los siguientes indicadores:

- Describe su propia ansiedad y los patrones de afrontamiento.
- Identifica dos estrategias para reducir la ansiedad.

NIC

Reducción de la ansiedad, Entrenamiento del control de impulsos, Orientación anticipada, Mejora calmante, Terapia de relajación.

Intervenciones

Las intervenciones de enfermería para la *Ansiedad* se pueden aplicar a cualquier persona con ansiedad, independientemente de los factores etiológicos y contribuyentes.

Ayudar a la persona a reducir el nivel actual de ansiedad

- Valorar el nivel de ansiedad: leve, moderada, grave o pánico.
  - Brindar tranquilidad y confort.
  - Permanecer con la persona.
  - Apoyar mecanismos de supervivencia actuales (p. ej., permitir a la persona hablar, llorar); no enfrentar o discutir con defensas o racionalizaciones.

- Hablar despacio y con calma.
- Ser consciente de su propia preocupación y evitar la ansiedad recíproca.
- Transmitir comprensión empática (p. ej., presencia tranquila, tacto, permitir que llore, que hable).
- Transmitir la certeza de que se puede hallar una solución.
- Recordar a la persona que los sentimientos no son perjudiciales.
- Respetar el espacio personal.

- Si la ansiedad es de nivel intenso o de pánico:
  - Asegurarse de que alguien se quede con la persona con niveles de ansiedad graves o de pánico.
  - No exigir ni pedir a la persona que tome una decisión.
  - Proporcionar un entorno tranquilo, no estimulante con una iluminación tenue.
  - Usar frases cortas y simples; hablar despacio y con calma.
  - Enfocarse en el presente.
  - Eliminar el exceso de estimulación (p. ej., lleve a la persona a una habitación más tranquila); limitar el contacto con otras personas que también están ansiosas (p. ej., otros individuos, familia).
  - Evitar sugerencias con frases como “relájese”. No dejar al individuo solo.
  - Ofrecer asistencia con todas las tareas durante los episodios agudos de disnea.
  - Durante un episodio agudo, no discutir las medidas preventivas.
  - Durante los episodios no agudos, enseñar técnicas de relajación (p. ej., cintas, imaginación guiada).
  - Consultar a un médico/enfermera avanzada/asistente médico para una posible terapia farmacológica, si está indicado.
- Si la persona está hiperventilando o experimenta disnea:
  - Mostrar las técnicas de respiración; pedir a la persona que practique la técnica con usted.
  - Reconocer el temor del individuo, y dar un refuerzo positivo por el esfuerzo.
  - Reconocer los sentimientos de impotencia.
  - Evitar sugerencias con frases como “relájese”. No dejar sola a la persona.
  - Proporcionar asistencia con todas las tareas durante los episodios agudos de disnea.
  - Durante un episodio agudo, no discutir las medidas preventivas.

- Durante los episodios no agudos, enseñar las técnicas de relajación (p. ej., grabaciones, visualización guiada).

- Si la persona está hiperventilando o experimenta disnea:
  - Pedir a la persona que respire con usted (p. ej., ritmo lento de la respiración abdominal).

Cuando disminuya la ansiedad, ayudar a la persona a identificar la ansiedad y sus causas

- Ayudar a ver que la ansiedad leve puede ser un catalizador positivo para el cambio y no se tiene que evitar.
- Solicitar la validación de su evaluación de ansiedad (p. ej., "¿Se siente incómodo en este momento?").
- Si la persona dice que sí, continuar con el proceso de aprendizaje; si la persona no puede reconocer la ansiedad, continuar con las medidas de apoyo hasta que pueda identificarlas.
- Cuando la persona pueda aprender, determinar los mecanismos de supervivencia habituales: "¿Qué suele hacer cuando se molesta?" (p. ej., leer, discutir los problemas, tomar distancias, usar sustancias, buscar apoyo social).
- Evaluar las necesidades o expectativas no satisfechas; procurar que la persona recuerde y describa qué experimentó inmediatamente antes de la sensación de ansiedad.
- Apoyar en la reevaluación de la amenaza percibida al analizar lo siguiente:
  - ¿Las expectativas eran realistas? ¿Demasiado idealistas?
  - ¿Era posible cumplir con las expectativas?
  - ¿En qué punto de la secuencia de acontecimientos fue posible el cambio?
- "Mantenerse centrado en los problemas manejables; definirlos de manera sencilla y concreta" (Varcarolis, 2011).
- Enseñar el uso de interruptores de ansiedad cuando el individuo no pueda evitar situaciones de estrés:
  - Ver hacia arriba. Bajar los hombros.
  - Controlar la respiración.
  - Pensar más despacio. Alterar la voz.
  - Dar auto-direcciones (en voz alta, si es posible).
  - Ejercicio.
  - "Quitar la cara": cambiar la expresión facial.
  - Cambio de perspectiva: Imagínese ver una situación desde la distancia (*Grainger, 1990).

Reducir o eliminar los mecanismos de afrontamiento problemáticos

- Consultar *Afrontamiento ineficaz*.

Fomentar la resiliencia

- Evitar minimizar las experiencias positivas.
- Alentar con cuidado el humor.
- Fomentar el optimismo.
- Fomentar la discusión con otras personas importantes.
- Animar a la persona a buscar consuelo espiritual a través de la religión, la naturaleza, la oración, la meditación, u otros métodos.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Recomendar a las personas identificadas con ansiedad crónica y mecanismos de afrontamiento inadecuados para el asesoramiento de salud mental en curso y el tratamiento.
- Dar instrucciones en términos comprensibles y sin tecnicismos respecto a la enfermedad y los tratamientos relacionados.
- Enseñar (o recomendar) a la persona ejercicios de reafirmación personal.
- Indicar a la persona que aumente el ejercicio y disminuya las horas frente a la televisión (consultar *Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud* para intervenciones específicas).
- Enseñar el uso de técnicas de relajación (p. ej., aromaterapia [naranja, lavanda], hidroterapia, musicoterapia, masaje).
- Explicar los beneficios del masaje de pies y reflexología (*Grealish, Lomasney y Whiteman, 2000; *Stephenson, Weinrich, y Tavakoli, 2000).
- Proporcionar los números de teléfono de emergencias para la intervención: líneas directas, la sala de emergencias psiquiátricas, y el personal de guardia, si están disponibles.

Intervenciones pediátricas

- Explicar los eventos que son fuentes de ansiedad utilizando términos sencillos, adecuados a la edad y las ilustraciones, como mario-netas, muñecas, y equipo que sirva de ejemplo.
- Permitir que el niño use ropa interior y tenga consigo juguetes u objetos que le sean conocidos.
- Ayudar al niño a lidiar con la ansiedad (Hockenberry y Wilson, 2015):
  - Establecer una relación de confianza.

- Disminuir al mínimo la separación de los padres.
- Fomentar que exprese lo que siente.
- Involucrar al niño en el juego.
- Preparar al niño para nuevas experiencias (p. ej., procedimientos de cirugía).
- Proporcionar medidas de confort.
- Permitir la regresión.
- Fomentar la participación de los padres en el cuidado.
- Aliviar la aprehensión de los padres y proporcionar información.

- Ayudar a un niño con ira.
  - Animar al niño a compartir la ira (p. ej., "¿Qué sentiste, cuando te inyectaron?").
  - Explicar al niño que está bien enojarse (p. ej., "A veces me enojo cuando no puedo tener lo que quiero").
  - Alentar y permitir que el niño exprese la ira de manera aceptable (p. ej., hablar en voz alta, correr afuera alrededor de la casa).

Intervenciones maternales

- Vigilar el embarazo en centros de atención prenatal en caso de ansiedad.
- Discutir las expectativas y preocupaciones con respecto al embarazo y la paternidad con la mujer a solas, su pareja a solas, y después juntos, si está indicado.
- Enviar con profesionales de la salud mental a las mujeres con altos niveles de ansiedad o trastornos de ansiedad clínicamente significativos y otras condiciones psiquiátricas.
- Hacer énfasis en la importancia de asistir a clases para el parto.
- Los investigadores han encontrado ciertos factores que contribuyen a una mayor ansiedad en la mujer embarazada como (Guardino y Schetter, 2014; Gurung, Dunkel-Schetter, Collins, Rini, y Hobel, 2005; *Lobel, DeVincent, Kaminer, y Meyer, 2000):
  - Aquellas más jóvenes y de mayor edad fértil.
  - Las mujeres afroamericanas y latinas en comparación con las caucásicas.
  - Aquellas que están ansiosas, en general, tienden a obtener mejores resultados en las medidas de ansiedad embarazo.
  - Las personas con bajos recursos personales (creencias generalizadas acerca de sí mismo [autoestima], el futuro de uno [optimismo disposicional], y la capacidad percibida para controlar los resultados importantes).
  - Aquellas con poca satisfacción marital y quienes reportaron un mayor apoyo social

por parte del padre del bebé.

- Las personas con mayores riesgos médicos como la diabetes mellitus y la enfermedad cardíaca.
- Aquellas que están embarazadas por primera vez.
- Aquellas cuyos partos anteriores fueron negativos o que tienen antecedentes de abortos involuntarios.

- Reconocer los tipos de ansiedad y su normalidad (Guardino y Schetter, 2014; *Lugina, Christensson, Massawe, Nystrom, y Lindmark, 2001):
  - *1 semana del posparto*: preocupada por sí misma (p. ej., se siente cansada y nerviosa por sus senos, el perineo e infecciones).
  - *1 semana del posparto*: preocupada por la salud del bebé (p. ej., los ojos del bebé, la respiración, la temperatura, la seguridad y el llanto).
  - *6 semanas después del parto*: preocupada por la reacción de la pareja con ella y el bebé.
- Ofrecer apoyo antes y después de las pruebas de diagnóstico, y explicar por qué se realiza el estudio.

Intervenciones geriátricas

- Explorar qué le preocupa a la persona (p. ej., situación financiera, seguridad, salud, organización de la vida, delincuencia, violencia).

Ansiedad ante la muerte

Definición de la NANDA-I*

Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada para la propia existencia.

Características definitorias*

Informes individuales:

Preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas significativas

Sentir impotencia ante la muerte

Temor a perder capacidades mentales

Temor del proceso de morir

Preocupación por sobrecarga del cuidador

Pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía

durante la agonía

Temor del dolor relacionado con la agonía

Temor del sufrimiento relacionado con la agonía

Tristeza profunda

Temor a una agonía prolongada

Temor a una muerte prematura

Temor a desarrollar una enfermedad terminal

Factores relacionados

Un diagnóstico de una enfermedad potencialmente terminal o una muerte inminente puede causar este diagnóstico. Otros factores pueden contribuir a la ansiedad ante la muerte.

Situacionales (personales, ambientales)

*Relacionados con discusiones sobre el tema de la muerte**

*Relacionados con la experiencia cercana a la muerte**

*Relacionados con la percepción de la inminencia de la muerte**

*Relacionados con la incertidumbre sobre el pronóstico**

*Relacionados con la anticipación del sufrimiento**

*Relacionados con la confrontación de la realidad de una enfermedad terminal**

*Relacionados con observaciones relacionadas con la muerte**

*Relacionados con anticipación del dolor**

*Relacionados con el rechazo de la propia mortalidad**

*Relacionados con la incertidumbre sobre la vida después de la muerte**

*Relacionados con la incertidumbre sobre el encuentro con un poder superior**

*Relacionados con la incertidumbre sobre la existencia de un poder superior**

*Relacionados con experimentar el proceso de la agonía**

*Relacionados con anticipar el impacto de la muerte de otros**

*Relacionados con anticipar consecuencias derivadas de la anestesia general**

Relacionados con conflictos personales con los cuidados paliativos frente a los curativos

Relacionados con conflictos con la familia sobre los cuidados paliativos frente a los curativos

Relacionados con el temor de ser una carga

Relacionados con el temor del dolor no controlable

Relacionados con el temor al abandono

Relacionados con conflictos no resueltos (familiares, amigos)

Relacionados con el temor de que la vida carezca de sentido

Relacionados con la desvinculación social

Relacionados con impotencia y vulnerabilidad

Nota de la autora

La inclusión de *Ansiedad ante la muerte* en la clasificación NANDA-I crea una categoría diagnóstica con la etiología de la etiqueta. Esto abre la lista de la NANDA-I a muchas etiquetas de diagnóstico de etiología (p. ej., ansiedad por separación, ansiedad ante un fracaso y ansiedad por un viaje). Muchas etiquetas de diagnóstico pueden tomar este mismo camino: temor como el temor claustrofóbico, diarrea, diarrea del viajero, conflicto de decisiones como conflicto de decisiones al final de la vida.

Expresamente, las situaciones al final de la vida generan múltiples respuestas en los individuos y otras personas importantes en su vida. Algunas de éstas son compartidas y esperadas por los involucrados. Las respuestas podrían describirse con un diagnóstico de síndrome como el Síndrome de final de la vida. La autora recomienda su desarrollo por las enfermeras que participan en los cuidados paliativos y los cuidados terminales.

NOC

Conclusión digna de la vida, nivel de temor, autocontrol, satisfacción individual, toma de decisiones, afrontamiento familiar, muerte tranquila, afrontamiento, gravedad del sufrimiento.

Objetivos

La persona informa sentir menos ansiedad o temor, como lo demuestran los siguientes indicadores:

- Comparte sus sentimientos con respecto a la muerte.
- Identifica las solicitudes específicas que generan una mayor tranquilidad psicológica.

NIC

Protección de los derechos del paciente al sentir menos ansiedad, apoyo familiar, atención al moribundo, mejora del afrontamiento, escucha activa, apoyo emocional, apoyo espiritual.

Intervenciones

Explorar sus propios sentimientos con respecto de su muerte o de sus seres queridos. Examinar si usted o su enfermera/colegas médicos se dedican a "Evitar la muerte" (Braun, Gordon, y Uziely, 2010)

- Braun *y cols.* (2010) hallaron que las actitudes de las enfermeras en el cuidado de los pacientes moribundos se relacionó con las actitudes personales hacia la muerte.

Quienes mostraron una actitud positiva tuvieron un mayor compromiso con las personas moribundas. Se observó un papel mediador que evita la muerte, lo que sugiere que algunos pueden utilizar la evasión para afrontar el temor a la muerte. La cultura y la religión pueden ser clave en las actitudes (la mayoría era judía).

En el caso de un individuo con diagnóstico nuevo o inicial de una condición potencialmente terminal explore sus sentimientos y niveles de ansiedad

- Permitir que la persona y la familia tengan una oportunidad por separado de discutir lo que entienden de la condición. Corrija la información errónea.
- Dar acceso a información válida respecto a la condición, opciones de tratamiento, y etapa de la condición del proveedor primario (médico, enfermera practicante).
- Asegurarse de tener una discusión sobre el pronóstico, si éste se conoce.

En el caso de la persona que experimenta una progresión de una enfermedad terminal

- Explorar con la persona si entiende su situación y lo que siente.
- Asegurarse que el médico, la enfermera especialista clínica o el asistente médico haya hablado respecto a la situación y las opciones deseadas por la persona/familia.
- Procurar que comparta su temor acerca de cómo sería su muerte y qué eventos la producirían.
- Obtener las peticiones específicas de la persona y la familia sobre la atención al final de su vida útil.
- Explicar a la familia los cambios en su ser querido que pueden ocurrir conforme se acerca la muerte (p. ej., estertor, anorexia, náuseas, debilidad, aislamiento, disminución de la perfusión en las extremidades) (Yarbro, Wujcik, y Gobel, 2013).
- Animar a la persona a reconstruir su visión del mundo:
  - Permitir que el individuo verbalice sus sentimientos sobre el significado de la muerte.
  - Informar a la persona que no hay sentimientos buenos y malos.
  - Informar a la persona que él/ella elige las respuestas.
  - Reconocer su lucha.
  - Fomentar el diálogo con un mentor espiritual o un amigo cercano.
- Permitir que otras personas importantes en su vida tengan la oportunidad de compartir lo que perciben o les preocupa. Coménteles que se espera que estén tristes y es normal.
- Discutir el valor de conversaciones sinceras (p. ej., dolor, errores, desacuerdos).
- Si corresponde, ofrezca a la persona ayudarle a ponerse en contacto con otras personas para resolver conflictos (viejos o nuevos) verbalmente o por escrito. Confirmar a la persona que el perdón no es buscar una reconciliación, “más bien es dejar ir una

herida" (Yakimo, 2008).

- Revisar lo que ha significado su vida.
- Reflexionar sobre hacer una revisión de la vida y la tristeza por evitar pérdidas.
- Animar a otras personas importantes que permitan hacer una revisión de su vida y la tristeza y no intentar animarle.
- Respetar los deseos de la persona moribunda (p. ej., pocos o ningún visitante, modificaciones en la atención, no tomar medidas extraordinarias, preferencias sobre los alimentos o líquidos). Apoyar activamente las peticiones de la persona sobre los deseos de la familia.
- Iniciar referencias y enseñanza médica como se indica para explicar los cuidados paliativos:
  - El hospicio tiene designados en el programa enfermeras, servicios sociales, médicos y de enfermería especializados.
  - El hospicio proporciona los cuidados paliativos en los hogares y centros de atención de la salud.
  - Consulte los recursos educativos (p. ej., National Hospice and Palliative Care Organization, www.nhpco.org).

RIESGO DE SANGRADO

Véase también *Riesgo de complicaciones de sangrado* en la sección 3.

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo*

Aneurisma

Circuncisión

Conocimiento deficiente

Coagulopatía intravascular diseminada

Historial de caídas

Trastornos gastrointestinales (p. ej., úlceras, pólipos, varices)

Deterioro de la función hepática (p. ej., cirrosis, hepatitis)

Coagulopatías esenciales (p. ej., trombocitopenia)

Complicaciones posparto (p. ej., atonía uterina, retención de la placenta)

Complicaciones del embarazo (p. ej., placenta previa, embarazo molar,

- placenta abruptio [desprendimiento prematuro de placenta], embarazo múltiple)
- Traumatismo
- Efectos secundarios relacionados (p. ej., cirugía, medicamentos, administración de productos de sangre deficientes, quimioterapia)

Nota de la autora

Este diagnóstico de NANDA-I representa varios problemas de colaboración.

Objetivos/intervenciones

Consultar en la Sección 3 los problemas de colaboración específicos como *Riesgo de complicaciones de hipovolemia, Riesgo de complicaciones de sangrado, Riesgo de complicaciones de sangrado GI, Riesgo de complicaciones de sangrado prenatal, Riesgo de complicaciones de hemorragia posparto, o Riesgo de complicaciones de efectos adversos a la terapia con anticoagulantes*.

RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE

Véase también *Riesgo de complicaciones de hipo/hiperglucemia* en la sección 3, Problemas de colaboración.

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a variaciones en la glucosa/azúcar de la sangre respecto al rango normal, que pueden poner en peligro la salud.

Factores de riesgo*

- Conocimiento insuficiente sobre el manejo de la diabetes (p. ej., plan de acción)
- Nivel de desarrollo
- Ingesta de alimentos
- Vigilancia inadecuada de la glucosa en la sangre
- Nivel de actividad física
- Estado de salud física
- Embarazo
- Períodos de crecimiento rápido
- Estrés excesivo

No aceptación del diagnóstico

No adherencia al plan terapéutico de la diabetes (p. ej., adherirse al plan de acción)

Falta de manejo de la diabetes (p. ej., plan de acción)

Manejo de los medicamentos

Aumento de peso

Pérdida de peso

Nota de la autora

Este diagnóstico enfermero representa una situación que requiere la intervención de colaboración con medicamento. Más bien, la autora recomienda que se utilice el problema de colaboración *Riesgo de complicaciones de hipo/hiperglucemia*. Los estudiantes deben asesorarse en su facultad si se debe utilizar *Riesgo de nivel glucémico inestable* o *Riesgo de complicaciones de hipo/hiperglucemia*. Consulte en thePoint las intervenciones para estos diagnósticos específicos. Además, el diagnóstico enfermero *Manejo ineficaz de autocuidado* se refiere a la falta de conocimientos del control de azúcar en la sangre, los requisitos dietéticos de la diabetes mellitus, la necesidad de ejercicio y la prevención de complicaciones y el riesgo de infección. Consulte en *Manejo ineficaz de autocuidado* para más información.

INCONTINENCIA FECAL

Definición de la NANDA-I*

Cambio en los hábitos de eliminación fecal normales que se caracterizan por la eliminación involuntaria de heces.

Características definitorias*

Paso constante de heces blandas

Goteo constante de heces blandas

Olor fecal

Manchas fecales en la ropa de cama

Manchas fecales en la ropa

Incapacidad para retrasar la defecación

Urgencia intestinal

Incapacidad para reconocer la repleción rectal

No reconoce la urgencia para defecar

Sin atención a la urgencia de defecar

Incapacidad para eliminar las heces formadas a pesar de reconocer la repleción rectal

Piel perianal enrojecida

Autoinforme de incapacidad para reconocer la distensión rectal

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con alteraciones del esfínter rectal secundario a:

- Cirugía anal o rectal
- Lesión anal o rectal
- Lesiones por procedimientos obstétricos
- Neuropatía periférica

Relacionado a sobredistensión del recto secundaria a estreñimiento crónico

Relacionado a la pérdida de control del esfínter rectal secundario a:*

- Desorden neuromuscular progresivo
- Compresión de la médula espinal
- Accidente cerebrovascular
- Lesión de la médula espinal
- Esclerosis múltiple

Relacionado con la alteración de la capacidad del reservorio secundario a:*

- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Isquemia rectal crónica

Relacionados con el tratamiento

Relacionado con la alteración de la capacidad del depósito secundario a:*

- Colectomía
- Proctitis por radiación

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con la incapacidad de reconocer, interpretar o responder a las señales rectales secundarias a:

- Depresión
- Deterioro cognitivo*

Nota de la autora

Este diagnóstico representa una situación en la cual las enfermeras tienen múltiples responsabilidades. Las personas que experimentan incontinencia fecal tienen diferentes respuestas que alteran el funcionamiento, como la vergüenza y problemas de la piel relacionados con la naturaleza irritativa de las heces en la piel.

En el caso de algunas personas con lesiones medulares, la *Incontinencia fecal* relacionada con la falta de control voluntario sobre el esfínter rectal sería descriptiva.

NOC

Continencia fecal, Integridad tisular.

Objetivos

El individuo evacuará heces blandas formadas cada dos o tres días:

- Relacionar las técnicas de eliminación intestinal.
- Describir los requerimientos de líquidos y dieta.

NIC

Atención a la incontinencia fecal, entrenamiento intestinal, manejo intestinal y vigilancia de la piel.

Intervenciones

Evaluar los factores que contribuyen

- Consultar los factores relacionados.

Evaluar la capacidad de la persona de participar en la continencia fecal

- Capacidad para llegar al inodoro.
- Control de esfínter rectal.
- Sensibilidad anorrectal intacta.
- Orientación y motivación.

Proyectar un horario constante, adecuado para la eliminación

- Implantar un programa de evacuación intestinal diario durante 5 días o hasta que se desarrolle un patrón, después continuar con un programa en días alternos (mañana o tarde).
- Proporcionar intimidad y un ambiente sin estrés.
- Brindar tranquilidad y proteger de la vergüenza al establecer el programa de evacuación intestinal.
- Implementar un programa de evacuación intestinal inducida.

Enseñar técnicas de eliminación intestinal eficaces

- Colocar a una persona con capacidad funcional en posición erguida o sentada. Si no es capaz funcionalmente (p. ej., tetrapléjico), colocar a la persona en posición decúbito lateral izquierdo.
- En el caso de una persona funcionalmente capaz, utilizar dispositivos de apoyo (p. ej., estimulador anal en forma de palillo, estimulador digital, asiento del inodoro elevado, lubricante, guantes), según proceda.
- En el caso de una persona con deterioro de la movilidad de las extremidades superiores y la disminución de la función de los músculos abdominales, enseñar técnicas de facilitación para la eliminación fecal, según proceda:

- Masaje abdominal.
- Flexionar hacia delante.
- Ejercicios del piso pélvico.
- Sentadillas.
- Maniobra de Valsalva.

- Llevar un registro de las evacuaciones o una hoja de flujo del programa de evacuación intestinal que incluye el tiempo, características de las heces, los métodos de ayuda utilizados y el número de deposiciones involuntarias, en caso que existan.

Explicar los requisitos de líquidos y de dieta para tener buen peristaltismo

- Asegurarse de que la persona beba de 8 a 10 vasos de agua al día.
- Diseñar una dieta alta en fibra y volumen. Consultar en *Estreñimiento* para obtener instrucciones específicas de la dieta.
- Enseñar a la persona acerca de la cafeína y explicar por qué se debe evitar.

Explicar los efectos de la actividad en el peristaltismo

- Ayudar en la determinación de los ejercicios adecuados para la capacidad funcional de la persona.

Comenzar lecciones de educación para la salud y hacer recomendaciones según se indique

- Explicar los peligros de usar ablandadores de heces, laxantes, supositorios y enemas.
- Explicar los signos y síntomas de la impactación fecal y el estreñimiento. Consultar *Disreflexia autónoma* para obtener información adicional.
- Iniciar la enseñanza de un programa de evacuación intestinal antes del alta. Si la persona es capaz funcionalmente, fomentar la independencia con el programa de evacuación intestinal; de lo contrario, incorporar dispositivos de ayuda o cuidado de asistentes, según sea necesario.
- Explicar los efectos de las heces en la piel y las formas de proteger la piel. Consultar *Diarrea* para las intervenciones.

LACTANCIA MATERNA INEFICAZ

Definición de la NANDA-I*

Dificultad en el suministro de leche a un bebé o un niño directamente de los pechos, lo cual puede afectar al estado nutricional del lactante/niño.

Características definitorias

Proceso de amamantamiento insatisfactorio*

Percepción de suministro de leche insuficiente*

Incapacidad del lactante de cogerse correctamente del pecho

Signos evidentes de ingesta infantil inadecuada,* incremento insuficiente del peso del lactante, nulo o escaso

Signos insuficientes de liberación de oxitocina*

Oportunidad no mantenida o insuficiente de succión de pecho

Persistencia de úlceras en el pezón después de la primera semana de lactancia

Agitación del lactante en la hora posterior a la toma;* insensible a otras medidas de comodidad.*

Arqueamiento del lactante al ponerlo a mamar, resistencia del lactante a cogerse al pecho*

Factores relacionados

(Evans, Marinelli, Taylor y ABM, 2014)

Fisiológicos

Relacionados con la dificultad del lactante para cogerse o succionar secundario a:*

Reflejo de succión débil del lactante*

Prematuridad,* pretérmino tardío

Bajo peso al nacer

Niño soñoliento

Anomalía anatómica oral (labio leporino/paladar hendido, frenillo apretado, microglosia)

Problemas médicos infantiles (hipoglucemia, ictericia, infección, insuficiencia respiratoria)

Cirugía mamaria previa*

Pezones planos, invertidos o muy grandes

Dolor en la madre

Pezones irritados extremada o previamente

Absceso mamario anterior

Reflejo succión débil para que salga la leche

Falta de crecimiento de las mamas durante la pubertad y el embarazo

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados a la fatiga materna

Relacionados a complicaciones en el periparto

*Relacionados con la ansiedad materna**

*Relacionados con la ambivalencia materna**

Relacionados con el parto múltiple

Relacionados a la ingesta nutricional inapropiada

Relacionados con el consumo inapropiado de líquidos

Relacionados con antecedentes de lactancia materna sin éxito

Relacionados con falta de apoyo de la pareja o la familia

*Relacionados con déficit de conocimientos**

Relacionados con la interrupción de la lactancia materna secundaria a enfermedad de la madre o del lactante*

Relacionados con el horario de trabajo o dificultades en el ambiente laboral (o ambos)

Relacionados con alimentación suplementaria del lactante mediante un biberón

Relacionados con medicamentos de la madre (Hale, 2010)

Nota de la autora

En el manejo de la lactancia materna, las enfermeras se esfuerzan por reducir o eliminar los factores que contribuyen a la *Lactancia materna ineficaz* o factores que pueden aumentar la vulnerabilidad de un problema mediante el diagnóstico *Riesgo de lactancia materna ineficaz*.

En la fase aguda después del parto, habrá transcurrido poco tiempo para que la enfermera llegue a la conclusión de que no hay problemas en la lactancia materna, a menos que la madre tenga experiencia. En muchas díadas madre-hijo, el *Riesgo de lactancia materna ineficaz relacionado con la falta de experiencia con el proceso de la lactancia materna* representaría un enfoque de enfermería en la prevención de problemas en la lactancia materna. El *Riesgo* no se indicaría para todas las madres.

NOC

Establecimiento de la lactancia materna: lactante, establecimiento de la lactancia materna: madre, manejo de la lactancia, conocimiento: lactancia materna, estado nutricional del lactante, nivel de fatiga.

Objetivos

Madre

La madre informará la confianza al establecer una lactancia materna satisfactoria y eficaz.

La madre demostrará una lactancia efectiva de forma independiente.

Indicadores

- Identificar los factores que impiden la lactancia materna.
- Identificar los factores que promueven la lactancia materna.
- Demostrar un posicionamiento eficaz.

Lactante

El lactante mostrará signos de ingesta adecuada, como lo demuestran estos indicadores: pañales mojados, aumento de peso, relajado, alimentación.

NIC

Asistencia en la lactancia materna, asesoría en la lactancia materna, apoyo emocional.

Intervenciones

(Amir y ABM, 2014; Arizona Department of Health Services [AZDHS], 2012; Evans *y cols.*, 2014; Lawrence y Lawrence, 2010)

Evaluar los factores causales y contribuyentes

- Falta de conocimiento.
- La falta de modelo o apoyo (pareja, médico, familia).
- Incomodidad.
- Fugas de leche por congestión o producción excesiva.
- Congestión.
- Dolor en el pezón.
- Vergüenza.
- Actitudes y conceptos erróneos de la madre.
- Presión social en contra de la lactancia materna.
- Cambio en la imagen corporal.
- Cambio en la sexualidad.
- Sentimiento de estar atada.
- Estrés.

- Falta de convencimiento respecto a la decisión de amamantar.
- Lactante que no responde, soñoliento.
- Lactante con hiperbilirrubinemia.
- Fatiga.
- Separación del lactante (bebé prematuro o enfermo, madre enferma).
- Conflictos en el lugar de trabajo.

Promover el diálogo abierto

- Evaluar el conocimiento.
  - ¿La mujer asistió a clases de lactancia materna?
  - ¿La mujer asistió a un grupo de apoyo para la lactancia materna antes del nacimiento?
  - ¿Ha leído algo sobre el tema?
  - ¿Tiene amigas que están amamantando a sus bebés?
  - ¿Su madre la amamantó?
- Explicar los mitos y conceptos erróneos. Pedir a la madre que enumere las dificultades previstas. Los mitos comunes incluyen los siguientes:
  - Mis pechos son demasiado pequeños.
  - Mis pechos son demasiado grandes.
  - Mi madre no podía amamantar.
  - ¿Cómo puedo saber si mi leche es buena?
  - ¿Cómo sé que el bebé está recibiendo suficiente?
  - El bebé sabrá que estoy nerviosa.
  - Tengo que volver al trabajo, ¿cuál es el punto de la lactancia materna durante un corto tiempo?
  - Nunca tendré libertad.
  - La lactancia materna causará que mis senos se caigan.
  - Mis pezones están invertidos así que no puedo amamantar.
  - A mi pareja ya no le van a gustar mis pechos.
  - Tendré que continuar gorda, si amamanto.
  - No puedo amamantar, si tengo una cesárea.
  - No puedo quedar embarazada durante la lactancia.

- Basarse en los conocimiento de la madre.
  - Aclarar los conceptos erróneos.
  - Explicar el proceso de la lactancia materna.
  - Ofrecer literatura.
  - Mostrar un video.
  - Analizar las ventajas y desventajas.
  - Reunir a las madres en período de lactancia para que hablen sobre la lactancia materna y sus preocupaciones.
  - Hablar de las contraindicaciones para la lactancia materna.
- Apoyar la decisión de la madre para amamantar o alimentar con biberón.

Ayudar a la madre durante las primeras alimentaciones

- Promover la relajación.
  - Colocar cómodamente con almohadas (en especial las madres con cesárea). El uso de las almohadas de apoyo para la lactancia también fomentará la comodidad de acercar al lactante para alimentarlo.
  - Usar un banquito o un directorio telefónico para levantar las rodillas mientras está sentada.
  - Utilizar técnicas de relajación para respirar. Fomentar la relajación y extender los hombros y desplazar abajo para favorecer la oxigenación y el flujo sanguíneo en el tejido mamario (fisioterapia).
- Demostrar las diferentes posiciones y reflejo de búsqueda.
  - Sentada.
  - Acostada.
  - Balón de fútbol.
  - Piel con piel.
- Indicar a la madre que coloque una mano de apoyo en la parte inferior del bebé y gire el cuerpo hacia ella (promueve la seguridad en el lactante).
- Mostrar a la madre como puede ayudar al bebé a prenderse al pecho. Señalar que mire que la nariz y el mentón del bebé estén en su pecho y comprima el pecho con el pulgar y el dedo medio detrás de estos puntos de contacto.
- Piel con piel.
  - Se ha demostrado que el uso del contacto piel con piel durante al menos 60 minutos por sesión 1 a 2 veces por día hace bajar la leche materna un promedio de 18 horas

más rápido.

- La técnica piel con piel permite que se regulen los signos vitales del lactante.
- Permite al lactante ser colonizado por bacterias benéficas de la madre.
- Los lactantes llorarán menos; los senos se calentarán o enfriarán dependiendo de las necesidades de la temperatura corporal del bebé.

Promover la lactancia materna exitosa

- Recomendar a la madre que aumente de manera gradual los horarios de alimentación.
  - Permitir que el lactante termine con el primer pecho antes de pasar al segundo.
  - Permitir que el lactante tenga un acceso sin restricciones, ilimitado a la mama.
  - El tiempo promedio de alimentación puede ser de 5 a 45 minutos por cada lado (*Walker, 2006).
- Instruir a la madre para que ofrezca ambos pechos en cada alimentación.
- Hablar sobre el eructo.
  - Informar a la madre que eructar puede ser innecesario con los niños amamantados, pero que siempre debe intentarse.
  - Si el lactante impresiona estar satisfecho entre un pecho y otro, la madre debe intentar que el lactante eructe y luego continuar con la alimentación.

Proporcionar apoyo de seguimiento durante la hospitalización

- Durante la estancia en el hospital, desarrollar un plan de atención para que otros miembros del equipo de salud estén conscientes de los problemas o necesidades. Indicar a la madre que sea flexible ya que el plan de atención puede cambiar a lo largo del día y durante los próximos días y semanas conforme cambie el comportamiento de alimentación del lactante.
- Permitir la flexibilidad en el horario de alimentación; evitar la programación de la alimentación. Procurar que sean de 10 a 12 tomas cada 24 horas según el tamaño y necesidad del lactante (las tomas frecuentes ayudan a prevenir o reducir la congestión mamaria). La lactancia a demanda ayudará a aumentar la producción de leche. Permitir que el lactante tenga acceso ilimitado, sin restricciones a los senos.
- Asegurarse que la madre tenga recursos para la asistencia de lactancia materna al salir del hospital.
- El calor y el masaje antes de cada comida, durante la fase de congestión ayudarán a reducir la congestión dolorosa (AZDHS, 2010).

Enseñar formas de control de problemas de enfermería específicos (tal vez necesite la asistencia de un especialista en lactancia materna)

- Congestión.

- Dolor en los pezones.
- Para el estancamiento, la mastitis.
  - Si siente dolor o está sensible un área de la mama, aplicar calor húmedo antes de cada sesión de lactancia.
  - Masajear suavemente el pecho desde la base hacia el pezón antes de comenzar a amamantar y durante la alimentación.
  - Amamantar con frecuencia y cambiar al lactante de posición durante la alimentación.
  - Descansar con frecuencia.
  - Vigilar y enseñar a la madre los signos y síntomas de la mastitis: escalofríos, dolor de cuerpo, fatiga y fiebre de más de 38 °C.
  - Consultar con el obstetra si el área dolorosa está acompañada de signos y síntomas de la mastitis que no se resuelven en 24 a 48 horas. Observar si hay signos de absceso.

Ayudar a la familia con lo siguiente

- Reacción del hermano.
  - Explorar los sentimientos y la anticipación de problemas. Un niño mayor puede estar celoso del contacto con el bebé. La madre puede utilizar este tiempo para leer al niño mayor.
  - Es posible que el niño mayor quiera que lo amamante. Dejar que lo intente; por lo general, no le va a gustar.
  - Hacer énfasis en los atributos del niño mayor: la libertad, el movimiento y las opciones.
- La fatiga y el estrés.
  - Animar a la madre a limitar las visitas durante las primeras 2 semanas para permitir la unión y el aprendizaje sobre la lactancia para la madre y el bebé.
  - Enfatizar que la madre necesitará apoyo y asistencia durante las primeras 4 semanas. Alentar a la persona de apoyo a ayudar tanto como sea posible.

Iniciar las referencias, como se indica

- Consultar al especialista en lactancia si así se indica.
  - Falta de confianza.
  - Ambivalencia.
  - Problemas con el lactante para prenderse y succionar.
  - Baja de peso o falta de micción del lactante.

- Dificultades en el lugar de trabajo.
- Dolor prolongado.
- Puntos calientes, sensibles en los senos.

- Remitir a la Liga La Leche u otras dependencias de la comunidad.
- Consultar al instructor de parto y a las integrantes de la clase de parto.
- Consultar a otras madres que amamantan.

INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Definición de la NANDA-I*

Interrupción en la continuidad de suministro de leche a un bebé o un niño directamente de las mamas, la cual puede comprometer el éxito de la lactancia y/o el estado nutricional del lactante/niño.

Características definitorias*

El lactante no recibe ningún alimento del pecho en alguna o todas las alimentaciones

Deseo de la madre de proporcionar leche materna para las necesidades nutricionales del niño

Deseo de la madre de mantener la lactancia materna para las necesidades nutricionales del niño

Factores relacionados*

Enfermedad de la madre o del lactante

Prematuridad

Empleo de la madre

Contraindicaciones (p. ej., medicamentos, leche materna, ictericia)

Necesidad de destetar bruscamente al niño

Nota de la autora

Este diagnóstico representa una situación, mas no una respuesta. Las inter-venciones de enfermería en la lactancia materna no tratan la interrupción sino sus efectos. Cuando la situación interrumpe la lactancia materna, las respuestas pueden variar. Por ejemplo, si continúa con la lactancia materna o se contraindica el uso de un extractor de leche, la enfermera se centra en la pérdida de esta experiencia de la lactancia materna utilizando el diagnóstico enfermero *Aflicción*.

Si la lactancia materna continúa con la expresión y el almacenamiento de la leche materna, la enseñanza, y el apoyo, el diagnóstico será *Riesgo de lactancia materna ineficaz relacionada con problemas de continuidad secundarias a (especificar)* (p. ej., el empleo materno). Si se observan dificultades, el diagnóstico sería *Lactancia materna ineficaz relacionada con una interrupción secundaria a (especificar) y la falta de conocimiento*.

LECHE MATERNA INSUFICIENTE

Definición de la NANDA-I*

Baja producción de leche materna.

Características definitorias*

Lactante

- Estreñimiento
- Parece insatisfecho después de mamar
- Llanto frecuente
- Micciones de pequeña cantidad de orina concentrada (menos de 4 a 6 veces al día)
- Tiempo de amamantamiento prolongado
- Con frecuencia trata de mamar del seno materno
- Se niega a mamar del seno materno
- La ganancia de peso es < 500 g en un mes (comparando dos mediciones)

Factores relacionados

Lactante

- Enganche ineficaz al amamantamiento
- Rechaza el pecho
- Reflejo de succión ineficaz
- Tiempo de amamantamiento insuficiente
- Insuficiente oportunidad de succionar los pechos

Madre

- Consumo de alcohol
- Efectos secundarios de medicamentos (p. ej., anticonceptivos, diuréticos)
- Desnutrición
- Embarazo
- Volumen de líquidos insuficiente (p. ej., deshidratación, hemorragia)
- Educación insuficiente

Tabaquismo

Nota de la autora

En el manejo de la lactancia materna, las enfermeras buscan reducir o eliminar los factores que contribuyen a la *Lactancia materna ineficaz* o los factores que pueden aumentar la vulnerabilidad de un problema utilizando el diagnóstico *Riesgo de una lactancia materna ineficaz*.

En el entorno agudo después del parto, transcurre muy poco tiempo antes de que la enfermera concluya que no hay problemas en la lactancia materna, a menos que la madre tenga experiencia. En muchas díadas madre-lactante, el *Riesgo de una lactancia materna ineficaz relacionado con la inexperiencia con el proceso de lactancia materna* representaría un enfoque en la enfermería en la prevención de problemas durante la lactancia materna. El riesgo no estaría indicado para todas las madres sin experiencia.

Leche materna insuficiente es un nuevo diagnóstico aceptado por la NANDA-I que describe un diagnóstico más específico dentro de la *Lactancia materna ineficaz*. Cuando puede identificarse esta etiología específica con la *Lactancia materna ineficaz*, la enfermera puede utilizar cualquiera de los dos diagnósticos.

Objetivos/Intervenciones

Véase *Lactancia materna ineficaz*.

DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO

Véase también *Riesgo de complicaciones de la disminución del gasto cardíaco* en la sección 3.

Definición de la NANDA-I*

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 (p. ej., arritmias, bradicardia, cambios en el ECG, palpitaciones, taquicardia)

Alteración de la precarga (p. ej., edema, disminución de la presión venosa central, disminución de la presión de enclavamiento de la arteria pulmonar [PEAP])

Alteración de la contractilidad

Alteración de la poscarga

Conductuales/emocionales (ansiedad, agitación)

Factores relacionados*

Alteración de la frecuencia cardíaca	Alteración de la poscarga
Alteración del ritmo	Alteración de la contractilidad
Alteración del volumen sistólico	Alteración de la precarga

Nota de la autora

Este diagnóstico enfermero representa una situación en la cual las enfermeras tienen múltiples responsabilidades. Las personas que tienen una disminución del gasto cardíaco pueden presentar varias respuestas que alteran el funcionamiento (p. ej., intolerancia a la actividad, alteración del sueño-descanso, ansiedad, temor). O pueden estar en riesgo de desarrollar complicaciones fisiológicas como disritmias, shock cardiogénico e insuficiencia cardíaca congestiva.

Cuando se utiliza clínicamente la *Disminución del gasto cardíaco*, los objetivos asociados por lo general se anotan de la siguiente manera:

- Presión arterial sistólica mayor a 100 mm Hg.
- Producción de orina mayor a 30 ml/hora.
- Gasto cardíaco mayor a 5.0 L/minuto.
- Frecuencia y ritmo cardíacos dentro de los límites normales.

Estos objetivos no representan los parámetros para evaluar la atención de enfermería, sino para evaluar la condición de la persona. Debido a que se vigilan los criterios que utiliza la enfermera para guiar la implementación de las intervenciones prescritas por la enfermera y las prescritas por el médico, los estudiantes consultan con la facultad para determinar el diagnóstico que se va a utilizar: *Disminución del gasto cardíaco* o *Riesgo de complicaciones por la disminución del gasto cardíaco*. Refiérase a *Intolerancia a la actividad relacionada con falta de conocimientos de las técnicas de adaptación necesarias secundarias a un deterioro de la función cardíaca* y *RC de disfunción cardíaca/vascular* en la Sección 3.

CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR

Cansancio del rol de cuidador

Riesgo de cansancio del rol de cuidador

Definición

Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas. (NANDA-I).

Un estado en el cual la persona experimenta cargas física, emocional, social y/o financiera en el proceso de proporcionar cuidado a una persona cercana.[3]

Características definitorias

Expresadas u observadas

Tiempo o energía física insuficiente

Dificultad del cuidador para realizar actividades requeridas

Conflicto entre las responsabilidades del cuidador y otros roles importantes (p. ej., trabajo, relaciones)

Preocupación acerca de la salud futura de quien recibe los cuidados y la capacidad para proporcionar cuidado

Preocupación acerca de la salud de quien recibe los cuidados cuando el cuidador está enfermo o finado

Sentimientos de depresión o enojo

Sentimientos de agotamiento y resentimiento

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con requisitos de cuidado continuos o complejos secundarios a:

- Adicción*
- Enfermedad mental crónica
- Problemas cognitivos*
- Trastornos debilitantes (agudos, progresivos)
- Discapacidad
- Demencia progresiva
- Trayectoria impredecible de la enfermedad*

Relacionados con el tratamiento

*Relacionados con las responsabilidades de la atención las 24 horas**

Relacionados con el tiempo que consumen las actividades (p. ej., diálisis, transporte)

*Relacionados con la complejidad en las actividades**

*Relacionados con incremento en la necesidad de cuidados**

Situacionales (personales, ambientales)

*Relacionados con la duración de la prestación del cuidado**

*Relacionados con lo impredecible de la situación de cuidados o la trayectoria del trastorno**

*Relacionados con el apoyo informal insuficiente**

*Relacionados con expectativas irreales del cuidador, del receptor del cuidado, de sí mismo o de otros**

*Relacionados con el patrón de afrontamiento individual disfuncional (p. ej., abuso, violencia, adicciones)**

*Relacionados con el compromiso de la salud física o mental del cuidador**

*Relacionados con antecedentes de una relación deficiente o familia disfuncional**

*Relacionados con antecedentes de afrontamiento familiar marginal**

Relacionados con la duración de la prestación del cuidado requerido

Relacionados con aislamiento

*Relacionados con descanso insuficiente**

Relacionados con recursos financieros insuficientes

*Relacionados con recursos insuficientes de la comunidad**

Relacionados con apoyo nulo o no disponible

Relacionados con recursos insuficientes

*Relacionados con inexperiencia en la provisión de cuidados**

*Relacionados con conocimientos insuficientes sobre los recursos comunitarios**

De maduración

Lactante, niño y adolescente

Relacionados con las constantes necesidades de atención secundarias a:

Retraso en el desarrollo

Discapacidades mentales (especificar)

Discapacidades físicas (especificar)

Nota de la autora

"Las políticas de atención de la salud que dependen del sacrificio del cuidador pueden parecer redituables sólo si se ignoran los costos emocionales, sociales, físicos y

financieros en los que incurre el cuidador" (*Winslow y Carter, 1999, p. 285). Los cuidadores familiares a nivel mundial ofrecen la mejor atención a personas dependientes de todas las edades ya sea en países en desarrollo o desarrollados (AARP, 2009). Quienes reciben la atención tienen discapacidades físicas y/o mentales temporales o permanentes. Algunas discapacidades son permanentes aunque estables (como la ceguera), mientras que otras tienen un deterioro progresivo (p. ej., la enfermedad de Alzheimer).

La atención y cuidado de una persona son intrínsecos a todas las relaciones cercanas. Se "encuentran en el contexto de las funciones establecidas de esposa-esposo, hijo-padre" (*Pearlin, Mullan, Semple, y Skaff, 1990, p. 583). Bajo algunas circunstancias, cuidar de alguien "se transforma del intercambio ordinario de asistencia entre las personas que tienen una relación cercana entre sí en una carga extraordinaria con distribución desigual" (*Pearlin *y cols.,* 1990, p. 583). Se convierte en un componente predominante, que abarca toda la situación (*Pearlin *y cols.,* 1990).

El *Cansancio del rol de cuidador* representa la carga de cuidar en la salud física y emocional de los cuidadores y sus efectos en la familia y el sistema social del cuidador y de quien recibe el cuidado. El *Riesgo de cansancio del rol de cuidador* puede ser un diagnóstico enfermero muy significativo porque las enfermeras pueden identificar a aquellos con alto riesgo y ayudarles a prevenir esta difícil situación.

La aflicción crónica se ha relacionado con los cuidadores de personas con enfermedad mental y niños con una enfermedad crónica. Véase *Aflicción crónica* para más información.

NOC

Bienestar del cuidador, alteración del estilo de vida del cuidador, salud emocional del cuidador, resistencia potencial del rol del cuidador, afrontamiento familiar, integridad familiar.

Objetivos

- Compartir frustaciones respecto a las responsabilidades de cuidar de una persona.
- Identificar una fuente de apoyo.
- Identificar dos cambios que, de implementarse, mejorarían la vida cotidiana.

La familia establecerá un plan de apoyo o ayuda semanal:

- Relacionar dos estrategias para aumentar el apoyo.
- Transmitir empatía al cuidador respecto a las responsabilidades diarias.

NIC

Apoyo del cuidador, atención de relevo, mejora del afrontamiento, movilización de la familia, establecimiento de objetivos mutuos, mejora del sistema de apoyo, orientación anticipada.

Intervenciones

Evaluar los factores causales o contribuyentes

- Véanse los Factores relacionados.

Brindar empatía y fomentar un sentido de competencia

- Permitir al cuidador que comparta sus sentimientos.
- Enfatizar las dificultades de las responsabilidades de la prestación de los cuidados.
- Transmitir admiración de la competencia del cuidador.
- Evaluar los efectos de la prestación de los cuidados de manera periódica (depresión, agotamiento).

Promover la apreciación objetiva de la situación

- Determinar la duración de la prestación de los cuidados (Winslow y Carter, 1999).
- Pedir al cuidador que describa su vida futura en 3 meses, 6 meses y 1 año.
- Hablar acerca de los efectos de la programación actual y las responsabilidades en la salud física, el estado emocional y las relaciones.
- Analizar los resultados positivos de las responsabilidades de la prestación de los cuidados (para sí mismo, quien recibe la atención, la familia).
- Evaluar si empeora el comportamiento.

Propiciar la comprensión de la situación

- Solicitar al cuidador que describa "un día normal":
  - La prestación de los cuidados y las tareas domésticas.
  - El trabajo fuera del hogar.
  - Responsabilidades del rol.
- Pedir al cuidador que describa:
  - Las actividades de ocio en el hogar (diarias, semanales).
  - Actividades sociales fuera del hogar (semanal).
- Involucrar a otros integrantes de la familia en la conversación, según sea el caso.
- Advertir al cuidador sobre el peligro de considerar a quienes ayudan como menos competentes o menos esenciales.
- Explicar que la demencia provoca pérdida de memoria, lo que resulta en (Miller *y cols.,* 2001):
  - Preguntas repetitivas.
  - Negación de la pérdida de memoria.

- Olvido.
- Fluctuaciones en la memoria.

Ayudar a que la persona identifique las actividades para las que desea asistencia

- Necesidades de quien recibe la atención (higiene, alimentación, tratamientos, movilidad; refiérase a *Déficit del autocuidado*).
  - Lavandería.
  - Limpieza de la casa.
  - Comidas.
  - Ir de compras, mandados.
  - Transporte.
  - Citas (médico, peluquería).
  - Trabajar en el jardín.
  - Reparaciones de la casa.
  - Atención de relevo (horas por semana).
  - Administración del dinero.

Subrayar la importancia de fomentar la salud

- Equilibrio entre descanso y ejercicio.
- Manejo eficaz del estrés (p. ej., yoga, ejercicios de relajación, manualidades creativas).
- Dieta baja en grasas, alta en carbohidratos complejos.
- Redes sociales de apoyo.
- Prácticas de detección adecuadas para la edad.
- Mantener un buen sentido del humor; asociarse con otros que ríen.
- Recomendar a los cuidadores que inicien los contactos telefónicos o visitas con amigos o familiares en lugar de esperar que ellos lo hagan.

Involucrar a la familia para evaluar la situación (aparte del cuidador) (*Shields, 1992)

- Permitir que la familia comparta sus frustraciones.
- Compartir la necesidad del cuidador de sentirse valorado.
- Mencionar la importancia de reconocer con regularidad la carga de la situación para el cuidador.
- Hablar acerca de los beneficios de escuchar sin dar consejos.

- Diferenciar los tipos de apoyo social (emocional, de valoración, informativo, instrumental).
- Hacer hincapié en la importancia del apoyo emocional y de valoración, e identificar las fuentes de este apoyo.
- Llamadas telefónicas regulares.
- Tarjetas, cartas.
- Visitas.
- Enfatizar en "que en muchas situaciones, no hay problemas por resolver, sólo el dolor por compartir" (*Shields, 1992).
- Mencionar la necesidad de dar al cuidador "permiso" para divertirse (p. ej., vacaciones, viajes de un día).
- Permitir a los cuidadores la oportunidad de responder a "¿Cómo le puedo ayudar?"

Ayudar con el acceso al apoyo informativo e instrumental

- Proporcionar la información necesaria para las estrategias de solución de problemas.
- Proporcionar la información necesaria para el desarrollo de habilidades.

Juego de roles sobre cómo solicitar ayuda con las actividades

- Por ejemplo: "Esta semana tengo tres citas, ¿me podría llevar a una?" "Podría cuidar a sus hijos 1 o 2 veces a la semana a cambio de que cuide a mi esposo."
- Identificar todas las posibles fuentes de ayuda voluntaria: la familia (hermanos, primos), amigos, vecinos, grupos religiosos y comunitarios.
- Discutir cómo la mayoría de las personas se siente bien cuando proporciona una "pequeña ayuda".

Recomendar a los cuidadores sobre las fuentes con más información

- National Center for Women's Health Information (www.womenshealth.gov).
- National Health Statistics (www.cdc.gov/).
- Si lo considera apropiado, sugerir sobre cuándo se puede indicar una fuente de atención alterna (p. ej., casas hogar para adultos mayores).
- Evaluar los factores que reducen el estrés de decidir sobre la colocación en una casa hogar para adultos mayores (Hagen, 2001):
  - Bajo nivel de culpa.
  - Independencia en la relación.
  - Disposición de apoyo de otros.
  - Bajo temor a la soledad.

- Actitudes positivas o neutras a las casas hogar para adultos mayores.
- Sentido positivo de la vida sin la carga del cuidado.

Iniciar la educación sobre la salud y las referencias si así se indica

- Explicar los beneficios de compartir con otros cuidadores:
  - Grupo de apoyo.
  - Asesoría individual y de grupo.
  - Sistema de amigos por teléfono con otro cuidador.
- Identificar los recursos disponibles en la comunidad (p. ej., asesoría, servicios sociales, guarderías).
- Organizar una visita a domicilio de una enfermera o un fisioterapeuta que proporcione estrategias para mejorar la comunicación, manejo del tiempo y prestación de los cuidados.
- Involucrar a otros a trabajar activamente para aumentar el apoyo financiero de dependencias estatales, federales y privadas de recursos para mejorar la prestación de cuidados en el hogar.

Intervenciones pediátricas

- Establezca la comprensión de los padres y la preocupación sobre la enfermedad del niño, el curso, el pronóstico y las necesidades de atención relacionadas.
- Obtenga los efectos de la responsabilidad en la prestación de cuidados sobre
  - La vida personal (trabajo, descanso, ocio)
  - El matrimonio (tiempo a solas, la comunicación, las decisiones, la atención)
- Ayude a los padres a satisfacer las necesidades de los hermanos sanos respecto a
  - Conocer la enfermedad del hermano y su relación con la propia salud
  - Compartir los sentimientos de ira, injusticia y vergüenza
  - Las discusiones sobre el futuro del hermano enfermo y de sí mismo (p. ej., planificación familiar, responsabilidades de la atención)
- Hable sobre las estrategias para ayudar a que los hermanos se adapten.
  - Incluirlos en las decisiones familiares cuando sea apropiado.
  - Mantenerlos informados acerca de la condición del niño.
  - Mantener rutinas (p. ej., comidas, vacaciones).
  - Prepararse para los cambios en la vida familiar.
  - Promover actividades con sus compañeros.

    - Evitar que el niño enfermo sea el centro de la familia.
    - Determinar qué tipo de asistencia diaria en el cuidado es realista.
    - Planear tiempo a solas.
- Comentar con los profesores la situación en el hogar.
- Atender las necesidades de desarrollo. Véase *Retraso en el crecimiento y el desarrollo*.
- Advertir que las actividades de prestación de cuidados causan fatiga que puede aumentar con el tiempo (Gambert, 2013).
- Hablar sobre las estrategias para reducir la fatiga del cuidador (Gambert, 2013).
    - Apoyo de la pareja.
    - Ayuda en el hogar.
    - El cuidado infantil para los hermanos.
    - Disposiciones para garantizar la idoneidad del sueño del cuidador.

Riesgo de cansancio del rol de cuidador

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a sentir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Las responsabilidades del cuidador principal para quien requiere la atención regular con cuidados personales o supervisión debido a discapacidades físicas o mentales además de uno o varios de los factores relacionados con el *Cansancio del rol de cuidador.*

Nota de la autora

Véase *Cansancio del rol de cuidador*.

NOC

Véase *Cansancio del rol del cuidador*.

Objetivos

El individuo relacionará un plan para continuar con sus actividades sociales a pesar de las responsabilidades de la prestación de los cuidados, como lo demuestran los

siguientes indicadores:

- Identificar las actividades que son importantes para sí mismo.
- Relacionar la intención de contar con la ayuda de por lo menos dos personas por semana.

NIC

Véase *Cansancio del rol de cuidador*.

Intervenciones

Explicar las causas del cansancio del rol de cuidador

- Consultar los factores relacionados con el *Cansancio del rol de cuidador*.

Enseñar al cuidador y otras personas importantes que estén alertas a las señales de peligro (*Murray, Zentner, y Yakimo, 2009)

- Sin importar lo que haga, nunca es suficiente.
- Considera que es la única persona en el mundo que lo hace.
- No tiene tiempo ni lugar para estar solo para un breve respiro.
- Las relaciones familiares se derrumban debido a las presiones de la prestación de los cuidados.
- Sus tareas de prestación de los cuidados interfieren con su vida laboral y social.
- Se encuentra en un "callejón sin salida" y aceptará dificultades.
- Usted está solo porque hizo sentir mal a todos los que podrían ayudar.
- Usted come en exceso, come poco, abusa de las drogas o el alcohol, o es duro y abusivo con los demás.
- Ya no hay tiempos felices. El amor y el cuidado han dado paso al agotamiento y el resentimiento. Ya no se siente bien consigo mismo ni se enorgullece de lo que está haciendo.

Explicar los cuatro tipos de apoyo social a todos los involucrados

- Emocional (p. ej., preocupación, confianza).
- Apreciación (p. ej., afirma la autoestima).
- Informativo (p. ej., consejos útiles, información para la resolución de problemas).
- Asistencia instrumental (p. ej., prestación de los cuidados) o ayuda tangible (p. ej., dinero, ayuda con las tareas).

Analizar las implicaciones de las responsabilidades diarias con el cuidador primario

- Fomentar que el cuidador establezca objetivos realistas para sí mismo y quien recibe

la atención.

- Hablar acerca de la necesidad del relevo y el alivio a corto plazo.
- Fomentar que el cuidador acepte la ayuda ofrecida.
- Practicar el pedir ayuda; evite el pensamiento de "deberían saber que necesito ayuda" y portarse como una víctima.
- Tener cuidado de no ver a los demás como "no lo bastante competentes".
- Hablar acerca de que los conflictos del pasado no van a desaparecer. Intente trabajar en su resolución y hacer hincapié en el ahora.

Subrayar la importancia de la promoción de la salud diaria

- Balance de reposo y ejercicio.
- Manejo eficaz del estrés.
- Dieta baja en grasas y alta en carbohidratos complejos.
- Redes sociales de apoyo.
- Prácticas de detección adecuadas para la edad.
- Mantener un buen sentido del humor; relacionarse con otros que ríen.
- Asesorar a los cuidadores para iniciar los contactos telefónicos o las visitas con amigos o familiares en lugar de esperar a que otros lo hagan.

Ayudar a aquellos involucrados para evaluar la situación

- ¿Qué está en juego? ¿Cuáles son las opciones?
- Proporcionar información precisa y respuestas para estimular una perspectiva realista.
- Iniciar discusiones respecto a los factores de estrés de la atención a domicilio (p. ej., físicos, emocionales, ambientales, financieros).
- Hacer hincapié en la importancia de respiros para evitar conductas de aislamiento que fomenten la depresión.
- Hablar con los cuidadores no primarios de sus responsabilidades en el cuidado del cuidador principal.
- ¿Dónde está su ayuda? Dirigir la familia a las agencias de la comunidad, organizaciones de atención de salud en casa, y fuentes de asistencia financiera, según sea necesario. (Véase *Deterioro del mantenimiento del hogar*.)

Discutir con todos los integrantes del hogar las implicaciones de cuidar a un miembro de la familia enfermo

- Recursos disponibles (p. ej., finanzas, medio ambiente).
- Responsabilidad las 24 horas.
- Efectos sobre otros integrantes del hogar.

- Riesgo de deterioro progresivo.
- Compartir las responsabilidades con otros integrantes del hogar, hermanos y vecinos.
- Probabilidad de exacerbación de los conflictos de largo tiempo.
- Efectos en el estilo de vida.
- Alternativa o las opciones de asistencia (p. ej., los proveedores basados en la comunidad, vivir en grupo, asilo).

Ayudar a que el cuidador identifique las actividades para las que desea Asistencia

- Véase *Cansancio del rol de cuidador.*

Ayudar con el acceso al apoyo informativo e instrumental

- Véase *Cansancio del rol de cuidador*.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Véase *Cansancio del rol de cuidador*.

PROCESO DE MATERNIDAD INEFICAZ

Proceso de maternidad ineficaz

Riesgo de proceso de maternidad ineficaz

Definición de la NANDA-I*

Proceso de embarazo y parto y de cuidado del recién nacido que no coincide con el contexto ambiental, las normas y las expectativas.

Características definitorias*

Durante el embarazo

Acceso insuficiente a los sistemas de apoyo

Cuidado prenatal inadecuado

Estilo de vida prenatal inadecuado (p. ej., nutrición, eliminación, sueño, movimiento corporal, ejercicio, higiene personal)

Informa no disponer de sistemas de apoyo

Manejo ineficaz de los síntomas molestos durante el embarazo

Plan de parto poco realista

No busca la información necesaria (p. ej., trabajo de parto y parto, cuidado del neonato)

Inadecuada preparación de los artículos para el recién nacido

Visitas de salud esporádicas

Inasistencia a las visitas prenatales

Respeto insuficiente por el neonato

Durante el parto y el alumbramiento

Acceso insuficiente a los sistemas de apoyo

Estilo de vida inadecuado para la etapa del parto (p. ej., nutrición, eliminación, sueño, movimiento corporal, higiene personal)

Acceso insuficiente a los sistemas de apoyo

Conducta de vinculación insuficiente

Respuesta inapropiada para el inicio del trabajo de parto

Disminución de la proactividad durante el parto y el alumbramiento

Después del nacimiento

Acceso insuficiente a los sistemas de apoyo

Técnicas de alimentación del bebé inadecuadas

Cuidado inadecuado de los pechos

Conducta de vinculación insuficiente

Técnicas inadecuadas de cuidado del bebé

Ambiente inseguro para el bebé

Inadecuado estilo de vida posparto (p. ej., nutrición, eliminación, el sueño, movimiento corporal, ejercicio, higiene personal)

Informa no disponer de sistemas de apoyo

Factores relacionados

Conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad (p. ej., del parto y el alumbramiento, cuidado del neonato)

Violencia doméstica

Visitas de salud esporádicas durante el embarazo

Modelo del rol parental insuficiente

Conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad

Poca confianza materna

Plan de parto poco realista

Sistemas de soporte insuficientes

Impotencia de la madre

Nutrición materna inadecuada

Abuso de sustancias

Embarazo no planeado

Entorno inseguro

Nota de la autora

Este nuevo diagnóstico de la NANDA-I representa numerosas situaciones y factores que pueden poner en peligro el bienestar de una madre y su relación con su hijo durante el parto, el alumbramiento y después del nacimiento. Se puede utilizar para organizar una norma de atención para todas las mujeres embarazadas durante el proceso del parto, el alumbramiento y después del nacimiento.

Este amplio diagnóstico incluye múltiples respuestas reales específicas o problemáticas de riesgo; los siguientes son algunos ejemplos:

Interrupción de los procesos familiares

Desequilibrio nutricional

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud

Afrontamiento ineficaz

Impotencia

Gestión ineficaz de la salud

El Riesgo del proceso de maternidad ineficaz sería la norma de cuidados en las unidades correspondientes.

Si se valida el *Proceso de maternidad ineficaz* puede ser clínicamente más útil el uso de un diagnóstico enfermero más específico. Sin embargo, si hay múltiples factores relacionados que complican el proceso de maternidad, este diagnóstico sería útil.

Debido a lo extenso del arte y la ciencia de la enfermería implicada en este diagnóstico de especialidad, la autora refiere al lector a la literatura de *Enfermería materno-infantil* para que consulte los objetivos, las intervenciones y la justificación.

Riesgo de proceso de maternidad ineficaz

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a tener un proceso de embarazo y parto y cuidado del recién nacido que no coincide con el contexto ambiental, las normas y las expectativas.

Factores de riesgo*

Conocimiento insuficiente (p. ej., del parto y el alumbramiento, cuidado del neonato)

Violencia doméstica

Visitas de salud esporádicas durante el embarazo

Modelo de rol parental insuficiente

Preparación cognitiva insuficiente para la maternidad

Poca confianza materna

Ausencia de visitas de salud prenatal

Plan de parto poco realista

Sistemas de soporte insuficientes

Impotencia de la madre

Sufrimiento psicológico de la madre

Nutrición materna inadecuada

Abuso de sustancias

Entorno inseguro

Embarazo no planeado

Nota de la autora

Consultar la Nota de Carpenito en *Proceso de maternidad ineficaz*.

DISCONFORT[4]

Disconfort

Dolor agudo

Dolor crónico

Síndrome de dolor crónico

Dolor de parto

Náusea

Definición de la NANDA-I*

Percepción de la falta de comodidad, alivio y la trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.

Características definitorias

Reporta o demuestra disconfort

- Respuesta autónoma en el dolor agudo
- Aumento de la presión arterial
- Aumento del pulso
- Aumento de la frecuencia respiratoria
- Diaforesis
- Pupilas dilatadas
- Postura reservada
- Máscara facial del dolor
- Llanto, gemido
- Incapacidad para relajarse*
- Irritabilidad*

Informa*

- Pesadez abdominal
- Ansiedad
- Frío o calor corporales
- Incomodidad
- Falta de privacidad
- Malestar
- Náusea
- Prurito
- Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (medicamentos, radiación)
- Patrón de sueño alterado
- Comezón
- Vómito

Factores relacionados

Cualquier factor que puede contribuir a un deterioro del confort. Los más comunes se enumeran a continuación.

Biofisiopatológico

Relacionado con las contracciones uterinas durante el parto

Relacionado con traumatismo perineal durante el parto y el alumbramiento

Relacionado con la involución del útero y los pechos congestionados

Relacionado con el trauma del tejido y espasmos musculares de reflejo secundarios a:

Trastornos musculoesqueléticos

- Fracturas
- Contracturas
- Espasmos
- Artritis
- Trastornos de la médula espinal
- Fibromialgia

Trastornos viscerales

- Cardíaco
- Renal
- Hepático
- Intestinal
- Pulmonar

Cáncer

Trastornos vasculares

- Vasoespasmo
- Oclusión
- Flebitis
- Vasodilatación (cefalea)

Relacionados con la inflamación de y lesiones en:

- Nervio
- Tendón
- Bolsa
- Articulación
- Músculo
- Estructuras yuxtarticulares

Relacionados con la fatiga, malestar o prurito secundario a enfermedades contagiosas:

- Rubéola
- Hepatitis
- Pancreatitis
- Varicela
- Mononucleosis

Relacionados con los efectos del cáncer en (especificar)

Relacionados con cólicos, diarrea y vómito secundarios a:

- Gastroenteritis
- Úlceras gástricas
- Gripe

Relacionados con la inflamación y espasmos del músculo liso secundarios a:

- Infecciones gastrointestinales
- Cálculos renales

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con el traumatismo tisular y espasmos musculares reflejos secundarios a:

- Accidentes
- Quemaduras
- Pruebas de diagnóstico (venopunción, exploración invasiva, biopsia)
- Cirugía

Relacionado con las náuseas y el vómito secundarios a:

Anestesia Efectos secundarios de (especificar)
Quimioterapia

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con la fiebre

Relacionados con la inmovilidad/posición incorrecta

Relacionados con la hiperactividad

Relacionados con los puntos de presión (yeso apretado, vendas elásticas)

Relacionados con la respuesta alérgica

Relacionados con irritantes químicos

Relacionados con las necesidades no satisfechas de dependencia

Relacionados con la ansiedad reprimida grave

De maduración

Relacionado con el traumatismo tisular y espasmos musculares reflejos secundarios a:

Lactancia: cólico

Lactancia y niñez temprana: dentición, dolor de oído

Niñez media: dolor abdominal recurrente, dolores de crecimiento

Adolescencia: cefalea, dolor torácico, dismenorrea

Nota de la autora

Un diagnóstico que no se incluye en la lista actual de la NANDA-I, el *Disconfort* puede representar varias sensaciones incómodas (p. ej., prurito, inmovilidad, estado de NPO). Para un individuo que experimenta náuseas y vómito, la enfermera debe evaluar si lo adecuado es el *Disconfort, Riesgo de disconfort* o *Riesgo de desequilibrio nutricional: menor a los requisitos corporales*. Los episodios de corta duración de náuseas, vómito o ambos (p. ej., posoperatorio) se describen mejor con *Deterioro de la comodidad* relacionados con los efectos de la anestesia o analgésicos. Cuando las náuseas y el vómito pueden comprometer la ingesta nutricional, el diagnóstico adecuado puede ser *Riesgo de desequilibrio nutricional: menor del requerimiento corporal relacionado con la náusea y el vómito secundario a (especificar)*. También se puede usar *Disconfort* para describir una serie de incomodidades relacionadas con una condición o un tratamiento como la radioterapia.

NOC

Control de los síntomas; estado de confort.

Objetivos

El individuo reportará un control aceptable de los síntomas, como lo demuestran los siguientes indicadores:

- Describir los factores que aumentan los síntomas.
- Describir las medidas para mejorar el confort.

NIC

Manejo del prurito, tratamiento de la fiebre, manejo ambiental: confort.

Intervenciones

Valorar la presencia de fuentes de confort

- Prurito.
- Reposo prolongado en cama (consulte el *Síndrome de desuso*).
- Fiebre (se refiere a *Riesgo de temperatura corporal alterada*).

Disminuir el prurito y promover el confort

Mantener la higiene sin producir sequedad en la piel

- Procurar duchas frecuentes:
  - Utilizar agua fría cuando sea aceptable.
  - Utilizar un jabón suave (Castilla, lanolina) o sustituto de jabón (Williams, Svensson y Diepgen).
  - Evitar la piel seca; no frotar.

Prevenir la sequedad excesiva

- Lubricar la piel con una crema hidratante o emolientes, salvo que esté contraindicado; aplicar palmaditas con la mano o con una gasa.
  - Aplicar pomadas/lociones con la mano enguantada o desnuda, dependiendo del tipo, para cubrir ligeramente la piel; frotar la crema en la piel.
  - Utilizar ligeras aplicaciones frecuentes del ungüento, en lugar de una aplicación gruesa.
  - Aplicar cremas o lociones al menos dos o tres veces al día y emolientes después del baño. Las cremas emolientes recomendadas son Eucerin® o Nivea®, o lociones como Lubriderm®, Alpha Keri® o Nivea®.
  - Evitar productos para la piel que contienen alcohol y mentol.
  - Evitar los productos derivados del petróleo en la piel irradiada.

- Limitar el baño a 1/2 hora diaria o cada 2 días.
- Añadir aceite al final de un baño o añada antes un tratamiento de harina de avena coloidal al baño de tina.
- Evitar los agentes tópicos, incluyendo los polvos de talco, polvos perfumados, baños de burbujas y fécula de maíz.
    - Usar fécula de maíz a las áreas de piel irradiada después del baño.
    - Evitar los desodorantes o los antitranspirantes durante la radioterapia.

- Aplicar lubricación después del baño, antes de que se seque la piel para fomentar la retención de la humedad.
- Aplicar compresas húmedas de forma continua o intermitente. Proporcionar baños en bañera o de inmersión de 20 a 30 minutos a 0 a 3 °C (32 a 38º F); el agua puede contener polvo de harina de avena, Aveeno®, almidón, o bicarbonato de sodio.
    - Evitar calor o sequedad excesiva; generar un ambiente húmedo (p. ej., humidificador).
    - Evitar perfumes, cosméticos, desodorantes, telas ásperas, la fatiga, el estrés y la monotonía (falta de distracciones).

Fomentar el confort y evitar un mayor daño

- Recomendar que no se rasque; explicar el ciclo de rascado-comezón-rascado.
    - Enseñar la aplicación de un paño frío o hielo sobre el sitio, que puede ser útil. Presionar con firmeza en el lugar donde hay comezón, en un sitio contralateral al sitio de comezón y en los puntos de acupresión puede romper la vía neural.
- De ser necesario, usar guantes (o calcetines de algodón) en los niños y adultos confundidos.
- Conservar las uñas cortas para evitar lesiones; limar las uñas después de cortarlas.
- Lubricar la piel con una crema hidratante o emolientes, salvo que esté contraindicado; dar palmaditas con la mano o una gasa.
- Aplicar lubricación después del baño, antes de que se seque la piel, para fomentar la retención de humedad.
- Aplicar compresas húmedas de forma continua o intermitente. Dar baños de tina de 20 a 30 minutos a 0 a 3 °C (32 a 38 ºF); el agua puede contener polvo de harina de avena, Aveeno®, almidón, o bicarbonato de sodio.
- Evitar el calor excesivo o sequedad, perfumes, cosméticos, desodorantes, telas ásperas, la fatiga, el estrés y la monotonía (falta de distracciones).
- Recomendar que no se rasque; explique el ciclo de rascado-comezón-rascado.

- Asegurarse de la forma de aplicación de una crema con corticosteroides tópica para las áreas inflamadas pruriginosas locales; aplicar con moderación y envolver el área con plástico por la noche para aumentar la eficacia de la crema y evitar más rascado.
- Asegurarse de tener una prescripción de antihistamínico si no hay alivio del prurito.
- De ser necesario, usar guantes (o calcetines de algodón) en los niños y adultos confundidos.
- Conservar las uñas cortas para evitar lesiones; limar las uñas después de cortarlas.
- Eliminar las partículas de la cama (restos de comida o el polvo apelmazado).
- Usar sábanas viejas, suaves y evitar las arrugas en la cama; si se utilizan protectores de cama, colocar una sábana deslizante sobre ellos para eliminar el contacto directo con la piel.
- Evitar el uso de perfumes y lociones perfumadas.
- Evitar el contacto con agentes irritantes/soluciones químicas.
- Lavar la ropa con un detergente suave y dé un segundo ciclo de enjuague para reducir los residuos; evitar el uso de suavizantes de telas.
- Evitar el exceso de calor, procurar que la temperatura ambiente sea fresca y con poca humedad, mantas delgadas sobre un arco para cama; evitar demasiada ropa.
- Aplicar pomadas con la mano enguantada o desnuda, dependiendo del tipo, para cubrir ligeramente la piel; frotar las cremas en la piel.
- Utilizar ligeras aplicaciones frecuentes del ungüento, en lugar de una aplicación gruesa.

Iniciar la educación para la salud, según esté indicado

- Explicar las causas del prurito y los posibles métodos de prevención.
- Explicar los factores que aumentan los síntomas (p. ej., baja hume-dad, calor).
- Lavar las sábanas, ropa, prendas interiores con jabón suave para ropa infantil (p. ej., Dreft®, Purrex®). Evitar el uso de suavizantes de telas. Enjuagar dos veces o añadir 1 cucharadita de vinagre blanco por cada litro de agua para enjuagar la ropa.
- Enseñar a la persona acerca de los medicamentos, como los diuréticos, que disminuyen la humedad de la piel.
- Aconsejar acerca de la exposición al sol y el calor y los productos de protección.
- Enseñar al individuo que evite las telas que irritan la piel (lana, texturas gruesas).
- Para más intervenciones, véase *Afrontamiento ineficaz* en caso de que el prurito se relacione con el estrés.

- Explicar a los niños por qué no se deben rascar.
- Vestir al niño con camisas de manga larga, pantalones largos, o un traje de una sola pieza para evitar que se rasque.
- Evitar vestir con demasiada ropa al niño porque le dará más calor.
- Proporcionar un baño tibio antes de acostarlo; agregar dos tazas de almidón al agua de baño.
- Aplicar loción Caladril® sobre lesiones pruriginosas que gotean; aplicar con brocha pequeña.
- Usar mantas o sábanas de algodón junto a la piel.
- Retirar los juguetes de peluche que pueden aumentar la pelusa y el prurito.
- Enseñar al niño a presionar o (si está permitido) poner un paño frío sobre la zona que le pica; ante todo que no se rasque.

Dolor agudo

Definición de la NANDA-I*

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.

Características definitorias

Cambios en el apetito

Respuestas fisiológicas (p. ej., presión arterial [PA], frecuencia cardíaca [FC], frecuencia respiratoria [FR], saturación de oxígeno [SpO_2] y saturación de dióxido de carbono [CO_2])

Diaforesis

Conductas de distracción (p. ej., estimulación, buscar a otras personas o actividades, actividades reiterativas)

Conducta expresiva (p. ej., inquietud, gemidos, llanto)

Expresión facial de dolor (p. ej., ojos con falta de brillo, aspecto abatido, mirada fija, llanto, mueca)

Conducta defensiva

Desesperanza

Estrechamiento del foco de atención (percepción del tiempo alterada, deterioro del proceso de pensamientos, reducción de la interacción con las personas y el entorno)

Evidencia observada de dolor mediante listas de control estandarizadas del comportamiento del dolor

Para aquellos que no pueden comunicarse verbalmente; véase la herramienta de evaluación adecuada (p. ej., Behavioral Pain Scale; Neonatal Infant Pain Scale, Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate)

Postura para evitar el dolor

Gestos protectores

El representante informa la presencia de dolor y cambios de conducta/actividad (p. ej., miembros de la familia, cuidadores)

Pupilas dilatadas

Auto-enfoque

Auto-reporte de intensidad mediante escalas estandarizadas de intensidad del dolor (p. ej., escala FACES de Wong-Baker, escala visual análoga, escala de clasificación numérica)

Auto-reporte de las características del dolor (p. ej., dolor, quemazón, descarga eléctrica, alfileres y agujas, disparos, dolor/sensibilidad, puñaladas, palpitación) el uso de escalas de dolor estandarizadas (p. ej., el cuestionario del dolor McGill, inventario breve de dolor)

Factores relacionados

Véase *Disconfort*.

Nota de la autora

El manejo de enfermería del dolor tiene retos específicos. ¿El dolor agudo es una respuesta que las enfermeras tratan como un diagnóstico enfermero o un problema de colaboración? ¿Es el dolor agudo de la etiología de otra respuesta que describe mejor la condición que tratan las enfermeras? ¿Algún grupo de diagnósticos enfermeros representan un síndrome de dolor o síndrome de dolor crónico (p. ej., *temor, riesgo de afrontamiento familiar ineficaz, deterioro de la movilidad física, aislamiento social, patrones de sexualidad ineficaz, riesgo de estreñimiento, fatiga*)? McCaffery y Beebe (1989) citan 18 diagnósticos enfermeros que pueden aplicarse a las personas que experimentan dolor. Considerar el dolor como un diagnóstico de síndrome puede proporcionar a las enfermeras un diagnóstico enfermero integral a las personas con dolor

para quienes podrían aplicarse muchos diagnósticos enfermeros relacionados.

NOC

Nivel de confort, control del dolor.

Objetivos

El individuo experimentará una medida de alivio satisfactoria, como lo demuestra (especificar):

- Mayor participación en las actividades de recuperación.
- Menos comportamientos de dolor (especifique).
- Mejora en el estado de ánimo, afrontamiento.

NIC

Manejo del dolor, administración de medicamentos, apoyo emocional, enseñanza: Personal, aplicación de calor/frío, masaje simple

Intervenciones

Valorar la presencia de factores que disminuyen la tolerancia al dolor

- La incredulidad de los demás; incertidumbre del pronóstico.
- Fatiga.
- Temor (p. ej., de la adicción o pérdida de control).
- Monotonía.
- Factores de estrés social y financiero.
- Falta de conocimiento.

Reducir o eliminar factores que aumentan el dolor

Incredulidad de otros

- Establecer una relación de apoyo de aceptación:
  - Reconocer el dolor.
  - Escuchar con atención la explicación de la persona con dolor.
  - Transmitirle que está evaluando su dolor porque quiere entenderlo mejor (no determinar si realmente existe).
- Evaluar con la familia las ideas erróneas acerca del dolor o de su tratamiento:
  - Explicar el concepto de dolor como una experiencia individual.
  - Hablar de factores relacionados con el aumento del dolor y opciones para

manejarlo.

- Animar a los integrantes de la familia a compartir en privado qué les preocupa (p. ej., temor de que la persona utilice el dolor para conseguir más si recibe demasiada atención).

Falta de conocimiento/incertidumbre

- Explicar la causa del dolor, si se conoce.
- Relacionar la intensidad del dolor y el tiempo que durará, si se conoce.
- Explicar las pruebas de diagnóstico y procedimientos en detalle relacionando las molestias y sensaciones que la persona experimentará durante el diagnóstico; el tiempo aproximado de duración.
- Apoyar a la persona para que haga preguntas específicas sobre el diagnóstico, los riesgos, los beneficios del tratamiento y el pronóstico. Consulte con el especialista o el médico de atención primaria.

Temor

- Proporcionar información precisa para reducir el temor a la adicción.
  - Explorar las razones del temor.
- Ayudar a disminuir el temor a perder el control.
  - Proporcionar intimidad de la experiencia del dolor de la persona.
  - Permitir que la persona comparta la intensidad del dolor; expresar a la persona lo bien que lo ha tolerado.
- Proporcionar información para disminuir el temor de que el medicamento perderá gradualmente su eficacia.
  - Hablar sobre las intervenciones para la tolerancia farmacológica con el médico/enfermera avanzada/asistente médico (p. ej., cambio del medicamento, aumento de la dosis, disminución del intervalo, adición de terapia adjunta).
  - Discutir el efecto de las técnicas de relajación sobre los efectos del medicamento.

Fatiga

- Determinar la causa de la fatiga (dolor, sedantes, analgésicos, privación del sueño).
- Evaluar el patrón de sueño actual y la influencia del dolor en el sueño. Refiérase a *Patrón de sueño alterado.*

Proporcionar alivio óptimo del dolor con analgésicos prescritos

- Utilizar la vía oral, cuando sea factible; la vía intravenosa o rectal, si es necesario, con prescripción médica.
- Evitar las vías intramusculares debido a la absorción errática y el dolor innecesario.

- Evaluar los signos vitales, especialmente la frecuencia respiratoria, antes de la administración.
- Consultar con su farmacéutico por las posibles interacciones adversas con otros medicamentos (p. ej., los relajantes musculares, tranquilizantes).
- Utilizar el método de las manecillas del reloj, no PRN.
  - Es importante vigilar cuidadosamente a las personas que toman medicamentos sedantes y analgésicos opioides cada hora durante las primeras 12 horas con oximetría de pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria en caso de insuficiencia respiratoria).

Explicar a las personas y la familia de los diversos métodos de alivio del dolor no invasivos y de su eficacia

- Hablar sobre el uso de aplicaciones de calor,* sus efectos terapéuticos, indicaciones y precauciones relacionadas.
  - Botella de agua caliente.
  - Baño de inmersión con agua tibia, acorde a la tolerancia del paciente.
  - Sol de verano.
  - Cojín eléctrico de calor.
  - Paquete de calor húmedo.
  - Envoltura de plástico delgada sobre el área dolorosa para mantener el calor corporal (p. ej., la rodilla, el codo).
- Hablar sobre el uso de aplicaciones de frío,* sus efectos terapéuticos, indicaciones y precauciones relacionadas.
  - Toallas frías (escurridas).
  - Inmersión en agua fría para pequeñas partes del cuerpo.
  - Bolsa de hielo.
  - Paquete de gel frío.
  - Masaje con hielo.
- Explicar los usos terapéuticos de preparaciones de mentol, masaje y vibración.
- Enseñar al individuo a evitar los pensamientos negativos sobre la capacidad para lidiar con el dolor.
- Practicar la distracción (p. ej., imágenes guiadas, música).
- Practicar técnicas de relajación.

Reducir o eliminar los efectos secundarios comunes de los opioides

- Véanse las intervenciones en *Síndrome de dolor crónico.*

Reducir al mínimo el dolor por procedimientos y de diagnóstico

- Anticipar el dolor y premedicar al individuo antes de procedimientos dolorosos (p. ej., sedación).
- Considerar el uso de cloruro de sodio al 0.9% intradérmico junto a la vena o un anestésico tópico según el protocolo antes de iniciar la vía intravenosa.
- Fomentar el uso de la relajación o imágenes guiadas durante los procedimientos.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Hablar con la persona y la familia las medidas no invasivas para aliviar el dolor (p. ej., relajación, distracción, masaje, música).
- Enseñar las técnicas que elija la persona y la familia.
- Explicar el curso esperado del dolor (resolución) si se conoce (p. ej., brazo fracturado, incisión quirúrgica).
- Proporcionar al individuo con directrices escritas para dejar los medicamentos para el dolor cuando se alivie el evento agudo.

Intervenciones pediátricas

Evaluar el dolor que experimenta el niño

- Pedir al niño que le señale la zona que le duele. Véanse los criterios de evaluación específicos en *Disconfort*.
- Determinar la intensidad del dolor en su peor y mejor punto. Utilizar una escala de dolor apropiado para la edad de desarrollo del niño. Utilizar la misma escala del mismo modo cada vez y fomentar su uso por parte de los padres y otros profesionales de la salud. Indicar en el plan de atención la escala que se va a utilizar y la forma de uso (introducción de la escala, un lenguaje específico para el niño); adjuntar una copia si la escala es visual.
- Preguntar al niño qué mejora o empeora el dolor.
- En el caso de los lactantes, evaluar el llanto, las expresiones faciales, las posturas corporales y los movimientos. Los lactantes presentan angustia a los estímulos ambientales (luz, sonido), así como por el tacto y los tratamientos.
- Utilizar los estímulos táctiles y vocales a la comodidad de los lactantes mientras evalúa los efectos de las medidas de confort e inter-venciones individualizadas.
- Explicar el origen del dolor para el niño, según sea lo adecuado para su desarrollo usando explicaciones verbales y sensoriales (visual, táctil) (p. ej., al llevar a cabo el tratamiento en la muñeca, permita que el niño maneje el equipo). Explicar a detalle al niño y reforzar que no es un castigo.

Evaluar con el niño y la familia los conceptos erróneos sobre el dolor y su tratamiento

- Explicar a los padres la necesidad de explicar bien y promover la confianza.
- No mentir a los padres o en especial al niño, si existe la posibilidad de que algo le dolerá, que no le va a doler para así aliviar la ansiedad del niño acerca del dolor. Con ello genera desconfianza entre la familia y el paciente, y el equipo médico.
- Explicar a los padres que posiblemente el niño llore, más estando ellos presentes, pero que su presencia es importante para promover la confianza.

Promover la seguridad con explicaciones honestas y oportunidades para elegir

Promover una comunicación abierta y honesta

- Decir la verdad; explicar:
  - Qué tanto le va a doler.
  - Cuánto tiempo va a durar.
  - Qué ayuda para el dolor.
- No amenazar (p. ej., no le diga al niño, "Si no te estás quieto, no vas a regresar a casa").
- Explicar al niño que se necesita el procedimiento para que pueda mejorarse y que es importante que no se mueva para que lo hagan más rápido *y posiblemente con menos dolor*.
- Discutir con los padres la importancia de decir la verdad. Darles instrucciones como:
  - Decirle al niño cuándo se van y cuándo regresan.
  - Explicar al niño que no le pueden quitar el dolor, pero que van a estar con él o ella (excepto en circunstancias en las que no se permite que se queden los padres).
- Permitir que los padres compartan sus sentimientos acerca del dolor que ven en su hijo y su impotencia.

Preparar al niño para un procedimiento doloroso

- Hablar con los padres sobre el procedimiento; determinar qué le han dicho al niño.
- Explicar el procedimiento en palabras adecuadas a la edad del niño y el nivel de desarrollo (véase en *Retraso en el crecimiento y desarrollo* las necesidades apropiadas para la edad).
- Explicar las molestias probables (p. ej., qué va a sentir, probar, ver u oler el niño). "Te van a inyectar, te va a doler un poco y luego se te va a pasar."
- Asegurarse de explicar que una inyección causa dos molestias: el pinchazo de la aguja y la inyección del fármaco.
- Animar al niño a hacer preguntas antes y durante el procedimiento; pedir al niño que comparta qué piensa que va a suceder y por qué.

- Compartir con el niño mayor que
  - Se espera que no se mueva y que a usted le dará mucho gusto que no lo haga.
  - Está bien que llore o apriete la mano de alguien si duele.
- Buscar alabar algo después del procedimiento, incluso si el niño no pudo quedarse quieto.
- Hacer arreglos para que los padres estén presentes durante los procedimientos (en especial con los niños pequeños) y explicar qué se espera antes del procedimiento. Darles un rol durante el procedimiento, como sostener la mano del niño o hablarle.

Reducir el dolor durante los tratamientos cuando sea posible

- Si necesita usar sistemas de retención, tenga suficiente personal disponible para que no se retrase el procedimiento y por tanto las restricciones se aplican de manera gentil para que no aumente la ansiedad y el malestar.
- Si se ordenan inyecciones, intentar obtener en su lugar una orden de analgésicos orales o por vía IV. Si se deben utilizar inyecciones:
  - Hacer que el niño participe deteniendo de la tirita por usted.
  - Decir al niño el gusto que le daría que le ayudara.
  - Consolar al niño después del procedimiento, o salir de la habitación para que los padres puedan consolar al niño en caso de que la presencia del personal siga alterando al niño.
- Ofrecer al niño, según la edad, la opción de aprender técnicas de distracción para que las utilice durante el procedimiento. (No se recomienda el uso de distractores sin que el niño conozca las molestias inminentes porque el niño aprenderá a desconfiar):
  - Contar una historia con una marioneta.
  - Utilizar el teléfono celular, dispositivo portátil de juegos o tableta electrónica.
  - Soplar un silbato de fiesta, molinillos de viento, o burbujas.
  - Solicitar al niño que nombre o cuente objetos en una imagen.
  - Solicitar al niño que observe el dibujo y localice ciertos objetos (p. ej., “¿Dónde está el perro?”).
  - Solicitar al niño que le cuente una historia o algo de su vida.
  - Solicitar al niño que cuente sus parpadeos.
- Evitar los termómetros rectales en niños en edad preescolar; si es posible, utilice otros métodos como termómetro timpánico, temporal u oral (si lo tolera) según lo permitido por las normas y protocolos de la institución médica.
- Proporcionar al niño privacidad durante el procedimiento doloroso; utilizar una sala

de tratamiento en lugar de la cama del niño.

Proporcionar al niño un alivio óptimo del dolor con analgésicos prescritos

- Medicar al niño antes de un procedimiento o actividad dolorosa (p. ej., cambio de vendaje, obtención de rayos X del miembro fracturado, deambulación, inyección/colocación de un dispositivo PIV).
- Consultar con el médico/PE/PA cambiar una vía IM a oral, tópica o IV cuando sea apropiado.
- Con el uso de escalas de evaluación del dolor, observar al mismo tiempo los signos de comportamiento de dolor (porque el niño puede negar el dolor); si es posible, identificar los comportamientos específicos que indican dolor en un niño en particular.
- Evaluar el potencial para utilizar analgesia controlada por el paciente (ACP), que proporciona dosis controladas intermitentes de la analgesia IV (con o sin infusión continua) según lo determinado por la necesidad del niño. Niños de tan sólo 5 años pueden usar ACP. Los padres de los niños que físicamente no pueden administrarla lo hacen por ellos. Se ha observado que la ACP es segura y proporciona un mayor alivio del dolor en comparación con la anal-gesia por demanda convencional.

Reducir o eliminar los efectos secundarios comunes de los opioides

Sedación

- Evaluar si la causa es el opioide, fatiga, falta de sueño, u otros medicamentos (sedantes, antieméticos).
- Si la somnolencia es excesiva, consultar con el médico acerca de la reducción de la dosis.

Estreñimiento

- Explicar a los niños mayores cuáles medicamentos para el dolor causan estreñimiento.
- Aumentar en la dieta los alimentos que contienen fibra y agua.
- Indicar al niño que lleve un registro de los ejercicios (p. ej., hacer una gráfica y pegar una estrella cada vez que practique los ejercicios).
- Véase *Estreñimiento* para intervenciones adicionales.

Boca seca

- Explicar a los niños mayores que los narcóticos disminuyen la producción de saliva.
- Indicar al niño que se enjuague la boca con frecuencia, chupe caramelos ácidos sin azúcar, coma trozos de piña y sandía y beba líquidos con frecuencia.
- Explicar la necesidad de lavarse los dientes después de cada comida.
- Suspender los medicamentos/tratamientos que están causando síntomas tan pronto como sea apropiado.

Asistir a los niños con las secuelas de dolor

- Indicar al niño cuando haya terminado el procedimiento doloroso. Permitir que el niño tenga contacto con el padre o la persona con quien siente consuelo.
- Animar al niño a hablar sobre la experiencia del dolor (que dibuje o represente con muñecos).
- Animar al niño a realizar el procedimiento doloroso con el mismo equipo en un muñeco y bajo supervisión.
- Alabar al niño por su resistencia y transmitirle lo bien que maneja el dolor independientemente de la conducta real (a menos que el niño sea violento con los demás).
- Premiar al niño por su buen comportamiento con una pegatina, helado, golosina permitida u otro premio.
- Enseñar al niño a mantener un registro de las experiencias dolorosas y planificar una recompensa cada vez que alcance una meta de comportamiento, como una pegatina (recompensa) por cada vez que el niño se mantenga quieto (objetivo) al aplicarle una inyección. Fomentar objetivos alcanzables; quedarse quieto al aplicar una inyección puede no ser posible para todos los niños, pero contar o respirar profundo tal vez sí.
- Consultar con especialistas infantiles cómo enseñar las técnicas de afrontamiento, tener distracciones y modificar la conducta en casos en que el niño reciba tratamientos desagradables, repetitivos (p. ej., el niño que tiene dificultad con tomas de muestra sanguíneas de rutina frecuentes).

Colaborar con el niño a iniciar modalidades de alivio del dolor no invasivas apropiadas

- Fomentar la movilidad como se indica, sobre todo cuando el dolor es muy bajo.
- Hablar con el niño y los padres sobre las actividades que le gustan y las incorporen en el programa diario (p. ej., modelado en arcilla, dibujar/iluminar).

Ayudar a la familia a responder de manera óptima a la experiencia de dolor del niño

- Evaluar los conocimientos y la respuesta al dolor de la familia (p. ej., ¿los padres apoyan al niño que tiene dolor?).
- Asegurarse que los padres puedan tocar o sostener a su hijo, si es posible (p. ej., demostrar que se puede tocar incluso con tubos y equipos).
- Proporcionar información precisa para corregir los conceptos erróneos (p. ej., la necesidad del tratamiento a pesar de que causa dolor).

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Proporcionar al niño y su familia explicaciones de manera continua.
- De ser necesario, solicitar el apoyo de profesionales de la salud mental disponibles con imaginación guiada, relajación progresiva e hipnosis.

- Utilizar los servicios del dolor disponibles (equipo del dolor) en los centros de atención de salud pediátricos para un enfoque interdisciplinario e integral para el manejo del dolor en los niños.

Dolor crónico

Definición de la NANDA-I*

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 superior a 3 (> 3) meses.

Características definitorias

El individuo reporta que el dolor ha existido por más de 3 meses (pueden ser los únicos datos presentes para la evaluación).

Evidenciar el dolor con el uso de pruebas de comportamiento de dolor estandarizadas para aquellos que no pueden comunicarse verbalmente (p. ej., Neonatal Infant Pain Scale, lista de evaluación de dolor para aquellas personas con capacidad limitada para comunicarse):

Disconfort

Enojo, frustración, depresión a causa de la situación

Expresión facial de dolor

Anorexia, pérdida de peso

Insomnio

Movimientos de defensa

Espasmos musculares

Enrojecimiento, inflamación, calor

Cambios de color en el área afectada

Anormalidades de los reflejos

Factores relacionados

Véase *Disconfort*.

Nota de la autora

Se tienen informes de 2011 que en Estados Unidos, al menos 116 millones de adultos viven con dolor crónico (Institute of Medicine, 2011). "No importa cuál sea la causa o el patrón del dolor, su cronicidad provoca estrés fisiológico y psicológico que desgasta al paciente (y sus seres queridos) física y emocionalmente" (*D'Arcy, 2008).

La verdadera tragedia de experimentar el dolor crónico es que los profesionales de la salud no entienden la experiencia vivida o tal vez peor aún, proyectan incredulidad o elogio hacia quienes lo sufren. "Por tanto el dolor y la enfermedad psicológica se deben considerar como efectos psicológicos y de comportamiento recíprocos que implican los procesos de expresión y adaptación de enfermedades, así como el dolor que tiene efectos específicos sobre el estado emocional y función conductual" (*Von Korff y Simon, 1996).

NOC

Control del dolor, nivel del dolor, dolor: efectos perturbadores, control del dolor, control de la depresión, dolor: respuesta psicológica adversa.

Objetivos

El individuo relacionará la mejoría del dolor y el aumento de las actividades diarias, como lo demuestran los siguientes indicadores:

- Relacionar lo que otros validan de la existencia de su dolor.
- Practicar medidas de alivio del dolor no invasivas seleccionadas.

El niño demostrará un mecanismo de afrontamiento al dolor, los métodos para controlar el dolor y la causa/enfermedad del dolor, como se demuestra con el aumento en el juego y las actividades infantiles habituales y los siguientes indicadores:

- Comunicar verbalmente la mejoría del dolor, según la escala de valoración del dolor o el comportamiento (especificar).
- Mantener un rol familiar habitual y las relaciones a lo largo de la experiencia del dolor, como lo demuestra (especificar).

NIC

Manejo del dolor, administración de medicamentos, promoción de ejercicio, manejo del estado de ánimo, mejora del afrontamiento.

Intervenciones

Evaluar la experiencia de dolor de la persona

Evaluar los factores que disminuyen la tolerancia al dolor

- Véase *Dolor agudo*.

Disminuir o eliminar los factores que aumentan el dolor

- Véase *Dolor agudo*.

Explorar la experiencia de dolor de la persona/las familias y la influencia de su cultura

- Problemas de lenguaje e interpretación.
- Renuencia a compartir quejas personales.

R: *Algunos grupos culturales tienden a inculcar la auto-eficacia de los integrantes, es decir, un sentido de control sobre la vida, incluyendo la forma de responder y controlar el dolor.*

- Creen que pueden ejercer poca influencia sobre el futuro (p. ej., fatalista).
- Consideran el dolor como algo que se debe tolerar o se merece como castigo.
- Confusión sobre los comportamientos no verbales.
- Renuencia a usar medicamentos para el dolor (p. ej., temores por un mal uso, tabúes culturales).

Determinar con la persona y la familia los efectos del dolor crónico en la persona

- Bienestar físico (fatiga, fuerza, apetito, sueño, función, estreñimiento, náuseas).
- Bienestar psicológico (ansiedad, depresión, afrontamiento, control, concentración, sentido de utilidad, temor, placer).
- Bienestar espiritual (religiosidad, incertidumbre, cambios positivos, sentido de propósito, esperanza, sufrimiento, significado del dolor, trascendencia).
- Bienestar social (apoyo a la familia, angustia de la familia, sexualidad, afecto, empleo, aislamiento, carga financiera, apariencia, roles, relaciones).

Ayudar a la persona y la familia a afrontar los efectos del estado de ánimo del dolor persistente

- Explicar la relación entre el dolor crónico y los trastornos del estado de ánimo (p. ej., ira, ansiedad, depresión).
- Fomentar la verbalización en relación con las situaciones difíciles.
- Escuchar con atención.
- Véase *Afrontamiento ineficaz* para intervenciones adicionales.

Colaborar con la persona acerca de los posibles métodos para reducir la intensidad del dolor

- Véase *Dolor agudo*.

Colaborar con la persona para iniciar medidas no farmacéuticas apropiadas para aliviar el dolor[5]

- Véase *Dolor agudo*.

Discutir los temores (personales, familiares) de adicción y bajo tratamiento del dolor

- Explicar la tolerancia en comparación con la adicción. Véase *Dolor agudo* para intervenciones.

Reducir o eliminar los efectos secundarios comunes de los opioides

Estreñimiento

- Para las personas con factores de predisposición (edad avanzada, inmovilidad, mala alimentación, patología intraabdominal, bajo tratamiento con otros medicamentos para el estreñimiento):
  - Considerar la terapia profiláctica laxante (p. ej., 2 tabletas senna al acostarse con o sin un ablandador de heces).
  - Animar a la persona a consumir más fibra y una mayor cantidad de líquidos.

Náuseas y vómito (Véase *Náuseas*)
Boca seca (Véase también *Deterioro de las membranas mucosas orales*)

- Explicar que los opioides disminuyen la producción de saliva.
- Indicar a la persona que enjuague la boca con frecuencia, chupe caramelos ácidos sin azúcar, comer trozos de piña o sandía (si está permitido), y beber líquidos con frecuencia.
- Explicar la necesidad de una buena higiene bucal y dental.

Explicar a la persona y la familia los varios métodos no invasivos para aliviar el dolor y su eficacia

- Explicar los usos terapéuticos de preparaciones de mentol, masaje y vibración.
- Enseñar a la persona la meditación consciente.
  - Relajación (p. ej., yoga, ejercicios de respiración, visualización guiada).
  - Música.
- Hablar sobre el uso de aplicaciones de calor,* los efectos terapéuticos, indicaciones y precauciones relacionadas. Aplicar calor seco a la zona durante 20 a 30 minutos cada 2 horas durante tantos días como se indique.
  - Botella de agua caliente.
  - Baño en bañera o de inmersión con agua tibia.
  - El sol caliente del verano.
  - Cojín eléctrico de calor.
  - Paquete de calor húmedo.
  - Envoltura de plástico fina sobre el área del dolor para retener el calor corporal (p. ej., rodilla, codo).
- Hablar sobre el uso de aplicaciones de frío, los efectos terapéuticos, indicaciones y precauciones relacionadas. Usar una bolsa de hielo o hielo picado en una bolsa de plástico. Cubrir con una toalla y colocar en la zona durante 15 a 20 minutos cada hora como se indique.

- Toallas frías (escurridas).
- Bolsa de hielo.
- Masaje con hielo.
- Inmersión en agua fría para pequeñas partes del cuerpo.
- Paquete de gel frío.

- El paquete de hielo debe ser suave (p. ej., gel para ajustarse al sitio con dolor). Los paquetes de gel hechos en casa se preparan con 1 taza de agua a 1/4 taza de alcohol (pueden duplicar o triplicar las cantidades para las bolsas de hielo más grandes) y se vierten en una bolsa Ziploc sellada y colocada en otra bolsa para evitar fugas. Colocar en el congelador.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Animar a la familia a buscar ayuda si es necesario para problemas específicos, como hacer frente al dolor crónico: asesor familiar; agencias financieras y de servicios (p. ej., American Cancer Society).

Intervenciones geriátricas

- Evaluar el estado cognitivo (p. ej., demencia, delirio), estado mental (p. ej., ansiedad, agitación, depresión) y estado funcional.
- Explorar el impacto del dolor crónico en la funcionalidad de la persona dentro de la comunidad, incluyendo compras, tareas del hogar, y socialización, así como la capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana (AVC).
- Planear actividades diarias cuando el dolor está en su nivel más bajo.
- Evaluar el dolor crónico en adultos de edad avanzada puede ser particularmente difícil debido a las comorbilidades, la polifarmacia y los posibles efectos del aumento de la sensibilidad a los analgésicos (*Dewar, 2006).
- Se debe prestar especial atención a las creencias de las personas y las últimas experiencias que han tenido con el dolor y tratamientos para el dolor (*Dewar, 2006).
- La exploración del dolor crónico debe incluir su impacto en la funcionalidad del individuo dentro de la comunidad, incluyendo compras, tareas del hogar, y la socialización, así como la capacidad de realizar actividades cotidianas (*Dewar, 2006).

Intervenciones pediátricas

- Evaluar las experiencias de dolor mediante el uso de escalas de evaluación apropiadas para el desarrollo y mediante la evaluación de la conducta. Incorporar al niño y la familia en la evaluación continua. Identificar el potencial de ganancia secundaria por reportar el dolor (p. ej., compañerismo, atención, preocupación, cuidado, distracción);

incluir estrategias para satisfacer las necesidades identificadas en el plan de atención.

- Ajustar los objetivos a corto y a largo plazos para el manejo del dolor con el niño y la familia y evaluar periódicamente (p. ej., alivio del dolor total o parcial, comportamiento de control o la ansiedad asociada con el dolor).
- Promover el crecimiento y desarrollo normal; involucrar a la familia y los recursos disponibles, como terapeuta ocupacional, fisioterapeuta y terapeuta de la vida infantil.
- Promover los aspectos "normales" de la vida del niño: juego, la escuela, las relaciones familiares, la actividad física.
- Promover un ambiente de confianza para el niño y la familia.
- Creer en el dolor del niño.
- Fomentar la percepción del niño que las intervenciones son con la intención de ayudar.
- Proporcionar continuidad en la atención y el tratamiento del dolor por parte de los proveedores de atención médica (enfermera, médico, equipo del dolor) y en diferentes entornos (hospitalario, ambulatorio, servicio de urgencias, casa).
- Usar el equipo interdisciplinario para el manejo del dolor según sea necesario (p. ej., enfermera, médico, terapeuta de la vida infantil, terapeuta de salud mental, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista).
- Identificar los mitos y conceptos erróneos acerca del manejo del dolor pediátrico (p. ej., analgesia intramuscular, uso de narcóticos y dosificación, evaluación) en las actitudes de los profesionales de la salud, el niño y la familia; proporcionar información precisa y oportunidades para una comunicación eficaz.
- Proporcionar oportunidades para que los padres y hermanos compartan sus experiencias y temores.

Síndrome de dolor crónico

Definición

Experiencia sensitiva y emocional desagradable relacionada a una lesión tisular real o potencial o descrita en términos del daño (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final esperado o previsible y una duración superior a 3 (> 3) meses.

Características definitorias de la NANDA-I

Alteración de la capacidad para continuar con actividades anteriores

Alteración del patrón del sueño

Anorexia

Evidenciar el dolor con el uso de pruebas de comportamiento de dolor estandarizadas para aquellos que no pueden comunicarse verbalmente (p. ej., Neonatal Infant Pain Scale, Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate)

Expresión facial de dolor (p. ej., los ojos carecen de brillo, mirada golpeada, movimiento fijo o disperso, mueca)

El representante informa la presencia de dolor y cambios de conducta/actividad (p. ej., cuidadores miembros de la familia)

Auto-enfoque

Auto-reporte de intensidad usando escalas estandarizadas de intensidad del dolor (p. ej., escala FACES de Wong-Baker, escala visual análoga, escala de clasificación numérica)

Auto-reporte de las características del dolor (p. ej., dolor, quemazón, descarga eléctrica, alfileres y agujas, disparos, dolor/sensibilidad, puñaladas, palpitación) el uso de escalas de dolor estandarizadas (p. ej., el cuestionario del dolor McGill, inventario breve de dolor)

Factores relacionados con la NANDA-I

Edad > 50

Alteración en el patrón de sueño

Condición musculoesquelética crónica

Contusión

Lesión por aplastamiento

Daño al sistema nervioso

Estrés emocional

Fatiga

Género femenino

Fractura

Trastorno genético

Antecedentes de abuso (p. ej., físico, psicológico, sexual)

Antecedente de mutilación genital

Antecedente de sobreendeudamiento

Antecedente de posturas de trabajo estáticas

Antecedente de abuso de sustancias

Antecedente de ejercicio vigoroso

Desequilibrio de los neurotransmisores, neuromoduladores, y los receptores

Trastorno inmunológico (p. ej., neuropatía asociada al VIH, virus de la varicela-zóster)

Deterioro del funcionamiento metabólico

Aumento de índice de masa corporal

Estándares de sexualidad ineficaces

Agente de la lesión*

Estado isquémico

Desnutrición

Lesión muscular

Compresión nerviosa

Condición postraumática relacionada (p. ej., infección, inflamación)

Aumento prolongado de la concentración de cortisol

Manipulación repetida de cargas pesadas

Aislamiento social

Artritis reumatoide

Infiltración tumoral

Vibración de todo el cuerpo

Nota de la autora

El *Síndrome de dolor crónico* es un diagnóstico enfermero de la NANDA-I recién aceptado. Este "síndrome" es problemático, ya aprobado como un diagnóstico enfermero. Cuando se revisan las características definitorias, éstas representan el *Dolor crónico*. Cuando se revisa la lista de "factores relacionados", representan los factores causales o que contribuyen al *Dolor crónico*.

"Es importante distinguir entre el *Dolor crónico* y el *Síndrome de dolor crónico*. La fisiopatología del síndrome de dolor crónico (SDC) es multi-factorial y compleja y todavía no se conoce bien. El SDC se diferencia del dolor crónico en que las personas con SDC, con el tiempo, desarrollan una serie de problemas de la vida relacionados más allá de la sensación de dolor en sí. Es importante distinguir entre los dos, ya que responden a diferentes tipos de tratamiento" (Singh, 2014; Grossman y Porth, 2014).

El tratamiento del SDC debe adaptarse en forma individual a cada paciente. El tratamiento debe enfocarse en interrumpir el refuerzo de la conducta del dolor y la modulación de la respuesta al dolor. Los objetivos del tratamiento deben ser realistas y centrarse en restablecer la función normal (discapacidad mínima), una mejor calidad de vida, reducir el uso de medicamentos y prevenir la recaída de los síntomas crónicos.

Un programa autodirigido o de terapia física dirigida por un fisioterapeuta, individualizada a las necesidades y objetivos del paciente y que se proporciona en asociación con una terapia ocupacional (TO), tiene un papel importante en el restablecimiento funcional de los pacientes con SDC.

El objetivo de un programa de terapia física es aumentar de manera gradual la fuerza y la flexibilidad, comenzando con ejercicios de deslizamiento suave. Los pacientes por lo general son reacios a participar en la terapia física debido a un dolor intenso.

Las técnicas de terapia física incluyen aplicaciones de calor y frío, posicionamiento, ejercicios de estiramiento, tracción, masaje, terapia ecográfica, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET) y manipulaciones.

NOC

Control del dolor, nivel de dolor, dolor: efectos perturbadores, control del dolor, control de la depresión, dolor: respuesta psicológica adversa, afrontamiento, nivel de estrés.

Objetivos

El individuo experimentará una medida de alivio satisfactorio, como lo demuestra (especificar):

- Mayor participación en las actividades de recuperación.
- Reducción de los comportamientos de dolor (especificar).
- Mejora en el estado de ánimo, afrontamiento.

NIC

Manejo del dolor, administración de medicamentos, estimulación del ejercicio, manejo del estado de ánimo, mejora del afrontamiento, acupresión, aplicaciones de calor y frío, distracción.

Intervenciones

Véase *Dolor crónico* para las intervenciones relacionadas con el tratamiento del dolor de la persona.

Las intervenciones a seguir son las estrategias que utilizan los principios básicos de la terapia cognitivo-conductual que puede utilizar una enfermera profesional para:

- Crear una relación terapéutica con la persona.
- Promover la autoestima positiva.

- Recompensar los comportamientos no relacionados con la enfermedad.

Evaluar con cuidado sus creencias o prejuicios que puedan ser un obstáculo para proporcionar cuidados de enfermería empáticos, éticos y profesionales a esta persona

- Los individuos con este síndrome no fingen, sí sienten los síntomas. Consultar los conceptos clave para la diferenciación del *Trastorno facticio* y *de simulación*.

¿Considerar que...

- el *trastorno de síntomas somáticos* no es válido para esta persona?
- es posible diferenciar correctamente entre los "pacientes con dolor" y los "adictos no merecedores"?
- esta persona está fingiendo?
- esta persona busca fármacos?
- esta persona le hace perder su tiempo?
- la mayoría de las personas que toman crónicamente opioides es adictiva?

Al examinar sus inclinaciones, recordar que "no hay malos pensamientos, sólo malas acciones"

- Imponer límites en el número de enfermeras asignadas a la persona.
- Validar específicamente que usted considera que sus síntomas son reales. Compartir con otros integrantes del personal.
- Explorar específicamente qué le hace sentir menos estrés o angustia a la persona.
- "Escuchar para comprender en lugar de escuchar para responder" (Procter, Hamer, McGarry, Wilson y Froggatt, 2014, p. 93), en especial en discusiones no relacionadas con la enfermedad.
- Hacer un alto por su habitación cuando la persona no lo haya pe-dido o para ayudarla a estar más cómoda.

Disminuir su ansiedad acerca de las enfermedades (Boyd, 2012)

- Explicar las pruebas de diagnóstico que se ordenaron.
- No aconsejar que tal vez sean necesarias pruebas de diagnóstico específicas.

Explicar a la persona y la familia los diversos métodos no invasivos para aliviar el dolor y su eficacia

- Explicar los usos terapéuticos de preparaciones de mentol, masaje y vibración.
- Enseñar a las personas meditación consciente.
  - Relajación (p. ej., yoga, ejercicios de respiración, visualización guiada).
  - Música.

Iniciar educación para la salud derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Aclarar a la persona y la familia el seguimiento recomendado.

Dolor de parto

Definición de la NANDA-I*

Experiencia sensitiva y emocional que varía de agradable a desagradable, asociada al trabajo de parto y el parto.

Características definitorias

- Alteración de la tensión muscular
- Alteración en el funcionamiento neuroendocrino
- Cambio en la presión arterial
- Cambio en la frecuencia cardíaca
- Cambio en la frecuencia respiratoria
- Diaforesis
- Conductas de distracción
- Conducta expresiva
- Expresión facial
- Aumento del apetito
- Falta de apetito
- Foco de atención limitado
- Náusea
- Pruebas evidentes de contracciones
- Sensación de presión perineal
- Postura para aliviar el dolor
- Gesto protector
- Dilatación pupilar
- Informes de presión[6]
- Informes de dolor
- Solicita intervenciones para aliviar el dolor[4]
- Centrada en sí misma
- Alteración del patrón del sueño
- Vómito

Factores relacionados

Fisiológicos

Relacionados con el período de dilatación (contracciones uterinas, estiramiento cervical y dilatación y distensión del segmento uterino inferior)

Relacionados al período de transición y expulsión (contracciones uterinas y distensión del piso pélvico, la vagina y el perineo, presión en los nervios pélvicos)

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados a:

Temor

Ansiedad

Estrés emocional

Anticipación del dolor

Sin educación prenatal

Carencia de apoyo laboral

Fatiga

Anemia

Experiencia anterior con dolor

Antecedente de pérdida perinatal

Antecedentes de muerte neonatal

Antecedentes de problemas de la salud neonatal

Posición fetal

Procedimientos quirúrgicos previos

Barreras del lenguaje

Abuso de sustancias (antecedentes, presente)

Antecedentes de abuso

Antecedentes de abuso sexual/violencia

Antecedentes de traumatismo

Orientación sexual

De maduración

Adolescente

Retraso en el desarrollo

Nota de la autora

Este nuevo diagnóstico enfermero de la NANDA-I contiene la etiología del dolor en la declaración del diagnóstico. Lo problemático son los factores relacionados cuando una mujer está experimentando el dolor de parto normal. La experiencia del trabajo de parto puede ser complicado cuando la madre tiene 14 años, es drogadicta o si hay antecedentes de pérdida perinatal. El dolor del parto se complica con el temor y la ansiedad; por tanto, el diagnóstico enfermero se debe agregar a los factores relacionados que reflejan por qué esta experiencia de trabajo puede ser más difícil y la necesidad de más personal de enfermería.

El *dolor de parto* puede ser más útil clínicamente como *síndrome de labor de parto*, lo que incluiría *dolor agudo*, *disconfort*, *temor*, *ansiedad* e *interrupción de los procesos familiares*.

NOC

Véase *Dolor agudo*.

Objetivos

La madre reportará o exhibirá un nivel del dolor satisfactorio, como lo demuestra con:

- Reducción de los comportamientos de dolor (especificar).
- Mayor relajación entre las contracciones.
- Mejora de las habilidades de afrontamiento.

NIC

Véase *Dolor agudo*.

Intervenciones

Consultar el diagnóstico enfermero *Dolor agudo* para intervenciones básicas de manejo del dolor.

Evaluar el progreso en el trabajo de parto

- Patrón de contracción uterina.
- Dilatación cervical.
- Posición y estación fetal.

R: *El lugar y la intensidad del dolor varían con la etapa del trabajo de parto.*

Evaluar la disposición de la persona de apoyo para participar

Determinar el efecto de

- La edad y el estado de desarrollo.
- La cultura y la religión en las expectativas.

R: *La experiencia de vida, la etapa de desarrollo y las normas culturales o religiosas influyen en la percepción y la expresión del dolor.*

Proporcionar medidas de confort

- Cambiar de ropa y blancos según sea necesario.
- Atención perineal frecuente.
- Refrescar con un paño húmedo la frente, el cuello o la parte superior de la espalda.

Proporcionar apoyo durante el trabajo de parto

R: *Las mujeres que reciben el apoyo de forma continua durante el trabajo de parto tienen mejores resultados en comparación con las mujeres que no tienen dicho apoyo directo disponible. El elemento que mejor predice la experiencia del dolor del parto de una mujer es su nivel de confianza en su capacidad de afrontar el trabajo de parto*

*(*Simkin y Bolding, 2004).*

- Lo ideal es que el apoyo durante el trabajo de parto sea continuo y lo proporcionen varias personas.
- El apoyo durante el trabajo de parto debe ser al principio del parto y continuar hasta el alumbramiento.
- Ayudar a la mujer a afrontar el dolor, a construir su confianza en sí misma, y a mantener un sentido de dominio y bienestar.
- Apoyar las decisiones y deseos de la paciente para su experiencia en el alumbramiento.
- Ofrecer aceptación sobre su estilo de afrontamiento.
- Reforzar los mecanismos de afrontamiento positivos.
- Presentar y demostrar nuevos métodos para hacer frente al dolor.

R: *Para las mujeres en trabajo de parto, el apoyo continuo puede resultar en lo siguiente:*

- *Un trabajo de parto más corto.*
- *Disminución del uso de la analgesia/anestesia.*
- *Disminución de los partos vaginales operatorios o los partos por cesárea.*
- *Menor necesidad de oxitocina/uterotónicos.*
- *Mayor probabilidad de la lactancia materna.*
- *Mayor satisfacción con la experiencia del parto.*
- *Muchos de los resultados de parto de la madre antes mencionados, también benefician al neonato (*AWHONN, 2011).*

Recomendar una ingesta adecuada de líquidos por vía oral mediante el control de la ingesta oral e IV y ofreciendo los siguientes

- Trozos de hielo.
- Helados de agua.
- Gelatina.
- Caramelos.
- Paños húmedos.

Alentar a la mujer a la micción por lo menos cada 2 horas si no tiene catéter urinario

- Cateterizar a la paciente como se indique.

R: *La distensión de la vejiga puede interferir con el descenso fetal y aumentar el dolor de la contracción uterina.*

Guiar y apoyar a la mujer y a su persona de apoyo en el uso de técnicas de autoconsuelo

Demostrar y animar a la persona de apoyo para que ayude con técnicas de apoyo según sea necesario

R: *La investigación cualitativa ha demostrado que uno de los aspectos más significativos de la experiencia del trabajo de parto para las mujeres es la presencia de una o más personas de apoyo. Las mujeres después del parto informan que una de las cosas que contribuyen a una experiencia de parto positiva es la presencia de un integrante de la familia o una amistad en la habitación (Burke, 2014).*

Alentar el descanso y promover la relajación entre las contracciones

Estimular y apoyar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor

R: *Lograr un estado de relajación es la base de todas las intervenciones no farmacológicas durante el trabajo de parto. La relajación mejora la eficacia de las estrategias de manejo no farmacológico del dolor y farmacológicas (Burke, 2014).*

- Técnicas de relajación.
- Técnicas de respiración.

R: *Las técnicas de respiración se utilizan como una distracción durante el trabajo de parto para disminuir el dolor y promover la relajación (Burke, 2014).*

- Desalentar la posición supina para evitar la hipotensión supina o el síndrome de la vena cava.
- Fomentar el movimiento físico, cambios frecuentes de posición y la deambulación.

R: *Las mujeres eligen de forma natural posiciones de confort y son más propensas a cambiar de posición al inicio del trabajo de parto (Burke, 2014).*

- Apoyarse o inclinarse hacia adelante con apoyo.
- Estar sentada o de pie.
- Decúbito lateral.
- Las almohadas ayudan con el posicionamiento.
- Colocarse en cuclillas: manos y rodillas.
- Mecedora.
- Pelota de parto.

R: *La pelota de parto proporciona soporte para el cuerpo de la mujer ya que ella asume una variedad de posiciones durante el trabajo de parto. Esto puede mejorar la comodidad materna. Una pelota de parto ayuda a la mujer el uso del balanceo pélvico, promueve la movilidad y ayuda a proporcionar apoyo a la mujer en la posición vertical (*AWHONN, 2008 a, b).*

- Biorretroalimentación.

- Hipnosis.
- Enfoque de la atención-punto focal o imágenes.
- Música.
- Aromaterapia.
- Hidroterapia.
  - Ducha, piscina o bañera.

R: *Con la atención adecuada a la temperatura del agua, la duración del baño, y las consideraciones de seguridad, los baños en el trabajo de parto son eficaces para reducir el dolor y el sufrimiento durante el parto (*Simkin y Bolding, 2004).*

- Contacto.
  - Masaje, roce y presión contraria.
  - La aplicación de calor o frío.
  - Contacto terapéutico y contacto sanador.

R: *Diversas formas de contacto pueden transmitir a la mujer un sentido de cuidado, confianza, comprensión, o apoyo no verbal (Simkin y Ancheta, 2011). El uso intencional del masaje se emplea durante el trabajo de parto como una técnica de relajación y reducción del estrés que funciona como una distracción, puede estimular las fibras nerviosas cutáneas que bloquean los impulsos dolorosos, y estimula la liberación local de endorfinas (Burke, 2014).*

  - TENS disminuye la percepción del dolor al ofrecer una sensación alterna.

R: *TENS proporciona beneficios de alivio del dolor moderado y es una opción satisfactoria para la mayoría de las mujeres que lo utilizan (*Simkin y Bolding, 2004).*

  - Acupuntura/acupresión.

R: *La acupuntura ofrece una alternativa eficaz para el alivio farmacológico para el dolor (*Simkin y Bolding, 2004).*

  - Inyecciones intradérmicas de agua estéril.

R: *Las inyecciones intradérmicas de agua estéril disminuyen el dolor de espalda baja en la mayoría de las mujeres en trabajo de parto sin efectos secundarios identificados en el feto o la madre (*Simkin y Bolding, 2004).*

Ofrecer o procurar medidas farmacológicas de alivio del dolor (Burke, 2014)

Sedantes e hipnóticos

- Producen sedación o sueño.
- Deprimen el sistema nervioso central.

- Disminuyen la ansiedad.
- Rara vez se utilizan hoy en día en la obstetricia debido a la larga vida media.
- Históricamente, se pensaba que a las mujeres con un trabajo de parto manifiesto prolongado les beneficiaba un breve lapso de descanso terapéutico o sueño después de administración de barbitúricos.

R: *Se pueden administrar antagonistas de los receptores H_1 con narcóticos durante el trabajo de parto para*

- *Disminuir la ansiedad.*
- *Aumentar la sedación.*
- *Disminuir las náuseas y el vómito.*

- Analgésicos.

R: *Los analgésicos permiten a las mujeres relajarse y descansar entre las contracciones debido a*

- *Un efecto de aturdimiento con el aumento en el umbral de dolor.*
- *La disminución de la percepción del dolor.*
- *La somnolencia.*

Consulte con el OB en caso de

- Analgesia neuroaxial

R: *La analgesia neuroaxial en el trabajo de parto*

- *Proporciona un alivio superior del dolor.*
- *Proporciona suficiente efecto analgésico con el mínimo bloqueo motor posible.*
- *Es un método flexible y eficaz para el alivio del dolor.*
- *Causa como resultado una menor depresión del sistema nervioso central en la madre y el neonato con respecto de otros métodos farmacológicos.*

- Anestesia regional (se usa con escasa frecuencia en la obstetricia moderna).
  - El bloqueo del nervio pudendo: proporciona anestesia vaginal, vulvar y perineal a través de una inyección del agente anestésico en las paredes laterales en el área del nervio pudendo.
  - El bloque paracervical: es una inyección del agente anestésico alrededor del cuello uterino.

Supervisar y evaluar los efectos de las intervenciones del tratamiento del dolor en la madre y el feto

- Evaluar el nivel de comodidad antes y después de las intervenciones de manejo del dolor.

- Vigilar la frecuencia cardíaca fetal en caso de características desalentadoras (véase estado fetal desalentador en *Riesgo de complicaciones de la disfunción de la reproducción*).

Alerta Clínica Informar al proveedor de la anestesia si ocurre cualesquiera de los siguientes eventos:

- Hipotensión.
- Bloqueo alto a nivel sensorial.
- Bradicardia.
- Compromiso respiratorio.
- Apnea.
- Entumecimiento o parálisis de brazos/manos.
- Náusea.
- Ansiedad.
- Menor nivel de conciencia.

Iniciar la educación para la salud, según esté indicado

- Informar a la madre y su familia sobre el proceso del trabajo de parto.
- Explicar la fisiología del dolor durante el trabajo de parto.
- Proporcionar información sobre las medidas analgésicas y anestésicas, los efectos secundarios y las complicaciones potenciales.
- Proporcionar información a la madre y su familia acerca de los procedimientos.

Náusea

Definición de la NANDA-I*

Sensación subjetiva y desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos.

Características definitorias*

Aversión a los alimentos	Reporta náuseas
Aumento de la deglución	Aumento de la salivación
Sensación de reflejo nauseoso	Reporta sabor agrio en la boca

Factores relacionados

Biofisiopatológicos

Relacionados con traumatismo tisular y espasmos musculares reflejos secundarios a:

- Gastroenteritis aguda
- Úlcera péptica
- Síndrome de intestino irritable
- Pancreatitis
- Infecciones (p. ej., intoxicación por alimentos)
- Sobredosis de drogas
- Cálculos renales
- Cólicos uterinos relacionados con la menstruación
- Mareo causado por el movimiento

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con los efectos de la quimioterapia, la teofilina, los digitálicos, los antibióticos y complementos de hierro

Relacionados con los efectos de la anestesia

Situacionales (personales, ambientales)

Ansiedad

- Olores y sabores desagradables
- Temor
- Dolor
- Factores psicológicos
- Estimulación visual desgradable

NOC

Nivel de comodidad, condicion nutricional, hidratación

Objetivos

La persona indicará disminución de las náuseas, como lo demuestran los siguientes indicadores:

- Menciona los alimentos o bebidas que no aumentan las náuseas.
- Describe los factores que aumentan las náuseas.

NIC

Tratamiento farmacológico, tratamiento de las náuseas, manejo de líquidos y electrólitos, tratamiento de la nutrición, terapia de relajación, tratamiento del vómito

Intervenciones

Tomar medidas para prevenir las náuseas relacionadas con el tratamiento

- El tratamiento agresivo antes, durante y después de la quimioterapia puede prevenir las

náuseas (Yarbro, Wujcik y Gobel, 2013).

- Prevenir de manera rigurosa las náuseas y el vómito en los pacientes con factores de riesgo (Pasero y McCaffery, 2011):
  - Género femenino.
  - No fumadores.
  - Antecedentes de mareos/náuseas posoperatorias/vómito.
  - Uso de anestésicos volátiles dentro de 0 a 2 horas, óxido nitroso y/u opioides intraoperatorios y posoperatorios.
  - Duración de la cirugía.
  - Tipo de cirugía (p. ej., laparoscópica, otorrinolaringología (ORL), de neurocirugía, mama, cirugía plástica).
- Consultar con el especialista para prevenir las náuseas posoperatorias y el vómito intraoperatorio y posoperatorio (Pasero y McCaffery, 2011).
- Usar analgésicos multimodales para reducir la dosis de opioides lo más bajo posible.
- Usar antieméticos multimodales como preinducción y al final de la cirugía.

Promover la comodidad durante la náusea y el vómito

- Proteger a aquellos que estén en riesgo de aspiración (inmóviles, niños).
- Atender la limpieza de la persona y el entorno.
- Proporcionar la oportunidad de una higiene bucal después de cada episodio.
- Aplicar un paño húmedo para la frente, el cuello y las muñecas de la persona.
- Ofrecer técnicas de distracción y relajación muscular (p. ej., música).

Reducir o eliminar los estímulos nocivos

Dolor

- Planear la atención para evitar procedimientos desagradables o dolorosos antes de las comidas.
- Proporcionar medicamento para el dolor a las personas 30 minutos antes de las comidas de acuerdo con las órdenes del médico/de la enfermera.
- Proporcionar una atmósfera agradable y relajada para comer (sin cómodos a la vista, sin prisas); intente “sorprenderla” (p. ej., flores con la comida).
- Organizar el plan de atención para disminuir o eliminar los olores nauseabundos o procedimientos cerca del horario de comidas.

Fatiga

- Enseñar o ayudar a la persona a descansar antes de las comidas.

- Enseñar a la persona a gastar un mínimo de energía en la preparación de los alimentos (cocinar en grandes cantidades y congelar varias comidas a la vez, solicitar la ayuda de los demás).

Olor de los alimentos

- Enseñar a la persona a evitar, de ser posible, el olor mientras cocina, por ejemplo, al freír alimentos o preparar el café (dar un paseo; seleccionar los alimentos que se pueden comer fríos).
- Sugerir el uso de alimentos que requieran poca cocción durante los períodos de náuseas.
- Sugerir que pruebe alimentos ácidos.

Disminuir la estimulación del centro del vómito

- Reducir las vistas y los olores desagradables. Restringir la actividad.
- Proporcionar higiene bucal después de vomitar.
- Enseñar a la persona a practicar la respiración profunda y la deglución voluntaria para suprimir el reflejo del vómito.
- Indicar a la persona que se siente después de comer, mas no que se acueste.
- Animar a la persona a comer alimentos más pequeños y comer despacio.
- Restringir los líquidos con las comidas para evitar la sobredistensión abdominal; evitar también los líquidos 1 hora antes y después de los alimentos.
- Aflojar la ropa.
- Animar a la persona a sentarse al aire fresco o usar un ventilador para hacer circular el aire.
- Recomendar a la persona que evite recostarse durante por lo menos 2 horas después de comer. (Una persona que debe descansar debe sentarse o reclinarse para que la cabeza esté al menos 10 centímetros por encima de la altura de los pies.)
- Aconsejar a la persona escuchar música.
- Ofrecer pequeñas cantidades de líquidos claros y alimentos y bebidas con jengibre.
- Ofrecer técnicas de relajación muscular y distracción para los pacientes adultos con cáncer.
- Si está calificado, utilizar la digitopresión posoperatoria en los puntos de presión.

Intervenciones maternales

Enseñar que hay informes de varias intervenciones para ayudar a controlar las náuseas durante el embarazo

- Asegurarle que la náusea es común durante el embarazo (Pillitteri, 2014).

- Evitar la fatiga y los movimientos bruscos.
- Evitar los alimentos grasosos, con alto contenido en grasa y los olores fuertes.
- Comer alimentos con alto contenido en proteínas y un tentempié antes de retirarse.
- Mascar goma o chupar caramelos duros.
- Comer carbohidratos al levantarse (p. ej., galletas saladas, pan tostado, dulces ácidos); retrasar el desayuno hasta que pasen las náuseas.
- Comer inmediatamente cuando sienta hambre.
- No pasar más de 12 horas sin comer.
- En caso de náuseas, dar tragos pequeños/consumir bebidas carbonatadas (p. ej., jarabe de cola, jugo de naranja, ginger ale y tés her-bales como el jengibre).
- Intentar respiraciones profundas de aire fresco.
- Recostar a la persona para aliviar los síntomas.
- Usar digitopresión (refiérase una descripción bajo Intervenciones generales para las náuseas).
- Explicar que el jengibre es un tratamiento eficaz para las náuseas y el vómito durante el embarazo. Consultar con el proveedor de OB si le permite tomar pequeñas cantidades de ginger ale.

Se recomienda avisar al proveedor de atención médica si la persona

- Vomita más de una vez al día.
- Pierde peso.
- No come lo suficiente durante el día.
- Tiene menos producción de orina o es de color amarillo más oscuro.
- Debe alterar su estilo de vida (p. ej., horario de trabajo) (Pillitteri, 2014).

DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN[7]

Deterioro de la comunicación

Deterioro de la comunicación verbal

Definición

La condición en la cual una persona presenta, o está en riesgo de presentar, dificultad para intercambiar con los demás pensamientos, ideas, deseos o necesidades.

Características definitorias

Mayores (deben estar presentes)

Habla o respuesta inadecuada o ausente

Deterioro en la capacidad para hablar u oír

Menores (pueden estar presentes)

Incongruencia entre los mensajes verbales y no verbales

Tartamudeo

Arrastrar las palabras

Problemas para encontrar las palabras

Voz débil o ausente

Declaraciones de ser malinterpretado o de no entender

Disartria

Afasia

Barrera del idioma

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con un pensamiento desordenado, poco realistas secundarios a:

Trastorno esquizofrénico	Trastorno delirante
Trastorno psicótico	Trastorno paranoide

Relacionados con alteraciones en la función motora de los músculos del habla secundaria a:

Accidente cerebro vascular (“ataque cerebral”)

Traumatismo bucal o facial

Daño cerebral (p. ej., nacimiento/trauma en la cabeza)

Depresión del sistema nervioso central (SNC)/ aumento de la presión intracraneal

Tumor (de la cabeza, el cuello o la médula ósea)

Hipoxia crónica/disminución del flujo sanguíneo cerebral

Enfermedades del sistema nervioso (p. ej., miastenia gravis, esclerosis múltiple, distrofia muscular, enfermedad de Alzheimer)

Parálisis de las cuerdas vocales/tetraplejía

Relacionados con el deterioro de la capacidad para producir el habla secundarios a:

Insuficiencia respiratoria (p. ej., dificultad para respirar)

Edema laríngeo/infección

Deformidades orales

- Labio o paladar leporino
- Falta de dientes
- Oclusión dental defectuosa o fractura de mandíbula
- Disartria

Relacionados con discapacidad auditiva

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con el deterioro de la capacidad para producir el habla secundarios a:

- Intubación endotraqueal
- Traqueostomía/traqueotomía/laringectomía
- La cirugía de la cabeza, la cara, el cuello o la boca
- Dolor (especialmente de la boca o la garganta)
- Depresores del SNC

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con una disminución de la atención secundaria a la fatiga, ira, ansiedad o dolor

Relacionados con la falta de acceso o mal funcionamiento del audífono

Relacionados con la barrera psicológica (p. ej., temor, timidez)

Relacionados con la falta de privacidad

Relacionados con la falta de disponibilidad de un intérprete

De maduración

Lactante/niño

Relacionados con una estimulación sensorial inadecuada

Adulto mayor (pérdidas auditivas)

Relacionados con discapacidad auditiva

Relacionados con deterioros cognitivos secundarios a (especificar)

Nota de la autora

El diagnóstico *Deterioro de la comunicación* es clínicamente útil en las personas con deficiencia de la comunicación receptiva y las barreras del idioma.

Es posible que el diagnóstico *Deterioro de la comunicación* no funcione para describir problemas de comunicación que son manifestación de una enfermedad psiquiátrica o problemas de adaptación. Si las intervenciones de enfermería se centran en la reducción de las alucinaciones, el temor, o la ansiedad, el diagnóstico más adecuado sería *Confusión*; *temor* o *ansiedad*.

NOC

Comunicación.

Objetivos

La persona informa que se siente más satisfecha con su capacidad de comunicarse, como lo demuestran los siguientes indicadores:

- Demuestra una mayor capacidad de comprensión.
- Demuestra una mejor capacidad para expresarse.
- Usa métodos alternativos de comunicación, como se indica.

NIC

Mejora de la comunicación: habla, mejora de la comunicación: oír, escuchar de manera activa, mejora de la socialización.

Intervenciones

Identificar un método para comunicar necesidades básicas

- Evaluar la capacidad de comprender, hablar, leer y escribir.
- Ofrecer métodos alternativos de comunicación.
  - Usar una computadora, una libreta y lápiz, señales de mano, parpadeo de los ojos, movimientos de cabeza, y sonidos de campana.
  - Hacer tarjetas con imágenes o palabras que representen frases de uso frecuente (p. ej., "Humedece mis labios", "Mueve mi pie", "Necesito un vaso de agua" o "Necesito el cómodo").
  - Procurar que la persona señale, utilice gestos y haga mímica.
- Practicar el "escuchar para entender en lugar de escuchar para responder" para tranquilizarse (Procter, Hamer, McGarry, Wilson, y Froggatt, 2014, p. 93).

Identificar los factores que promueven la comunicación

- Generar una atmósfera de aceptación y privacidad.

- Ofrecer un ambiente sin prisas.
- Utilizar técnicas para una mayor comprensión.
  - Ver de frente a la persona y, de ser posible, establecer contacto visual. Evitar pararse o sentarse detrás de la persona.
  - Utilizar instrucciones u órdenes sencillas de un paso.
  - Relacionar palabras con acciones; utilizar imágenes.
  - Validar que el individuo entiende el mensaje.
  - Proporcionar información por escrito para reforzar.

Si la persona puede leer el habla, no lo llame lector de labios (Bauman y Gell, 2000; Office of Student Disabilities Services, 2014)

- Mirar directamente a la persona, incluso un leve giro de la cabeza puede afectar la vista para la lectura del habla y
  - hablar despacio y claro.
  - no gritar, exagerar ni articular de más.
  - tratar de pronunciar cada palabra sin fuerza o tensión. Las frases cortas son más fáciles de entender que las largas.
  - no llevar objetos a la boca al hablar.
  - los bigotes ocultan los labios y llevarse las manos delante de la cara puede dificultar que vea sus labios.
  - evitar pararse frente a la luz, que la luz le dé en la cara para que la persona pueda ver sus labios.
  - si la persona luce sorprendida/perpleja/desconcertada, hacer un alto y aclarar.
  - usar preguntas abiertas que deben ser contestadas con más de un "sí" o "no".
- Reforzar comunicaciones importantes escribiéndolas.

Evaluar la capacidad de comunicarse en español, determinar el idioma que habla mejor la persona

- No evaluar la comprensión de la persona con base en respuestas de "sí" o "no".
- Evaluar la capacidad del individuo para leer, escribir, hablar y comprender el español y las banderas rojas para la falta de comprensión (De Walt y cols., 2010).
- Usar un traductor con fluidez cuando se hable de cuestiones importantes (p. ej., al elaborar una historia clínica, firmar la autorización para una cirugía). Refuerce las comunicaciones a través del traductor con información escrita. (Muchos hospitales requieren de un "Traductor certificado" por lo menos una vez al día. Esto se debe documentar en el expediente médico de acuerdo con la política del hospital.)
- De ser posible, permita que el traductor pase tanto tiempo como lo desee la persona

(sea flexible con el reglamento para los visitantes).

- Si no hay un traductor disponible, planear una visita diaria de alguien que hable un poco el mismo idioma que la persona. (Muchos hospitales y oficinas de bienestar social tienen una base de idiomas con los nombres y números de teléfono de las personas que están dispuestas a traducir.)
- Utilizar un sistema de traducción telefónica cuando sea necesario.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Consultar con un especialista del habla o en audiología.

Intervenciones pediátricas

- Utilizar palabras y gestos apropiados para la edad.
- Hablar primero con los padres y permitir que el niño observe. Incluir poco a poco al niño.
  - Abordar al niño lentamente y hablar con una voz tranquila, sin prisas, confiable.
  - Adoptar una posición a nivel de los ojos.
  - Utilizar palabras sencillas y frases cortas.
  - Hablar sobre algo no relacionado con la situación actual (p. ej., la escuela, el juguete, el pelo, la ropa).
- Ofrecer tantas opciones como sea posible.
- Animar al niño a compartir lo que le preocupa y a qué le teme.
- Dar al niño la oportunidad de tocar y utilizar los artículos (p. ej., estetoscopio, depresor de lengua).

Intervenciones geriátricas

- Si la persona puede oír con un audífono, asegúrese de que esté encendido y en funcionamiento.
- Si la persona puede escuchar sólo con un oído, hablar despacio y con claridad en el oído bueno. Es más importante hablar con claridad que en voz alta.
- Si la persona puede leer y escribir, tener papel y lápiz en todo momento (incluso cuando vaya a otro departamento).
- Si la persona sólo puede entender el lenguaje de las señas, requiere un intérprete lo más que sea posible.
- Escribir y hablar todos los mensajes importantes.
- Comprobar que la persona entiende haciéndole preguntas que requieran respuestas más amplias que “sí” o “no”. Evitar preguntas como: “¿Entiende?”

- Evaluar si los tapones de cerumen alteran la audición.

Deterioro de la comunicación verbal

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias

Dificultad o incapacidad para hablar con palabras pero puede entender a los demás

Deficiencias de articulación o planificación motriz

Factores relacionados

Véase *Deterioro de la comunicación*.

NOC

Comunicación: capacidad expresiva.

Objetivos

La persona demostrará mejoras en la capacidad de expresarse, como lo harán notar los siguientes indicadores:

- Menor relación entre la frustración y la comunicación.
- El uso de métodos alternativos como se indican.

NIC

Escucha activa, mejora de la comunicación: dificultad para hablar.

Intervenciones

Identificar un método para comunicar las necesidades básicas

- Véase en *Deterioro de la comunicación* intervenciones generales.

Identificar factores que promueven la comunicación

Para personas con disartria (hablar despacio o arrastrando las palabras)

- No alterar su habla o mensajes porque la comprensión de la persona no está afectada; hablar a nivel de un adulto.

- Animar a la persona a hacer un esfuerzo consciente por hablar más despacio y más alto (p. ej., "Tomar una respiración profunda entre las oraciones").
- Pedir a la persona que repita las palabras poco claras; observar las señales no verbales para ayudarle a entender.
- Si la persona está cansada, hacer preguntas que sólo requieran respuestas cortas.
- Si el habla es ininteligible, enseñar a la persona el uso de gestos, mensajes escritos, y tarjetas de comunicación.

Para aquellos que no pueden hablar (p. ej., intubación endotraqueal, traqueostomía)

- Garantizar a la persona que va a recuperar el habla, si es así. De lo contrario, explique las alternativas disponibles (p. ej., habla esofágica, lenguaje de signos).
- No alterar su habla, el tono, o tipo de mensaje; hablar a nivel de un adulto.
- Usar gestos, movimientos de cabeza, pronunciar las palabras, escritura, usar tableros de letras/imágenes y palabras o frases adaptadas para satisfacer las necesidades de los pacientes individuales (Gross-bach, Stranberg, y Chlan, 2011).
- Utilizar la intervención para reducir el estrés y brindar comodidad en cada encuentro.
  - Contacto.
  - "Debe ser aterrador estar en su situación. ¿Hay algo que pueda hacer para que se sienta mejor, más seguro?
  - Asegurarse de que el sistema de timbre de llamada siempre esté visible y disponible.

Promover la continuidad de la atención para reducir la frustración

Observe si hay señales de frustración o retraimiento

- Hacer referencia verbalmente sobre la frustración de no poder comunicarse. Explicar que tanto la enfermera como la persona deben tener paciencia.
- Mantener una actitud tranquila y positiva (p. ej., "Le entiendo, vamos a trabajar en ello").
- Usar frases de reafirmación (p. ej., "Sé que es difícil, pero lo logrará").
- Mantener el sentido del humor.
- Permitir el llanto (p. ej., "No pasa nada. Sé que es frustrante. Llorar le ayudará a sacar todo").
- Para la persona con un dominio limitado del habla (p. ej., puede hacer peticiones simples, mas no oraciones muy largas), procurar que escriba o lleve un diario para expresar sus sentimientos y compartir inquietudes.
- Anticiparse a necesidades y hacer preguntas que requieran una respuesta sencilla de

"sí" o "no".

Mantener un plan de asistencia específica

- Documentar el método de comunicación que se utiliza (p. ej., "Uso de tarjetas de palabras", "Puntos para la silleta", tabla alfabética, materiales de escritura, tablero de fotos).
- Registrar las instrucciones para medidas específicas (p. ej., permita a la persona que conserve el pato en la cama).

Intervenciones pediátricas

- Establecer un método de comunicación adecuado para la edad.
- Si un niño pequeño no vocaliza, enseñarle gestos de lenguaje básicos (el tiempo, la comida, las relaciones familiares, las emociones, los animales, los números, las peticiones frecuentes).
- Asegurarse de que la familia y el niño estén conectados a los servicios para personas con discapacidad auditiva.
- Consultar con un patólogo del habla-lenguaje para una asistencia continua.

CONFUSIÓN AGUDA

Confusión aguda

Riesgo de confusión aguda

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias

Mayores (deben estar presentes)

Inicio abrupto de:

Alteración en el funcionamiento cognitivo*

Fluctuación en el nivel de conciencia*

*Fluctuación de la actividad psicomotora**

Mayor agitación* Incoherencia

Disminución de la capacidad para concentrarse	Temor
Desorientación	Ansiedad
Mayor inquietud*	Excitación
Hipervigilancia	

*Los síntomas empeoran por la noche o al estar cansado o en nuevas situaciones**

Menores (pueden estar presentes)

Delirio	Ideas delirantes
Alucinaciones*	Ideas erróneas*

Factores relacionados

Los factores que incrementan el riesgo para delirio y estados de confusión pueden clasificarse en los que aumentan la vulnerabilidad de la línea de fondo (p. ej., enfermedades subyacentes como demencia, accidente vascular cerebral o la enfermedad de Parkinson) y aquellos que precipitan la perturbación (p. ej., infección, sedantes, inmovilidad; Francis y Young, 2014).

Relacionado con el inicio abrupto de la hipoxia cerebral o la alteración en el metabolismo cerebral secundaria a (Miller, 2015):

Alteraciones de líquidos y electrólitos

Deshidración	Hipopotasemia
Acidosis/alcalosis	Hiponatremia/hipernatremia
Hipercalcemia/hipocalcemia	Hipoglucemia/hiperglucemia

Deficiencias nutricionales

Deficiencia de ácido fólico o vitamina B_{12}	Deficiencia de niacina
Anemia	Deficiencia de magnesio

Alteraciones cardiovasculares

Infarto de miocardio	Bloqueo cardíaco
Cardiopatía congestiva	Arteritis temporal
Disritmias	Hematoma subdural

Trastornos respiratorios

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: tuberculosis y neumonía

Embolia pulmonar

Infecciones

Septicemia

Meningitis, encefalitis

Infección de vías urinarias (especialmente en adultos ancianos)

Trastornos metabólicos y endocrinos

Hipotiroidismo/hipertiroidismo: hipoadrenocorticismo/hiperadrenocorticismo

Hipopituitarismo/hiperpituitarismo: hipotensión postural, hipotermia/hipertermia

Enfermedades de la paratiroides: insuficiencia hepática o renal

Trastornos del sistema nervioso central (SNC)

Accidente cerebrovascular

Infartos múltiples

Tumores

Hidrocefalia de presión normal

Traumatismo craneoencefálico

Convulsiones y estados posconvulsivos

Relacionados con el tratamiento

Relacionado con una alteración en el metabolismo cerebral secundario a:

Cirugía

Intoxicación por fármacos terapéuticos

- Neurolépticos: opioides
- Anestesia general

Efectos secundarios de los medicamentos:

Diuréticos	Barbitúricos	Sulfas
Digitalis	Metildopa	Ciprofloxacino
Propranolol	Disulfiram	Metronidazol
Atropina	Litio	Aciclovir
Hipoglucémico oral	Fenitoína	Antagonistas del receptor H_2
Antiinflamatorios	Preparaciones de marca libre para resfriado, tos y sueño	Anticolinérgicos
Fenotiazinas		
Benzodiacepinas		

Situacionales (personal, ambientales)

Relacionados con la alteración en el metabolismo cerebral secundarios a:

Abstinencia del alcohol, opioides, sedantes, hipnóticos

Intoxicación por metales pesados o monóxido de carbono

Relacionados con:

Dolor	Depresión
Impactación fecal	Situaciones desconocidas
Inmovilidad	

Relacionados con intoxicaciones químicas o medicamentos (especificar):

Alcohol	Metanfetaminas
Cocaína	PCP
Metadona	Opioides (p. ej., heroína)

Nota de la autora

"Confusión" es un término que utilizan las enfermeras con frecuencia para describir una serie de deterioros cognitivos. "Identificar a una persona como confundida es apenas un primer paso" (*Rasin, 1990; *Roberts, 2001). La confusión es un comportamiento que indica una alteración en el metabolismo cerebral.

La confusión aguda (delirio) puede ocurrir en cualquier grupo de edad, es posible que se desarrolle en un período de horas a días (Grossman y Porth, 2014). Los factores que aumentan los estados de riesgo de delirio y confusión se pueden clasificar en aquellos que aumentan la vulnerabilidad inicial (p. ej., enfermedades cerebrales subyacentes como la demencia, accidente cerebro vascular o enfermedad de Parkinson) y los que precipitan el trastorno (p. ej., infección, sedantes, inmovilidad). El trastorno se debe a una condición médica, intoxicación por sustancias, o un efecto secundario del medicamento (Francis y Young, 2014).

"La confusión crónica (demencia) es un síndrome de un deterioro adquirido persistente en varios dominios de la función intelectual, incluyendo la memoria, el lenguaje, la capacidad visual espacial, y la cognición" (Grossman y Porth, 2014, p. 65).

Las personas con demencia pueden experimentar confusión aguda (delirio). Las enfermeras deben determinar la función prehospitalaria y consultar con la familia para observar si hay deterioro.

NOC

Cognición, orientación cognitiva, distorsión del pensamiento de autocontrol.

Objetivos

La persona tendrá menos episodios de delirio, como lo demuestran los siguientes indicadores:

- Menos nerviosismo.
- Participa en las actividades de la vida diaria.
- Es menos combativo.

NIC

Manejo del delirio, técnica calmante, orientación a la realidad, manejo ambiental: seguridad.

Intervenciones

Promover el sentido de la integridad de la persona

- Educar a la familia, otras personas significativas y los médicos acerca de la situación y los métodos de afrontamiento (Young, 2001):
  - Explicar la causa de la confusión.
  - Explicar que la persona no se da cuenta de la situación.
  - Explicar la necesidad de ser paciente, flexible y estar tranquilo.
  - Destacar la necesidad de responder a la persona como un adulto.
  - Explicar que el comportamiento es parte de un trastorno y no es voluntario.
- Mantener los estándares de asistencia empática y respetuosa:
  - Esperar una atención empática y respetuosa, y supervisar su administración.
  - Intentar recabar la información de la conversación (gustos, disgustos, intereses, aficiones, historial de trabajo). Entrevistar a primera hora del día.
  - Animar a los cuidadores y otros seres queridos a hablar lentamente con un tono bajo de voz y en un volumen promedio (a menos que haya presencia de déficit auditivo), con contacto visual, y como si esperara que la persona entienda.
- Ser respetuoso y promover la participación.
  - Prestar atención a lo que dice la persona.
  - Elegir comentarios significativos y continuar hablando.
  - Llamar a la persona por su nombre y presentarse cada vez que tengan contacto; usar el contacto si se lo permite.
  - Usar el nombre que prefiera la persona; evitar el uso de términos como “papacito” o “mamita”, ya que puede aumentar la confusión y es inaceptable.
  - Transmitir a la persona que está preocupado y ser amable (a través de sonrisas, un paso lento, toque suave, humor, y elogios; no discutir).

- Centrarse en el sentimiento detrás de la palabra expresada o la acción.

Proporcionar suficiente información sensorial y significativa

- Reducir los cambios bruscos en el horario o la reubicación.
  - Mantenerse enfocado en el tiempo y el lugar.
  - Referirse a una hora del día y lugar cada mañana.
  - Proporcionar a la persona un reloj y un calendario lo bastante grandes para que los vea.
  - Asegurarse de que cuente con y utilice lentes correctivas.
  - Usar una linterna o luces tenues en la noche.
  - Utilizar una iluminación indirecta y encienda las luces antes de que oscurezca.
  - Brindar la oportunidad de que vea la luz del día y la oscuridad a través de una ventana, o que la persona salga al aire libre.
  - Señalar los días festivos con tarjetas o pines (p. ej., llevar un corazón rojo el día de san Valentín).
- Animar a la familia para traer objetos familiares desde su casa (p. ej., fotografías con vidrio antirreflejo, una manta).
  - Solicitar a la persona que le platique sobre la foto.
  - Concentrarse en temas conocidos.
- Al enseñar una tarea o actividad, como comer, dividir la misma en pasos pequeños, dando sólo una instrucción a la vez.

Hablar sobre los acontecimientos actuales y de temporada (nieve, actividades acuáticas); compartir sus intereses (viajes, manualidades)

No fomentar una confusión

- No discutir con la persona.
- Determinar la mejor respuesta a enunciados que causen confusión.
- A veces la persona confundida se consuela con una respuesta que reduce su temor; por ejemplo, “Quiero ver a mi mamá”, cuando su madre murió hace 20 años. La enfermera puede responder con: “Yo sé que tu mamá te amaba”.
- Dirigir a la persona de regreso a la realidad; no permitir que divague.
- Evitar hablar con los compañeros de trabajo acerca de otros temas en presencia de la persona.
- Recordar que debe hacer notar su llegada con un saludo y su salida con una despedida o enunciado (“Regreso en 10 minutos”).

Prevenir lesiones a la persona

- Véase *Riesgo de lesiones* a las estrategias para evaluar y manipular el entorno en caso de peligros.

Iniciar las referencias, según sea necesario

- Véase a los cuidadores para los recursos comunitarios apropiados.

Riesgo de confusión aguda

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a la 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

Consultar factores relacionados en *Confusión aguda*.

NOC

Véase *Confusión aguda*.

Objetivos

La persona demostrará un nivel continuo de orientación, atención y cognición.

Intervenciones

NOC

Consultar *Confusión aguda*.

CONFUSIÓN CRÓNICA

Definición de la NANDA-I*

Deterioro irreversible, de larga duración y/o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por la 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

Nivel de conciencia normal

Irreversible, de larga duración y/o progresiva:

- Alteración en la interpretación; deterioro cognitivo crónico
- Alteración de la memoria a largo plazo; deterioro del funcionamiento social
- Alteración en la personalidad; trastorno cerebral orgánico
- Alteración en la memoria a corto plazo; alteración en la respuesta a estímulos
- Alteración del funcionamiento cognitivo

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Enfermedad de Alzheimer*

Demencia multiinfarto (DMI)*

Demencia vascular (áreas dañadas del cerebro) a causa de la reducción del flujo sanguíneo (p. ej., de la hipertensión crónica, diabetes mellitus descontrolada)

Daño cerebral acumulado (p. ej., alcoholismo crónico o lesiones recurrentes en la cabeza [p. ej., exboxeadores profesionales o jugadores de fútbol])

Demencia frontotemporal (anteriormente llamada enfermedad de Pick)

Enfermedades inflamatorias y autoinmunitarias (p. ej., esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico, encefalitis)

Inyección de sustancias tóxicas

Tumores cerebrales

Enfermedades infecciosas (p. ej., trastorno neurocognitivo relacionado con VIH, encefalitis por herpes, neurosífilis)

Enfermedades terminales (sida, cirrosis, cáncer, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica)

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

Enfermedad neurológica degenerativa

Enfermedad de Huntington

Trastornos psiquiátricos

La demencia con cuerpos de Lewy es una forma de demencia debida a estructuras de proteínas anormales llamadas cuerpos de Lewy

Nota de la autora

Consultar *Confusión aguda*.

NOC

Capacidad cognitiva, orientación cognitiva, distorsión del pensamiento de autocontrol, vigilancia: seguridad, apoyo emocional, manejo ambiental, prevención contra caídas, técnica tranquilizante.

Objetivos

La persona participará en el máximo nivel de independencia en un ambiente terapéutico, como lo demuestran los siguientes indicadores:

- Menos frustración.
- Disminución de los episodios de combatividad.
- Más horas de sueño por la noche.
- Aumento o estabilidad del peso.

NIC

Manejo de la demencia: terapia multisensorial, estimulación cognitiva, técnica tranquilizadora, orientación a la realidad, manejo ambiental: seguridad.

Intervenciones

Determinar si se llevó a cabo una orientación antes del diagnóstico

Examinar con otros seres queridos quién era la persona antes del comienzo de la confusión

- Nivel educativo, carrera.
- Aficiones, estilo de vida.
- Estilos de afrontamiento.

Observar para determinar comportamientos iniciales

- El mejor momento del día.
- Tiempo de respuesta a una sola pregunta.
- Cantidad de distracción tolerada.
- Juicio.
- Comprensión de la discapacidad.
- Signos y síntomas de la depresión.
- Rutina.

Promover el sentido de integridad personal (Miller, 2015**)**

- Adaptar la comunicación a nivel de la persona:
  - Evitar "hablar de modo infantil" y un tono de voz condescendiente.
  - Usar enunciados simples y presentar un pensamiento a la vez.
- No discutir, a menos que esté en juego un problema de seguridad.
- Evitar preguntas generales como, "¿Qué le gustaría hacer?" Mejor preguntar: "¿Quiere ir a caminar o hacer los ejercicios en la alfombra?"
- Evitar preguntas cuyas respuestas sabe que la persona no puede contestar.
- Usar un contacto ligero para llamar su atención o para mostrar su preocupación a menos que se obtenga una respuesta negativa.

Promover la seguridad de la persona (Miller, 2015**)**

- Consultar *Riesgos de caídas* para las intervenciones adicionales.
- Asegurar la idoneidad y seguridad de los tratamientos invasivos (p. ej., equipo IV, catéteres urinarios, tubos gastrointestinales).

De estar combativo, determinar el origen del temor y la frustración

- Fatiga.
- Estímulos engañosos o inadecuados.
- Cambio en la rutina, el entorno, el cuidador.
- Presión para superar la capacidad funcional.
- Estrés físico, dolor, infección, enfermedad aguda, malestar.
- Proporcionar a la persona algo para que sostenga (p. ej., un muñeco de peluche).

En caso de producirse un episodio disfuncional o pérdida funcional repentina

- Dirigirse a la persona por su apellido.
- Asumir una posición dependiente de la persona.
- Distraer a la persona con claves sociales que requieran un comportamiento social automático (p. ej., "Señora Smith, ¿quiere un poco de jugo ahora?").
- Una vez que el episodio haya pasado, hablar acerca de éste con la persona.

Proporcionar terapia de orientación a la realidad y apoyo motivacional según las recomendaciones del terapista ocupacional

Proporcionar modalidades que involucren los cinco sentidos (oído, vista, olfato, gusto y tacto) y proporcionen estímulos favorables para la persona

- Estimular la visión (con artículos de colores brillantes de diferentes formas, imágenes, decoraciones de colores, caleidoscopios).
- Estimular el olfato (con flores, aromas calmantes de lavanda o loción perfumada).

- Estimular la audición (reproducir música con sonidos relajantes como el océano o la lluvia).
- Estimular el tacto (masaje, sillón reclinable con vibración, objetos difusos, terciopelo, seda, animales de peluche).
- Estimular el gusto (especias, sal, azúcar, sustancias amargas).

Técnicas para bajar el umbral del estrés (Hall y Buckwalter, 1987; Miller, 2015)

Tratar el Síndrome del ocaso

- Observar a las personas con demencia que muestran mayor agitación, inquietud y confusión en la tarde, al anochecer o en la noche. Consultar la prescripción de un profesional que indique si hay sospecha de condiciones subyacentes como una infección de las vías urinarias o apnea del sueño, como posible causa del empeoramiento del comportamiento del ocaso.
- Reducir los factores que puedan agravar la confusión al final del día, incluidos
  - Fatiga.
  - Iluminación baja.
  - Aumento de las sombras.
  - Alteración del "reloj interno" del cuerpo.
  - Dificultad para separar la realidad del sueño.

Proporcionar intervenciones para reducir el síndrome del ocaso (Khachiyants, Trinkle, Son, y Kim)

- Tratar de mantener una rutina predecible para la hora de dormir, despertar, los alimentos y las actividades.
- Permitir la exposición a la luz por la mañana temprano para ayudar a ajustar el reloj interno.
- Evitar las siestas diurnas para regular el ciclo del sueño.
- Planear actividades y la exposición a la luz durante el día para estimular el sueño nocturno.
- Limitar las siestas diurnas.
- Limitar la cafeína y el azúcar para horas de la mañana.
- Entre muchos factores, Smith (2010) informó que la iluminación baja y el aumento de las sombras puede agravar la confusión al final del día y el ocaso.
- Mantener encendida una luz de noche para reducir la ansiedad que se produce cuando los entornos son oscuros o poco conocidos.
- Por la tarde, tratar de reducir el ruido de fondo y estimular actividades, como ver el televisor, lo cual a veces puede ser molesto.

- En un entorno extraño o desconocido, llevar artículos conocidos como fotografías, para crear un ambiente más relajado, familiar.
- Poner música suave conocida por la noche o sonidos naturales relajantes, como el sonido de las olas.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Grupos de apoyo.
- Programas basados en la comunidad (p. ej., centro de cuidados, cuidados de relevo).
- Asociación para el Alzheimer (www.alz.org).
- Centros de atención de vida asistida a largo plazo.

CONTAMINACIÓN

Contaminación

Riesgo de contaminación

Definición de la NANDA-I*

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 causales incluyen pesticidas,* químicos,* biológicos,* desechos, radiación,* y contaminación.*

Efectos de exposición a pesticidas

Pulmonares

Reacción anafiláctica	Disnea
Asma	Bronquitis
Irritación de nariz y garganta	Fibrosis pulmonar
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Sensación de ardor en garganta y tórax	Bronquiolitis
	Hiperreactividad de las vías aéreas
Edema pulmonar	
	Daño a las membranas mucosas de las vías respiratorias
Falta de aliento	

Neumonía

Irritación de las vías aéreas superiores

Neurológicos

Síndrome de Reye

Confusión

Ansiedad

Convulsiones

Disminución del nivel de conciencia

Coma

Fasciculación muscular

Miotonía musculoesquelética

Neuropatía periférica

Pupilas puntiformes

Visión borrosa

Cefalea

Mareo

Depresión del SNC

Depresión

Parestesia

Gastrointestinales

Náuseas, vómitos, diarrea y síntomas parecidos a los de la gripe

Dermatológicos

Cloracné

Cardíacos

Arritmia cardíaca, taquicardia, bradicardia, bloqueo de la conducción e hipotensión

Hepáticos

Disfunción del hígado

Efectos de exposición a agentes químicos

Pulmonares

Irritación de la nariz y la garganta, disnea, bronquitis, edema pulmonar y tos

Neurológicos

Cefalea

Ataxia

Convulsiones

Cambios en el estado de ánimo

Delirio

Alucinaciones

Cambios en la memoria

Encefalopatía

Pérdida auditiva

Letargo	Nistagmo	Síndrome parecido al Parkinson
Inconsciencia	Diplopía	Euforia
Coma	Psicosis	Narcosis
Lagrimeo	Depresión del SNC	Síncope
Ataxia	Temblores	Hipertermia
Vértigo	Debilidad	
	Parálisis	

Renales

Acetonuria e insuficiencia renal

Gastrointestinales

Náuseas	Ulceración del tracto gastrointestinal
Vómitos	Acidosis metabólica

Endocrinos

Hiperglucemia, hipoglucemia	Dermatológicos

Dermatitis

Irritación de la piel y las membranas mucosas	Quemaduras dérmicas
	Inmunológicas
Quemaduras de las mucosas de los ojos, nariz, faringe y laringe	Alteración de la coagulación sanguínea y depresión de la médula ósea
Conjuntivitis	
Hiperpigmentación de la piel y las uñas	

Reproductivos

Acortamiento del ciclo menstrual

Cardíacos

Hipotensión y dolor de tórax

Oftálmicos

Cambios en las pupilas, visión borrosa, dolor ocular intenso, irritación de las córneas,

ceguera temporal o permanente

Hepáticos

Ictericia	Hepatitis
Hepatomegalia	Pancreatitis

Efectos de exposición a agentes biológicos

Bacterias

Carbunco (*Bacillus anthracis*): fiebre, escalofríos, sudoración profusa, fatiga profunda, tos poco productiva, náuseas, vómitos y malestar en el pecho

Cólera (*Vibrio cholerae*): profusa diarrea acuosa, vómitos, calambres en las piernas, deshidratación y choque.

Salmonela (*Salmonellosis*): fiebre, calambres abdominales, diarrea (algunas veces sanguinolenta), infección focalizada y septicemia

E. coli (*Escherichia coli* 0157:H7): grave, diarrea sanguinolenta, y calambres abdominales, leve o ninguna fiebre

Virus

Viruela (Variola virus): fiebre elevada, cabeza y dolores de cuerpo, vómitos y erupción en la piel con protuberancias y pústulas elevadas que se encostran, las costras forman una cicatriz picada

Fiebre hemorrágica del ébola (Ébola filovirus): cefalea, fiebre, dolor articular y muscular, dolor de garganta, debilidad seguida por diarrea, vómitos, dolor de estómago, erupción cutánea, enrojecimiento ocular y erupciones cutáneas

Fiebre de Lassa (virus Lassa): fiebre, dolor retroesternal, dolor de garganta, dolor de espalda, tos, dolor abdominal, vómitos, diarrea, conjuntivitis, hinchazón facial, proteinuria y hemorragia de la mucosa

Toxinas

Ricino: dificultad respiratoria, fiebre, tos, náuseas, opresión torácica, sudoración excesiva, edema pulmonar, cianosis, hipotensión, insuficiencia respiratoria, alucinaciones, convulsiones y sangre en la orina

Enterotoxina estafilocócica B: fiebre, cefalea, mialgia, malestar, diarrea, dolor de garganta, congestión nasal, rinorrea, ronquera y conjuntivitis

Efectos de exposición a radiación

Oncología

Cáncer de piel, cáncer de tiroides y leucemia

Inmunitarios

Respuesta alterada a la vacunación, supresión de la médula ósea, enfermedades autoinmunitarias

Genéticos

Mutaciones en el ADN, efectos teratógenos que incluyen el tamaño menor de la cabeza o del cerebro, malformación de los ojos, crecimiento anormalmente lento y retraso mental

Neurológicos

Daño del SNC, disfunción del sistema nervioso periférico, cambios neuroautoinmunitarios, y trastornos del control neuroendocrino

Dermatológicos

Quemaduras, irritación de la piel, sequedad, inflamación, eritema, descamación seca o húmeda, picazón, ampollas y ulceración

Intoxicación diseminada por radiación

Náuseas, fatiga, debilidad, pérdida de cabello, cambios en la bioquímica de la sangre, hemorragia, disminución de la función del órgano y la muerte

Oftálmicos

Cataratas, degeneración macular

Cardiovasculares

Cambios en el control cardiovascular, latidos irregulares, cambios en el electrocardiograma, desarrollo de aterosclerosis, hipertensión e isquemia

Pulmonares

Alteración en el volumen respiratorio, aumento en el número de enfermedades alérgicas, células anormales en la mucosa bronquial

Gastrointestinales

Alteración patológica en el sistema digestivo, inflamación del duodeno, hiperplasia espontánea de las membranas mucosas

Efectos de exposición a productos de desecho

Bacterias coliformes: diarrea, cólicos abdominales

Giardia lamblia (protozoos): diarrea, cólicos abdominales, náuseas y pérdida de peso

Cryptosporidium (protozoa): diarrea, cefalea, cólicos abdominales, náuseas, vómitos y fiebre baja

Hepatitis A (virus entérico): cansancio, anorexia, debilidad, náuseas, fiebre e ictericia

Helmintos (gusanos parásitos): diarrea, vómitos, gases, dolor estomacal y pérdida de

apetito

Fiebre

Efectos de exposición a la polución

Pulmonares: tos, jadeo, dificultad para respirar, congestión pulmonar y nasal, exacerbación de las alergias, intensificación del asma, dolor al respirar y cáncer pulmonar

Cardíacos: dolor torácico

Neurológicos: cefaleas, retraso en el desarrollo

Reproductivos: disminución de la fertilidad

Oftálmicos: irritación ocular

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Presencia de bacterias, virus y toxinas

Factores nutricionales (obesidad, deficiencias de vitaminas y minerales)

Estados de enfermedades preexistentes

Sexo (las mujeres tienen mayor proporción de acumulación de grasa corporal, lo que aumenta la posibilidad de acumular más toxinas liposolubles que los hombres; embarazo)

Historial de tabaquismo

Relacionados con el tratamiento

Vacunaciones recientes

Insuficiencia o ausencia del uso del protocolo de la descontaminación

Uso de ropa protectora inadecuado o nulo

Situacionales (personales, ambientales)

Inundaciones, terremotos u otros desastres naturales

Fugas en la sección de alcantarillado

Emisiones de plantas industriales; descarga intencional o accidental de contaminantes por industrias o negocios

Factores físicos: condiciones climáticas como temperatura, viento; área geográfica

Factores sociales: hacinamiento, saneamiento, pobreza, prácticas de higiene personal y familiar y falta de acceso a los cuidados de la salud

Factores biológicos: presencia de agentes transmisores (mosquitos, garrapatas, roedores)

Bioterrorismo

Ocupación

Prácticas alimentarias

Ambientales

Contaminación de los acuíferos por fosas sépticas

Contaminación accidental/intencional del abastecimiento de comida y agua

Exposiciones anteriores o concomitantes

Exposición a metales pesados o productos químicos, polución atmosférica, radiación, bioterrorismo y desastres

Uso de contaminantes ambientales en el hogar (pesticidas, químicos, radón, humo de tabaco)

Jugar en áreas libres donde se usan contaminantes ambientales

Tipo de superficie de suelo

De maduración

Características del desarrollo de los niños

Niños menores de 5 años de edad Adultos mayores

Edad de gestación durante la exposición

NOC

Nivel de ansiedad, nivel de temor, resolución del dolor, creencias de salud: percepción de amenaza, comportamiento de inmunización, control de infecciones, conocimiento: recursos para la salud, comportamiento de seguridad personal, control de riesgos de la comunidad, ambiente seguro en el hogar.

Objetivos

Se reducirán al mínimo los efectos adversos de contaminación en la salud de la persona.

NIC

Preparación comunitaria en caso de desastres, manejo ambiental, asistencia para el control de la ira, reducción de la ansiedad, facilitación del trabajo de dolor, intervención en crisis, asesoría, educación para la salud, evaluación de la salud, manejo de inmunizaciones/vacunación, control de infecciones, promoción de resiliencia, identificación de riesgos.

Intervenciones

Intervenciones generales

Ayudar a las personas a afrontar un incidente de contaminación; usar grupos que han sobrevivido a ataques terroristas como un recurso útil para las víctimas

- Proporcionar información precisa sobre los riesgos implicados, las medidas preventivas, el uso de antibióticos y vacunas.
- Ayudar a las víctimas a tratar los sentimientos de temor, vulnerabilidad y dolor.
- Alentar a las víctimas a hablar con otras personas sobre sus temores.
- Ayudar a las víctimas a pensar de manera positiva y avanzar hacia el futuro.

Intervenciones específicas

- Emplear la descontaminación de la piel con la exposición dérmica.
- Los efectos clínicos en los sistemas corporales varían con la exposición a agentes específicos. Vigilar cuidadosamente y proporcionar cuidados de apoyo.
- Emplear las debidas precauciones de aislamiento: universales, en el aire, gotas, y aislamiento de contacto.

Vigilar en la persona efectos terapéuticos, efectos secundarios, y el apego a la terapia posterior a la exposición farmacológica

Procedimiento de descontaminación

- La descontaminación primaria del personal expuesto es un agente específico.
  - Quitar la ropa contaminada.
  - Usar abundante agua y jabón o hipocloruro de sodio diluido (0.5%).
- En el caso de la descontaminación secundaria de la ropa o el equipo de las personas expuestas, utilizar protección física adecuada.

Riesgo de contaminación

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una exposición a contaminantes ambientales que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Véanse factores relacionados en *Contaminación*.

NOC

Control de riesgos de la comunidad, estado de salud de la comunidad, creencias de salud: percepción de amenaza, conocimiento: recursos para la salud, conocimientos: comportamiento de la salud.

Objetivos

La persona estará libre de efectos adversos de la contaminación.

NIC

Preparación comunitaria en caso de desastres, protección en caso de riesgo ambiental, manejo ambiental: seguridad, educación para la salud, evaluación de salud, manejo de las inmunizaciones/vacunación, identificación de riesgos, vigilancia: seguridad.

Intervenciones

Intervenciones generales

Proporcionar información precisa sobre riesgos implicados y medidas preventivas

- Ayudar a afrontar los sentimientos de temor y vulnerabilidad.
- Animarlos a hablar con otros sobre sus temores.

Intervenciones específicas

Vigilar la conducta en caso de contaminación ambiental

- Notificar a las dependencias autorizadas para proteger el medio ambiente en contra de los contaminantes en la zona.
- Asistir a las personas en reubicarse a un entorno más seguro.
- Modificar el entorno para minimizar el riesgo.

CONTAMINACIÓN FAMILIAR

Contaminación familiar

Riesgo de contaminación familiar

Definición de la NANDA-I*

Exposición a contaminantes ambientales en dosis suficientes para causar efectos adversos para la salud.

Características definitorias

Véanse características definitorias en *Contaminación individual* y *Contaminación a la comunidad*.

Factores relacionados

Véanse las características definitorias en *Contaminación individual* y *Contaminación de*

la comunidad.

NOC

Véanse *Contaminación individual* y *Contaminación de la comunidad* para posibles resultados NOC.

Objetivos

Se minimizarán los efectos adversos de la contaminación para la salud familiar.

NIC

Véanse *Contaminación individual* y *Contaminación de la comunidad* para posibles resultados NOC. Consultar también las intervenciones NIC apropiadas con base en las características de definición de la familia.

Intervenciones

Véanse *Contaminación individual* y *Contaminación de la comunidad* para posibles intervenciones.

Riesgo de contaminación de la comunidad

Definición de la NANDA-I*

Riesgo de exposición a contaminantes ambientales en dosis suficientes para causar efectos adversos para la salud.

Factores de riesgo

Véase Factores relacionados en *Contaminación de la comunidad.*

NOC

Grado de preparación en la comunidad en caso de desastre, estado de salud de la comunidad, Control de riesgos en la comunidad: enfermedades transmisibles; véase *Contaminación de la comunidad* para otros posibles resultados de NOC.

Objetivos

- La comunidad usará el sistema de datos de vigilancia de la salud para controlar los incidentes de contaminación.
- La comunidad participará en simulacros de afectaciones masivas y desastres.
- La comunidad permanecerá libre de efectos en la salud relacionados con la contaminación.

NIC

Gestión ambiental, protección contra riesgos ambientales, evolución de la salud comunitaria, grado de preparación contra actos de bioterrorismo, tratamiento de enfermedades transmisibles, grado de preparación de la comunidad ante desastres, educación sanitaria, vigilancia de las normas sanitarias, vigilancia: comunidad.

Intervenciones

Controlar los incidentes de contaminación usando el sistema de datos de vigilancia sanitaria

Dar información exacta acerca de los riesgos implicados y las medidas de prevención

- Animar a los miembros de la comunidad a hablar con los demás acerca de sus temores.

Intervenciones específicas

Identificar los factores de riesgo de la comunidad y crear programas para prevenir desastres

- Notificar a las agencias autorizadas para la protección del ambiente de la presencia de contaminantes en la región.
- Modificar el entorno para minimizar el riesgo.

AFRONTAMIENTO INEFICAZ

Afrontamiento ineficaz

Afrontamiento defensivo

Control de impulsos ineficaz

Negación ineficaz

Control de labilidad emocional

Regulación deteriorada del estado de ánimo

Definición de la NANDA-I*

Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas llevadas a la práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

Características definitorias

Incapacidad para afrontar una situación o pedir ayuda*

Acceso insuficiente al apoyo social*

Uso inapropiado de los mecanismos de defensa

Insuficiente resolución de los problemas*

Incapacidad de satisfacer las expectativas del rol*

Escasa participación social

Preocupación crónica, ansiedad

Alteraciones en el patrón de sueño*

Uso de formas de afrontamiento que impiden el comportamiento adaptativo*

Conducta de asunción de riesgos*

Fatiga*

Enfermedades frecuentes*

Insuficiente conducta dirigida al logro de objetivos*

Dificultades para afrontar los agentes estresantes vitales

Alteraciones en la concentración*

Conducta destructiva hacia sí mismo*

Cambio en el patrón de la comunicación*

Dificultad para organizar la información*

Alta incidencia de accidentes

Abuso de sustancias*

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con la cronicidad de una condición

Relacionados con cambios bioquímicos cerebrales secundarios a:

Trastorno bipolar

Dependencia química

Esquizofrenia

Trastorno de la personalidad

Trastornos de déficit de atención

Relacionados con regímenes de autocuidados complejos

Relacionados con alteraciones neurológicas cerebrales secundarias a:

Ictus

Enfermedad de Alzheimer

Esclerosis múltiple

Enfermedades terminales

Relacionados con alteraciones en la integridad corporal secundarias a:

Pérdida de parte del

Desfiguramiento secundario a traumatismo

cuerpo

Relacionados con trastornos de la afectividad causados por cambios secundarios a:

Química corporal	Consumo de sustancias que alteran el estado de ánimo
Tumor (cerebral)	Retraso mental

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con separación de la familia y el hogar (p. ej., hospitalización, residencia de ancianos)

Relacionados con desfiguramiento causado por cirugía

Relacionados con alteración del aspecto por medicamentos, radiación u otro tratamiento

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con mal control de los impulsos y tolerancia a la frustración

Relacionados con relación deteriorada con el progenitor/cuidador

Relacionados con sistema familiar desorganizado

Relacionados con dificultades para resolver problemas

Relacionados con aumento del consumo de alimentos en respuesta a factores de estrés

Relacionados con cambios en el ambiente físico secundarios a:

Guerra	Pobreza	Desastre natural
Indigencia	Reubicación	Dificultades económicas
Trabajo estacional		

Relacionados con alteración de los vínculos afectivos secundaria a:

Muerte	Internamiento	Traslado
Abandono	Separación o divorcio	Orfandad/acogida
Cárcel	Institución educativa	

Relacionados con un sistema de apoyo insatisfactorio

Relacionados con sobrecarga sensorial secundaria a:

Ambiente fabril

Urbanización: hacinamiento, ruido, contaminación, actividad excesiva

Relacionados con recursos psicológicos insuficientes secundarios a:

Baja autoestima	Desesperanza

Creencias negativas excesivas acerca de uno mismo	Falta de motivación para reaccionar
Modelo negativo del rol	

Relacionados con conflictos culturales acerca de (especificar):

Relaciones sexuales prematrimoniales

Aborto

De maduración

Niño/adolescente

Relacionados con:

Escaso control de los impulsos	Angustia	Rechazo de los compañeros
	Trauma infantil	Rechazo de uno o ambos progenitores
Drogadicción de uno o ambos progenitores	Escasas habilidades sociales	Ansiedad reprimida
Métodos de disciplina inconsistentes		
Temor al fracaso		

Adolescente

Relacionados con recursos psicológicos insuficientes para adaptarse a:

Cambios físicos y emocionales	Relaciones sexuales
Demandas educativas	Independencia respecto de lade la familia
Conciencia de la sexualidad	Elección de una carrera

Adulto joven

Relacionados con recursos psicológicos insuficientes para adaptarse a:

Elección de una carrera	Matrimonio	Demandas educativas
Paternidad/maternidad	Salida del hogar paterno	

Adulto

Relacionados con recursos psicológicos insuficientes para adaptarse a:

Signos físicos de envejecimiento	Problemas de crianza de los hijos
Necesidades del estatus social	Presiones del trabajo
Problemas con familiares	Envejecimiento de los progenitores

Adulto mayor

Relacionados con recursos psicológicos insuficientes para adaptarse a:

Cambios físicos	Cambio de residencia
Jubilación	Cambios en el estatus económico

Nota de la autora

Nicholas, hijo de Margaret O, de 26 años de edad, con diagnóstico de esquizofrenia murió en una unidad psiquiátrica por toxicidad farmacológica mixta. Margaret escribió a los estudiantes en salud mental "Cuiden de las personas con enfermedad mental en etapa de crisis con visión y compasión... es lo que espero de ustedes" (Procter, Hamer, McGarry, Wilson, y Froggatt, 2014, p vii).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define la salud mental "como un estado de bienestar en el que cada individuo se da cuenta de su propio potencial, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y tiene la capacidad de contribuir a su comunidad". Además, la OMS ha descrito la salud y la enfermedad mental de la siguiente manera:

- La salud mental es una parte integral de la salud; de hecho, no hay salud sin salud mental.
- La salud mental es más que la ausencia de trastornos mentales.
- Los trastornos mentales y de uso de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo. Los trastornos mentales aumentan el riesgo de enfermar de otras enfermedades como el VIH, enfermedades cardiovasculares, diabetes y viceversa.
- El estigma y la discriminación contra los pacientes y las familias impiden a las personas buscar atención de salud mental.

El diagnóstico *Afrontamiento ineficaz* describe a una persona que está experimentando una dificultad para adaptarse a una o más situaciones estresantes. El diagnóstico *Afrontamiento ineficaz* puede referirse a un problema episódico reciente o a un problema crónico. Los mecanismos de afrontamiento que suelen ser eficaces tal vez sean inapropiados o ineficaces, o quizás la persona tenga antecedentes desfavorables de afrontamiento de factores de estrés.

Si el suceso es reciente, *Afrontamiento ineficaz* puede ser un juicio prematuro. Por ejemplo, es posible que una persona reaccione ante el estrés abrumador con una

respuesta de duelo como negación, ira o tristeza, lo cual hace apropiado el diagnóstico de *Duelo*.

El diagnóstico *Deterioro de la adaptación* puede resultar más útil que el de *Afrontamiento ineficaz* en el período inicial luego de un suceso estresante. *Afrontamiento ineficaz* y sus diagnósticos relacionados puede ser más aplicable a problemas de afrontamiento prolongados o crónicos, como *Afrontamiento defensivo,* para una persona con un patrón antiguo de afrontamiento ineficaz.

NOC

Afrontamiento, autoestima, habilidades de interacción social.

Objetivos

La persona tomará decisiones y las llevará a cabo mediante acciones apropiadas para cambiar situaciones provocadoras en el entorno personal, evidenciadas por los siguientes indicadores:

- Verbaliza sentimientos relacionados con el estado emocional.
- Se concentra en el presente.
- Identifica fortalezas personales y acepta apoyo a través de la relación con la enfermera.

El niño/adolescente cumplirá "con las peticiones y límites en el comportamiento en ausencia de argumentos, rabietas u otro mal comportamiento", como lo evidencian los siguientes indicadores (Varcarolis, 2011):

- Demuestra un mayor control de los impulsos en (especificar el tiempo).
- Demuestra la capacidad para tolerar la frustración y retrasar la recompensa dentro de (especificar el tiempo).
- No muestra más rabietas, reacciones de ira u otros malos comportamientos en (especificar el tiempo).
- Describe los límites de comportamiento y justificación ante una figura de autoridad.
- Reconoce la responsabilidad de la mala conducta y mayor control de los impulsos en (especificar el tiempo).

NIC

Mejora del afrontamiento, orientación, apoyo emocional, escucha activa, Entrenamiento en asertividad, modificación de la conducta.

Intervenciones

Valorar los factores causales y contribuyentes (Lyon, 2002)

- Véanse factores relacionados.

Establecer una buena relación

- Pasar tiempo con la persona. Apoyarla mediante la compañía.
- Evitar el optimismo excesivo y las expresiones frecuentes del tipo: "Las cosas mejorarán".
- Transmitir sinceridad y empatía.
- Ofrecer apoyo. Fomentar la expresión de sentimientos. Hacerle saber que se comprenden sus sentimientos. No discutir con expresiones que se usan para restar importancia, por ejemplo: "¿Cómo puede decir eso? Mire todo lo que ha logrado en la vida".
- Ofrecer elogios tácitos. Ser realista.
- Dar tiempo extra para que el enfermo responda.

Valorar el estado de afrontamiento actual

- Determinar el inicio de los sentimientos y síntomas y su correlación con sucesos y cambios en la vida.
- Escuchar con atención cuando la persona habla, para recabar los hechos; observar las expresiones faciales, los gestos, el contacto visual, la posición corporal y el tono e intensidad de la voz.
- Determinar el riesgo de que la persona se autolesione; intervenir de la manera apropiada.
- Valorar la presencia de signos de riesgo de suicidio:
  - Antecedentes de intentos o amenazas (abiertos o encubiertos).
  - Cambios de personalidad, comportamiento, conducta sexual, apetito y hábitos de sueño.
  - Preparativos para la muerte (resolución de los asuntos personales, elaboración de un testamento, obsequio de posesiones, adquisición de un arma).
  - Mejora repentina del estado de ánimo.
- Véase *Riesgo de suicidio* para más información sobre la prevención del suicidio.

Ayudar a la persona a desarrollar estrategias apropiadas para la resolución de problemas

- Pedirle que describa conflictos previos y el modo en que los resolvió.
- Evaluar si su respuesta al estrés es de "luchar o huir" o de "cuidar y fraternizar".
- Animar a la persona a evaluar su comportamiento. "¿Le funcionó eso?", "¿Cómo le ayudó?", "¿Qué aprendió usted de esa experiencia?"
- Discutir posibles alternativas (p. ej., hablar sobre el problema con los implicados,

tratar de cambiar la situación, o no hacer nada y aceptar las consecuencias).

- Ayudar a la persona a identificar los problemas que no puede controlar de manera directa; ayudarle a practicar actividades que reducen el estrés para el control (p. ej., ejercicio, yoga).
- Respaldar las conductas de afrontamiento funcionales (p. ej., "La manera en que usted manejó esta situación hace 2 años funcionó bien entonces. ¿Podría hacer lo mismo ahora?").
- Movilizar a la persona para incrementar la actividad de manera gradual:
  - Identificar actividades que antes eran gratificantes pero que se han dejado de lado: hábitos de vestir o de arreglo personal, compras, aficiones, actividades atléticas, artes y manualidades.
  - Animar a la persona a incluir esas actividades en la rutina diaria durante un tiempo establecido (p. ej., "Tocaré el piano 30 min cada tarde").
- Explorar vías que fomenten sentimientos de logro personal y autoestima:
  - Dedicar tiempo a actividades relajantes (p. ej., bailar, ejercitarse, bordar, trabajar la madera).
  - Encontrar a alguien que ayude en las responsabilidades de manera ocasional (p. ej., niñera).
  - Aprender a compartimentalizar (no llevar los problemas a cuestas sin tregua; disfrutar del tiempo libre).
  - Animar a tomarse vacaciones más largas (no sólo unos pocos días de cuando en cuando).
  - Dar oportunidades para aprender y usar técnicas de manejo del estrés (p. ej., *jogging*, yoga).
- Enseñar cómo funcionan las herramientas de autocontrol (*Finkelman, 2000):
  - Establecer un horario diario para vigilar en busca de signos de mejora o empeoramiento.
  - Discutir objetivos razonables para las relaciones actuales.
  - Escribir lo que se hace cuando siente que tiene el control, se está deprimido, confundido, irritado y feliz.
  - Identificar las actividades que se han intentado, las que le gustaría intentar, o las que deberían practicarse más.
  - Hacer una lista de signos de advertencia que indiquen empeoramiento y cómo obtener ayuda.

Enseñar técnicas de resolución de problemas

- El *establecimiento de objetivos* es la fijación consciente de límites de tiempo para las conductas, lo cual es útil cuando los objetivos son asequibles y manejables. Puede ocasionar estrés el que los objetivos son poco realistas o de corto alcance.
- La *búsqueda de información* consiste en aprender sobre todos los aspectos de un problema, lo cual da perspectiva y, en algunos casos, refuerza el autocontrol.
- El *dominio* es el aprendizaje de nuevos procedimientos o habilidades, lo cual facilita la autoestima y el autocontrol (p. ej., autocuidado de colostomías, autoinyección de insulina o autocuidado de una sonda).

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Preparar para problemas que pueden ocurrir después del alta:
  - Medicamentos: horario, coste, uso incorrecto, efectos secundarios.
  - Aumento de la ansiedad.
  - Problemas de sueño.
  - Conflictos con familiares y allegados.
  - Seguimiento: olvido, acceso, dificultad para organizar el tiempo.
- Instruir a la persona en técnicas de relajación; subrayar la importancia de reservar 15 a 20 min cada día para practicar la relajación:
  - Buscar una posición confortable en una silla o en el suelo.
  - Cerrar los ojos.
  - Procurar que el ruido sea mínimo (sólo música muy suave, si se desea).
  - Concentrarse en respirar hondo y lentamente.
  - Sentir la pesadez en todas las extremidades.
  - Si los músculos están tensos, apretarlos, y luego relajarlos uno a uno de la punta de los pies a la coronilla.

Intervenciones pediátricas

Evaluar las dificultades de atención en los padres y el niño (AAP, 2015)

- Sueña despierto bastante.
- Olvida o pierde mucho las cosas.
- Se retuerce o inquieta.
- Habla demasiado.
- Comete errores por descuido o toma riesgos innecesarios.
- Le cuesta trabajo resistirse a la tentación.

- Tiene dificultades para esperar su turno.
- Tiene dificultades para llevarse bien con los demás.

Generar coherencia entre las interacciones, las expectativas y las consecuencias

- Establecer contacto visual antes de dar instrucciones.
- Fijar límites de responsabilidad firmes; no dar lecciones. Evitar la lucha de poder y situaciones sin salida. Buscar un compromiso.
- Vigilar si aumentan los niveles de frustración. Intervenir a tiempo para calmar al niño.
- Reforzar el comportamiento apropiado con un reforzador positivo (p. ej., elogio, abrazo).
- Recomendar a los progenitores que eviten disentir entre sí en presencia del niño.
- En caso de hiperactividad, establecer períodos de actividad usando los músculos mayores.
- Dar respuestas inmediatas y constantes.
- Recomendar a los progenitores que consulten a profesionales docentes para que programen la enseñanza.

Enseñar a los padres y cuidadores de niños hiperactivos a (CDC, 2015)

- Crear una rutina: intentar seguir el mismo horario todos los días, desde que se levanta hasta la hora de acostarse.
- Organizarse: colocar las mochilas, la ropa y los juguetes en el mismo lugar todos los días para que sea menos probable que el hijo los pierda.
- Evitar distracciones: apagar la televisión, la radio y la computadora, especialmente cuando el hijo esté haciendo la tarea.
- Limitar las opciones: ofrecer una elección entre dos cosas (esta ropa, comida, juguetes, etc., o este otro) para que su hijo no se sienta abrumado y sobreestimulado.
- Cambiar de interacción con el hijo: en lugar de dar largas explicaciones y estrategias, utilizar instrucciones claras y breves para que el niño recuerde sus responsabilidades.
- Usar objetivos y recompensas: utilizar una tabla para enumerar los objetivos y dar seguimiento a los comportamientos positivos, luego recompensar los esfuerzos de su hijo. Asegurarse de que los objetivos sean realistas, ¡los pasos del bebé son importantes!
- Disciplinar con eficacia: en lugar de gritar o dar nalgadas, utilizar tiempos muertos o eliminar privilegios como consecuencia de un comportamiento inapropiado.
- Ayudar al hijo a descubrir un talento: todos los niños necesitan experimentar el éxito para sentirse bien consigo mismos. Averiguar en qué es bueno su hijo, ya sea deportes, arte o música puede aumentar las habilidades sociales y el autoestima.

Proporcionar información acerca de la terapia de medicamentos, si está indicada

- Recomendar a los especialistas cuando sea necesario (p. ej., psicólogos, especialistas de aprendizaje).

Intervenciones geriátricas

Evaluar en busca de factores de riesgo de afrontamiento ineficaz en adultos mayores (Miller, 2015)

- Recursos económicos insuficientes.
- Nivel de desarrollo inmaduro.
- Sucesos estresantes no previstos.
- Varios sucesos importantes en un período corto.
- Objetivos poco realistas.

Evaluar los recursos de afrontamiento disponibles (Miller, 2015)

- Apoyos sociales, en especial el apoyo religioso.
- Apoyo fundamental (alimentación, transporte, cuidado personal).
- Apoyo emocional que le hace sentir valorado, amado y respetado.
- Soporte de información acerca de los recursos disponibles.

Abordar en específico los factores de estrés diario (preparación de alimentos, horario de medicamentos, cuidado de sí mismo y labores domésticas)

- Revisar las posibles opciones para reducir el estrés diario (p. ej., cajas de pastillas semanales, comidas completas congeladas).

Afrontamiento defensivo

Definición de la NANDA-I*

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 autoestima positiva.

Características definitorias*

Retrasos en la búsqueca de atención médica

Negación de temor a la muerte

Negación de temor a invalidez

Desviar el temor del impacto de la condición

Desviar fuentes de síntomas

Negación del impacto de la enfermedad en su vida

Incomprensión de la relevancia del peligro

Incomprensión de la relevancia de los síntomas

Sentimientos negativos inadecuados

Minimizar los síntomas

Respuesta negativa a los cuidados de la salud

Uso de gestos desdeñosos al hablar de acontecimientos dolorosos

Uso de tratamientos no recomendados por profesionales de la salud

Factores relacionados*

Relacionados con:

Conflicto entre la autopercepción y el sistema de valores

Sistema de soporte insuficiente

Miedo al fracaso

Miedo a la humillación

Miedo a las repercusiones

Confianza insuficienciente en los demás

Confianza insuficienciente en sí mismo

Incertidumbre

Expectativas irreales sobre sí mismo

Nota de la autora

Al seleccionar este diagnóstico, es importante considerar los diagnósticos potencialmente relacionados de *Baja autoestima crónica*, *Impotencia* y *Deterioro de la interacción social*. Pueden expresar el modo en que la persona estableció el patrón defensivo o por qué lo mantiene.

Afrontamiento defensivo es la "proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón autoprotector que defiende contra lo que se percibe como amenazas a una autoimagen positiva" (Halter, 2014; Varcarolis, 2011). Cuando un patrón defensivo constituye una barrera a las relaciones eficaces, *Afrontamiento defensivo* es un diagnóstico útil.

NOC

Aceptación: estado de salud, afrontamiento, autoestima, habilidades para la interacción social.

Objetivos

La persona demostrará interacciones adecuadas con los demás e informará que se siente segura y tiene más control, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Cumple el tratamiento, por ejemplo toma los medicamentos, sigue la terapia y consigue los objetivos.
- Recurre a los métodos constructivos recién adquiridos para gestionar el estrés y fomentar la sensación de control.
- Se aparta de las situaciones que incrementan su ansiedad.

El niño/adolescente aceptará "las indicaciones y los límites en la conducta sin discusiones, berrinches u otras conductas inaceptables", evidenciado por los siguientes indicadores (Varcarolis, 2011):

- Demuestra un mayor control de los impulsos en el lapso de (especificar tiempo).
- Demuestra capacidad para tolerar la frustración y la demora en la gratificación en el lapso de (especificar tiempo).
- No tiene berrinches, reacciones de ira u otras conductas inaceptables en el lapso de (especificar tiempo).
- Describe los límites en la conducta y su fundamentación ante una persona con autoridad.
- Reconoce su responsabilidad por las conductas impropias y un mayor control de los impulsos en el lapso de (especificar tiempo).

NIC

Mejora del afrontamiento, apoyo emocional, mejora de la autoconciencia, gestión del entorno, presencia, escucha activa.

Intervenciones

Reducir las demandas impuestas sobre la persona si el nivel de estrés aumenta

- Modificar el nivel de estímulos ambientales, o eliminarlos del todo (p. ej., ruido, actividad).
- Reducir (o limitar) el contacto con otras personas (p. ej., visitantes, otros enfermos, equipo de cuidados) según se requiera.
- Articular con claridad las expectativas mínimas para las actividades. Reducir o aumentar según se tolere.
- Identificar los factores estresantes que imponen demandas en los recursos de afrontamiento de la persona y establecer planes para superarlos. El objetivo general es detener, reducir o eliminar el estrés; de manera más específica, abordar y tratar aquellos factores que exacerban más el patrón defensivo.

Establecer una relación terapéutica

- Mantener un tono neutral y práctico con una actitud positiva coherente. Asegurarse de que todo el equipo de cuidados se relaciona con la persona del mismo modo, con expectativas coherentes.
- Ante las defensas de la persona, concentrarse en temas simples, de aquí y ahora, dirigidos al logro de los objetivos.
- No reaccionar ante los desplazamientos o proyecciones negativas de la persona, no defenderse de los mismos ni obsesionarse; tampoco hay que cuestionar las distorsiones o expresiones poco realistas o grandiosas de la persona acerca de sí misma. En lugar de ello, probar de pasar a un tema más neutral, positivo o dirigido al logro de un objetivo.
- Evitar temas relacionados con el control; intentar presentar opciones positivas a la persona, lo cual permite cierta elección.
- Promover el aprendizaje a partir de las acciones de la propia persona (es decir, "consecuencias naturales"), identificar aquellas acciones que han interferido en el logro de los objetivos establecidos.
- Reforzar patrones de afrontamiento más adaptativos (p. ej., resolución de problemas formales, racionalización) que ayuden a la persona a lograr los objetivos establecidos.
- Evaluar las interacciones, los progresos y el acercamiento a otros miembros del equipo para asegurar la consistencia dentro del entorno terapéutico.

Promover el diálogo para reducir la paranoia y permitir un abordaje más directo de los factores subyacentes relacionados (véase también *Baja autoestima crónica*)

- Corroborar la renuencia inicial de la persona a confiar. Con el tiempo, reforzar la coherencia de las afirmaciones, respuestas y actos propios. Prestar especial atención al cumplimiento de las peticiones (razonables) de la persona o al propio seguimiento de los planes y acuerdos.
- Usar un lenguaje claro y sencillo. Explicar las actividades antes de realizarlas.
- Ser sincero, no emitir juicios y no actuar a la defensiva; asumir un abordaje neutral.
- No susurrar, reír o realizar conductas que puedan malinterpretarse.
- Hacer participar a la persona en actividades divertidas, no dirigidas al logro de un objetivo ni competitivas (p. ej., terapia de relajación, juegos y salidas).
  - Al principio, proporcionar actividades individuales, no competitivas (Varcarolis, 2011).
  - Fomentar la autoexpresión de temas neutrales, reminiscencias positivas, etcétera.
  - Promover otros medios de autoexpresión (p. ej., escritura, arte) si la interacción verbal es difícil o si ésta constituye uno de sus puntos fuertes.
- Escuchar pasivamente *alguna* autoexpresión grandiosa o negativa para reforzar su

visión positiva (la de usted). Si esto no conduce a una autoexpresión o actividad más positiva, entonces tal escucha puede ser contraproducente.

Control de impulsos ineficaz

Definición de la NANDA-I*

Patrón de reacciones rápidas, no planeadas, ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones para la persona o para los demás.

Características definitorias*

Actuar sin pensar

Ludopatía

Hacer preguntas personales a otros a pesar de su malestar

Búsqueda de sensaciones

Bulimia

Promiscuidad sexual

Incapacidad para ahorrar dinero o regular las finanzas

Compartir datos de carácter personal de manera inapropiada

Arrebatos de mal genio

Se toma demasiadas confianzas con extraños

Factores relacionados

Alcoholismo

Alteración en el funcionamiento cognitivo*

Ira*

Alteración en el desarrollo*

Codependencia*

Trastornos del estado de ánimo*

Compunción*

Trastornos de la personalidad*

Ideas delirantes*

Trastornos de la imagen corporal

Entorno que podría causar irritación o frustración*

Fatiga*

Desesperanza*

Afrontamiento ineficaz*

Insomnio*

Baja autoestima

Pobreza

Tabaquismo*

Aislamiento social* Vulnerabilidad al

Negación*	estrés*
Abuso de sustancias (drogas)	Sentimientos suicidas*
Trastorno cerebral orgánico	Síntomas físicos desagradables*

Nota de la autora

Control de los impulsos ineficaz es un nuevo diagnóstico enfermero de la NANDA-I que representa una conducta que puede causar diversos problemas en la persona o en los demás, como abuso de sustancias, violencia, promiscuidad sexual, etc. Es un elemento de los diagnósticos *Trastornos de la personalidad, Trastorno de oposición desafiante, Trastorno explosivo intermitente,* y *Trastornos de conducta del DSM-5.*

Tal vez revista mayor utilidad clínica considerar el *Control de los impulsos ineficaz* como una conducta que contribuye a un diagnóstico enfermero o a una manifestación (o a ambas cosas) y no como la respuesta o el diagnóstico enfermero. Por ejemplo, *Riesgo de violencia dirigida a otros*, *Afrontamiento ineficaz, Procesos familiares disfuncionales, Afrontamiento defensivo, Automutilación, Deterioro de la interacción social, Soledad, Incumplimiento, Mantenimiento ineficaz de la salud* y *Estrés por sobrecarga* pueden tener todos un componente de poco control de los impulsos que contribuye al diagnóstico.

La enfermera clínica puede elegir usar *Control de los impulsos ineficaz* como un diagnóstico enfermero o usar otro, más específico, tal como se explica en esta nota de la autora. Las siguientes intervenciones también pueden usarse con los diagnósticos antes mencionados.

NOC

Autocontrol de los impulsos, autolimitación del suicidio.

Objetivos

La persona demostrará de manera consistente el uso de respuestas de afrontamiento eficaz, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica las consecuencias de la conducta impulsiva.
- Identifica las sensaciones que preceden la conducta impulsiva.
- Controla la conducta impulsiva.

NIC

Aumento de la autoconciencia, presencia, orientación, modificación de la conducta, control de la ira, mejora del afrontamiento, terapia ambiental, establecimiento de límites.

Intervenciones

"De manera neutral y respetuosa, explicar a la persona qué conductas, límites y responsabilidades se

esperan de ella” (Varcarolis, 2011)

Explicar un contrato de conducta y sus componentes (Videbeck, 2013)

- La persona identifica
  - su conducta problemática y cómo afecta a los demás.
  - una alternativa a la conducta problemática.
  - una recompensa (la recompensa puede ser que la comunicación se centre en hacer una elección positiva y la sensación de éxito).
  - las consecuencias de una mala elección, que resulta en una respuesta negativa de los demás.
- De ser por escrito, firmar y poner fecha (tanto de la persona como del médico).
- Cuando se observa o se relaciona una opción positiva, tratar específicamente cómo se siente la persona.
- Cuando se observa o se relaciona una opción problemática, enfocarse específicamente en el sentir de la persona acerca de la respuesta situacional. Centrarse en seguir el proceso de intentar.

Fomentar la participación en la terapia de grupo

- Evite
  - prestar atención a conductas inapropiadas.
  - manifestar frustración.
  - aceptar regalos, lisonjas, conductas seductoras e insinuación de culpa por parte de la persona (Varcarolis, 2011).

Iniciar las referencias como se indica

- Servicios sociales.
- Rehabilitación profesional.
- Servicios legales.

Negación ineficaz

Definición de la NANDA-I*

Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento para reducir la ansiedad y/o el temor que conduce a un detrimento de la salud.

Características definitorias[8]

Mayores* (deben estar presentes)

Retraso en la búsqueda de atención sanitaria o rechaza los cuidados sanitarios

No percibe la relevancia de los síntomas o el peligro

Menores (pueden estar presentes)

Utiliza tratamientos no recomendados por el profesional de atención sanitaria

Niega temor a la muerte o la invalidez*

Minimiza los síntomas*

Desplaza el origen de los síntomas

No admite el impacto de la enfermedad en su vida

Utiliza gestos de rechazo al hablar de acontecimientos dolorosos*

Desplaza el miedo al impacto provocado por su estado

Muestra una afectividad inapropiada*

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con incapacidad de tolerar de manera consciente las consecuencias de (cualquier enfermedad crónica o terminal) secundaria a:

Sida	Infección por el VIH
Cáncer	Trastornos debilitantes progresivos (p. ej., esclerosis múltiple, miastenia grave)

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con tratamiento prolongado sin resultados positivos

Psicológicos

Relacionados con incapacidad de tolerar de manera consciente las consecuencias de (Halter, 2014; Varcarolis, 2011):

- Pérdida de un empleo
- Crisis económica
- Autoconcepto negativo, insuficiencia, culpa, soledad, desesperación, sentido de fracaso
- Tabaquismo
- Obesidad
- Pérdida del cónyuge o de un allegado
- Abuso doméstico

Relacionados con dependencia física y emocional de (Halter, 2014; Varcarolis, 2011):

Alcohol	Cannabis
Cocaína, crack	Barbitúricos/sedantes
Estimulantes	Alucinógenos
Opiáceos	

Relacionados con patrones prolongados de conducta y estilo de vida autodestructivos (Varcarolis, 2011)

Relacionados con sentimientos de aumento de la ansiedad/el estrés, necesidad de huir de los problemas personales, ira y frustración

Relacionados con sentimientos de omnipotencia

Relacionados con los orígenes genéticos del alcoholismo

Nota de la autora

La *negación ineficaz* difiere de la negación en respuesta a una pérdida. La negación en respuesta a una enfermedad o pérdida es necesaria y beneficiosa a fin de mantener el equilibrio psicológico. La *negación ineficaz* no es beneficiosa si la persona no participa en el tratamiento para mejorar la salud o la situación (p. ej., niega el abuso de sustancias). Si se desconoce la causa, puede usarse el diagnóstico *Negación ineficaz relacionada con etiología desconocida,* por ejemplo *Negación ineficaz relacionada con etiología desconocida evidenciado por el rechazo repetitivo a admitir que el consumo de barbitúricos constituye un problema*.

NOC

Aceptación: estado de salud, autocontrol de la ansiedad, autocontrol del temor, creencias sobre la salud: amenaza percibida.

Objetivos

La persona recurrirá a un mecanismo de afrontamiento alternativo en respuesta al factor de estrés en lugar de la negación, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Reconoce la fuente de ansiedad o estrés
- Usa habilidades de afrontamiento centradas en el problema

O

La persona seguirá absteniéndose del uso de fármacos/alcohol y reconoce la necesidad de un tratamiento continuo, evidenciado por los siguientes indicadores (Halter, 2014; Varcarolis, 2011):

Inmediato

- Reconocer un problema de adicción y la responsabilidad de su comportamiento.
- Expresar un sentimiento de esperanza.
- Identificar las tres áreas de la vida que las drogas han afectado negativamente.*
- Reconocer la necesidad de un tratamiento continuo.
- Aceptar ponerse en contacto con una persona de apoyo cuando sienta la necesidad de la adicción.*
- Abstenerse de sustancias o un comportamiento adictivo.

Atención postaguda

- Reconocer cuando se utiliza la racionalización de la negación y la proyección en relación con su adicción.
- Participar en un grupo de apoyo por lo menos tres veces a la semana por (especificar).*
- Identificar tres estrategias alternativas para afrontar a los factores de estrés.*
- Tener un plan para situaciones de alto riesgo en caso de recaída.

NIC

Educación: proceso patológico, reducción de la ansiedad, orientación, escucha activa.

Intervenciones

Iniciar una relación terapéutica

- Evaluar la eficacia de la negación.
- Evitar enfrentar a la persona con el uso de la negación.
- Abordar a la persona de manera directa, natural y sin formular juicios.

Animar a la persona a compartir sus percepciones de la situación (p. ej., temores, ansiedades)

- Centrarse en los sentimientos compartidos.
- Usar la reflexión para animar a la persona a compartir más sentimientos.

Cuando sea apropiado, ayudar a la persona a la resolución de problemas

- Intentar obtener de la persona una descripción del problema.

Ayudar a la persona a comprender las adicciones

- No formular juicios.
- Ayudar a la persona a comprender que se trata de una enfermedad, no de un problema moral.
- Dar oportunidades para funcionar de manera satisfactoria; aumentar las

responsabilidades de manera gradual.

- Dar información educativa acerca de la naturaleza progresiva del abuso de sustancias y de su efecto en el organismo y las relaciones interpersonales.
- Explicar que "la adicción no se cura sola" y que requiere abstinencia y tratamiento de los problemas subyacentes (Varcarolis, 2011, pág. 336).
- Dar oportunidades para compartir los temores y las ansiedades.
- Concentrarse en la respuesta del momento.
- Ayudar a reducir el nivel de ansiedad (véase *Ansiedad* para otras intervenciones).
- Evitar confrontar a la persona con el uso de la negación.
- Explorar minuciosamente con la persona su interpretación de la situación:
  - Reflexionar sobre las indicaciones proporcionadas por la propia persona que minimizan la situación (p. ej., "un poco", "sólo").
  - Identificar las conductas perjudiciales recientes y hablar de sus efectos sobre la salud.
- Hacer hincapié en las fortalezas y el afrontamiento satisfactorio en el pasado.
- Reforzar positivamente cualquier expresión de autocrítica.
- No aceptar racionalizaciones o proyecciones. Ser educado y afectuoso, pero firme.
- En caso de abuso de sustancias:
  - Revisar los datos y observaciones con la persona y la familia.
  - Presentar pruebas del daño (p. ej., físicas, sociales, económicas, espirituales, familiares).
  - Establecer objetivos.
  - Proporcionar manuales de autoayuda u otros folletos.
  - Adquirir el compromiso de llevar un registro diario del consumo de alcohol u otras sustancias.
- En la siguiente visita:
  - Revisar el registro.
  - Revisar la evolución.
  - Remitir al profesional adecuado a las personas que son dependientes y desean mantener la abstinencia.
  - Explicar por qué las mujeres sufren más los efectos del alcohol que los hombres.

Iniciar la enseñanza de la salud y las referencias

- Explicar la probabilidad de la predisposición genética, la adicción y la importancia de la prevención.
- Procurar hablar sobre las adicciones, sustancias y el comportamiento con la familia.
- Vigilar los primeros signos en los niños (p. ej., impulsividad, incapacidad de retrasar la gratificación).
- Buscar asistencia adecuada: médico de atención primaria, pediatra, grupos de apoyo que sugieren una posible vulnerabilidad genética compartida entre la ludopatía y otras adicciones (Grant, 2011; *Shah, Potenza, y Eisen, 2004).
- Recomendar a la persona que consulte con el médico de atención primaria en relación con el tratamiento farmacéutico si está indicado (p. ej., los antagonistas opiáceos [naltrexona, nalmefeno], los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS]).
- Remitir a la persona a Alcohólicos Anónimos, Al-Anon o Alateen.
- Remitir al enfermo a una institución donde ingrese en un programa de tratamiento estructurado.
- Reforzar las elecciones de vida saludables (p. ej., alimentación equilibrada, ejercicio, ocio, reposo).

Labilidad emocional

Definición de la NANDA-I*

Estallidos incontrolables de expresiones emocionales exageradas e involuntarias.

Características definitorias

Ausencia de contacto visual

Dificultad para usar las expresiones faciales

Vergüenza relacionada con la expresión emocional

Llanto excesivo sin sentimiento de tristeza

Risa excesiva sin sentimiento de felicidad

Expresión de emoción sin relación con el factor desencadenante

Llanto involuntario

Llanto

Llanto incontrolable

Risa incontrolable

Renuncia a la situación laboral

Renuncia a la situación social

Cambios en el estado de ánimo[9]

Arrebatos de enojo[9]

Arrebatos de conducta, amenazas,

Risa involuntaria

lanzar objetos[9]

Factores relacionados

Alteración en la autoestima

Lesión cerebral[10] (p. ej., traumática, accidente cerebrovascular, tumores)

Trastornos emocionales

Fatiga

Deterioro de la capacidad funcional

Conocimiento insuficiente acerca del control de los síntomas

Conocimiento insuficiente sobre la enfermedad

Fuerza muscular insuficiente

Trastorno del estado de ánimo

Deterioro musculoesquelético

Agente farmacéutico

Discapacidad física

Trastorno psiquiátrico

Malestar social

Estresores

Abuso de sustancias

Nota de la autora

El *Control emocional lábil* aprobado por la NANDA-I representa dos diferentes respuestas, con dos orígenes distintos. Una está representada por un trastorno neurológico [afecto seudobulbar (PBA)] "de la expresión emocional caracterizada clínicamente por arrebatos frecuentes, involuntarios e incontrolables de risa y/o llanto que son incongruentes con o desproporcionados en relación con el estado emocional del paciente" (Ahmed y Simmons, 2013).

La otra es la desregulación emocional. La "Desregulación emocional (DE) es un término utilizado en la comunidad de salud mental referirse a una respuesta emocional que no está bien modulada, y no cae dentro del rango convencionalmente aceptado de la respuesta emotiva. Puede ser que se haga referencia a la desregulación emocional como el estado de ánimo lábil (marcadas fluctuaciones del estado de ánimo) o cambios de humor" (Beauchaine, Gatzke-Köppl, y Mead, 2007).

Las respuestas emocionales lábiles, que son cambios de humor, per-turban las relaciones. El tabaquismo, la autoagresión, los trastornos alimenticios y la adicción se asocian con la desregulación emocional. Sería conveniente una evaluación de la salud funcional para validar la forma en que estos cambios de humor afectan negativamente la vida personal y familiar. Por tanto, las emociones lábiles serían entonces factores relacionados o de signos/síntomas de un diagnóstico de enfermería (p. ej., *Riesgo de violencia, Afrontamiento familiar incapacitante, Temor*).

El *Control emocional lábil*, que se define como arrebatos incontrolables de la expresión emocional exagerada e involuntaria, se representaría con llanto y/o risa involuntarios relacionados con la etiología neurológica.

NOC

Afrontamiento: autoestima, conocimiento: manejo del estrés.

Objetivos

La persona reportará una mayor satisfacción con la respuesta de los demás hacia su comportamiento, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Describe las respuestas de los demás como respetuosas.
- Informa que se mantiene la privacidad.

NIC

Promoción de la integridad familiar, mejora del afrontamiento, apoyo emocional, apoyo a cuidadores.

Intervenciones

Explicar la causa de las emociones lábiles

- El lóbulo frontal del cerebro por lo general mantiene nuestras emociones bajo control. El cerebelo y el tronco del encéfalo se encuentran donde se median nuestros reflejos. En PBA, existe una desconexión entre el lóbulo frontal del cerebro y el cerebelo y el tronco del encéfalo.
- La respuesta a menudo es una reacción normal en contextos estándar, pero se combina con la evidencia de deterioro de la capacidad para regular una respuesta emocional excesiva o prolongada (p. ej., se ríe de una broma; Wortzel y cols., 2008).

Explicar la posibilidad de que la labilidad emocional a menudo empeora poco después de un accidente cerebrovascular, pero en general se alivia o desaparece con el tiempo conforme la persona se recupera (Olney, Goodkind y Lomen-Hoerth, 2011)

- Explore con cuidado sus sentimientos.
- Si corresponde, pregunte a la persona afectada cómo le gustaría que lo trataran cuando tenga un episodio de llanto.

Observar si hay desencadenantes (Acquired Brain Injury Outreach Service, 2011)

- Fatiga.
- Aumento del estrés.
- Exceso de estímulos (p. ej., música alta, múltiples conversaciones).
- Discusiones sobre temas sensibles (p. ej., finanzas, el trabajo, hablar en un grupo).

Proporcionar un período de descanso antes de una actividad (p. ej., terapia física, horario de los alimentos,

tiempo de visita)

En respuesta al llanto o la risa descontrolada, quizá sea útil
(Acquired Brain Injury Outreach Service, 2011)

- Intentar cambiar de tema.
- Redirigir a la persona a una actividad diferente (p. ej., una breve caminata).
- Indicarle que tome respiraciones profundas.
- Evitar decirle a la persona que se controle.
- Ser enfático
- Tocarle el brazo, en su caso.
- Preguntarle si quiere que se quede o se vaya.

Proporcionar información y educación a los que presencian el arrebato incontrolado. Recomendar que no se rían

Iniciar la enseñanza sobre la salud y las referencias según sea necesario

- Proporcionar orientación y apoyo (p. ej., individual, familiar).
- Sugerir la búsqueda de estrategias para reducir el estrés (p. ej., el ejercicio, la respiración de relajación).
- Recomendar las oficinas de la comunidad si está indicado (p. ej., atención médica a domicilio, servicios sociales).

Deterioro de la regulación del estado de ánimo

Definición

Estado mental caracterizado por cambios en el estado de ánimo o afecto y que se compone de una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y/o fisiológicas que varían de leves a severas.

Características definitorias

Cambio en la conducta verbal	Deterioro de la concentración
Desinhibición	Afectación de la autoestima
Disforia	Irritabilidad
Culpa excesiva	Agitación psicomotriz
Conciencia excesiva de sí mismo	Retraso psicomotriz
Autoculpabilización excesiva	Actitud triste
Echar a volar el pensamiento	Retraimiento

Desesperanza

Factores relacionados

Alteraciones en el patrón de dormir
Ansiedad
Cambios en el apetito
Enfermedad crónica
Deterioro de la capacidad funcional
Hipervigilancia
Deterioro del funcionamiento social
Soledad
Dolor
Psicosis
Pensamientos recurrentes sobre el suicidio
Pensamientos recurrentes sobre la muerte
Aislamiento social
Mal uso de sustancias
Cambios ponderales

Nota de la autora

Las cinco principales enfermedades mentales mencionadas como diagnóstico principal de hospitalización son los trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias, delirio/demencia, trastornos de ansiedad y la esquizofrenia (Halter, 2014). Los trastornos del estado de ánimo incluyen trastornos bipolares y trastornos depresivos mayores (APA, 2014). El *Deterioro en la regulación del estado de ánimo* aprobado por la NANDA-I arriba mencionado, representa manifestaciones de individuos con trastornos bipolares o depresivos mayores. Algunos de los factores relacionados representan los signos y síntomas de los trastornos del estado de ánimo (p. ej., alteración en el patrón de sueño, cambios en el apetito, hipervigilancia); algunos son respuestas del individuo al *Deterioro en la regulación del estado de ánimo* como aislamiento social, cambio de peso, abuso de sustancias, soledad, pensamientos recurrentes sobre la muerte, pensamientos recurrentes sobre el suicidio, deterioro del funcionamiento social y ansiedad. El tratamiento principal para los trastornos bipolares o depresivos mayores son medicamentos que pueden estabilizar las fluctuaciones del estado de ánimo de la persona.

El *Deterioro en la regulación del estado de ánimo* no es el foco de las Intervenciones de enfermería. Con el uso de una Evaluación funcional de la salud, la enfermera, la persona y la familia determinan los patrones que se ven afectados por el trastorno del estado de ánimo de la persona. Algunos diagnósticos enfermeros relacionados son *Riesgo de daño a sí mismo, Insomnio, Afrontamiento ineficaz, Afrontamiento familiar comprometido, Afrontamiento defensivo, Deterioro en la interacción social, Riesgo de violencia hacia otros* y *Negación ineficaz*. Consultar los diagnósticos enfermeros específicos a lo largo de este libro.

AFRONTAMIENTO INEFICAZ DE LA COMUNIDAD

Definición de la NANDA-I*

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 las expectativas de sus miembros Déficit de participación de la comunidad

Excesivos conflictos en la comunidad

Impotencia percibida de la comunidad

Vulnerabilidad percibida de la comunidad

Elevado índice de enfermedades en la comunidad

Alta incidencia de problemas en la comunidad (p. ej., homicidios, vandalismo, incendio, terrorismo, asaltos, infanticidio, abusos, divorcio, desempleo, pobreza, beligerancia, enfermedades mentales)

Estrés excesivo

Factores de riesgo

Presencia de factores de riesgo (véase factores relacionados).

Factores relacionados

Situacionales

Relacionados con sistemas comunitarios ineficaces o inexistentes (p. ej., falta de sistemas médicos de urgencias, sistemas de transporte, sistemas de planificación en caso de desastres)[11]

Relacionados con desconocimiento de los recursos

Relacionados con patrones de comunicación inadecuados

Relacionados con cohesión inadecuada de la comunidad

Relacionados con recursos inadecuados para la solución de problemas[11]

Relacionados con antecedentes de desastres naturales[11] *secundarios a:*

Inundaciones	Epidemias
Huracanes	Aludes
Terremotos	

Relacionados con efectos traumáticos de:[11]

Accidentes aéreos	Accidentes ecológicos
Desastres industriales	Terremotos
Incendios masivos	

Relacionados con amenaza a la seguridad de la comunidad (p. ej., asesinatos, violaciones, secuestros, pillaje)[11]

Relacionados con aumento súbito del desempleo en la comunidad

De maduración

Relacionados con recursos insuficientes para:

Niños	Adolescentes
Progenitores que trabajan	Adultos mayores

Nota de la autora

Afrontamiento ineficaz de la comunidad es un diagnóstico de una comunidad que no tiene establecido un sistema constructivo para afrontar los sucesos o cambios. El centro de interés de las intervenciones es mejorar el diálogo, la planificación y la identificación de recursos en la comunidad.

Cuando una comunidad ha experimentado un desastre natural (p. ej., huracán, inundación), una amenaza a la seguridad (p. ej., asesinato, violencia, violación), o un desastre causado por el ser humano (p. ej., accidente aéreo, incendio masivo), el centro de atención debe ser la estrategia preventiva. El diagnóstico *Riesgo de afrontamiento ineficaz de la comunidad* es más apropiado cuando la comunidad ha sido víctima de un desastre o un crimen violento.

NOC

Competencia de la comunidad, estado de salud de la comunidad, control de riesgos en la comunidad.

Objetivos

La comunidad se ocupará de la resolución eficaz de problemas, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica el problema.
- Accede a la información para mejorar el afrontamiento.

- Usa los canales de comunicación para acceder a asistencia.

NIC

Evaluación de la salud de la comunidad, protección de riesgos ambientales, desarrollo de programas, identificación de riesgos.

Intervenciones

Valorar la presencia de factores causales o contribuyentes

- Véanse a factores relacionados.

Dar oportunidades para que los miembros de la comunidad (p. ej., escuelas, iglesias, sinagogas, cabildo) se reúnan y hablen de la situación

- Manifestar aceptación de la ira, el aislamiento o la negación de los miembros de la comunidad.
- Corregir la información errónea según se requiera.
- Desaconsejar la culpabilización.

Procurar una comunicación eficaz (Allender, Rector, y Warner, 2010)

- Permitir las preguntas y abordarlas.
- Plantear los hechos.
- Transmitir seriedad.
- Ser claro, sencillo y repetitivo.
- Presentar soluciones y sugerencias.
- Abordar necesidades reales y percibidas.

Promover la competencia de la comunidad para el afrontamiento

- Concentrarse en los objetivos de la comunidad, no en objetivos individuales.
- Hacer participar a los subgrupos en las discusiones de grupo y en su planificación.
- Asegurar el acceso de todos los miembros a los recursos (p. ej., horario de trabajo flexible para miembros que trabajan).
- Concebir un método para los desacuerdos formales.
- Evaluar el impacto de cada una de las decisiones en todos los miembros de la comunidad.

Establecer un centro de información para la comunidad en la biblioteca local para acceder a la información y al apoyo (p. ej., teléfono, conexión directa por internet)

Identificar los recursos de colaboración a los cuales tienen acceso los servicios de salud, las organizaciones religiosas, los servicios sociales y los centros de prestación de servicios sanitarios

Usar el centro de información para la comunidad (p. ej., biblioteca local) para informar a los residentes sobre las actividades continuadas y su evolución

AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO

Definición de la NANDA-I*

El soporte habitual de una persona de referencia (familiar, persona significativa o amigo íntimo), que proporciona apoyo, confort, ayuda o estímulo que pueden ser necesarios para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en la salud, se vuelve insuficiente, ineficaz o se ve comprometido.

Características definitorias*

Datos subjetivos

Preocupación del paciente por la respuesta de la persona de apoyo al problema de salud

La persona de soporte expresa preocupación por su propia reacción (p. ej., temor, duelo anticipado, culpa, ansiedad) ante las necesidades del enfermo

La persona de apoyo expresa una comprensión inadecuada que inter-fiere con conductas de apoyo eficaces

Datos objetivos

Las conductas de apoyo de la persona de apoyo producen resultados insatisfactorios.

Comunicación limitada entre la persona de apoyo y el paciente.

Conducta protectora de la persona de apoyo incongruente con las necesidades de autonomía del paciente.

Factores relacionados

Consultar *Interrupción de los procesos familiares*.

Nota de la autora

Este diagnóstico enfermero describe situaciones similares a las del diagnóstico de *Interrupción de los procesos familiares* o *Riesgo de interrupción de los procesos familiares*. Mientras la investigación clínica no diferencie este diagnóstico de los antes mencionado, usar *Interrupción de los procesos familiares.*

AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE

Definición

Conducta de una persona cercana (familiar, allegado, amigo cercano) que anula sus capacidades y las del enfermo para abordar de manera eficaz tareas esenciales para la adaptación de cualquiera de los dos al problema de salud (NANDA-I).

Estado en el cual una familia manifiesta o corre el riesgo de manifestar una conducta destructiva en respuesta a una incapacidad para gestionar factores de estrés internos o externos debido a insuficiencia de recursos (físicos, psicológicos, cognitivos).[12]

Características definitorias

Decisiones/acciones perjudiciales para el bienestar familiar[12]

Negligencia para atender las necesidades humanas básicas del enfermo*

Negligencia en el tratamiento del enfermo*

Relaciones negligentes con otros familiares

Conductas familiares perjudiciales para el bienestar*

Distorsión de la realidad acerca del problema de salud de la persona*

Rechazo*

Agitación*

Agresión*

Deterioro de la restructuración de una unidad familiar

Intolerancia*

Abandono*

Depresión*

Hostilidad*

Factores relacionados

Biofisiopatológicos

Relacionados con deterioro de la capacidad para desempeñar las responsabilidades de rol secundario a:

Cualquier enfermedad aguda o crónica

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con deterioro de la capacidad para gestionar los factores de estrés de manera constructiva secundario a:

Abuso de sustancias (p. ej., alcoholismo)

Modelos de rol negativo

Antecedentes de relaciones ineficaces con los progenitores

Antecedentes de relaciones abusivas con los progenitores

Relacionados con expectativas poco realistas de uno o ambos progenitores con respecto al hijo

Relacionados con expectativas poco realistas del hijo con respecto a uno o ambos progenitores

Relacionados con necesidades psicosociales del niño no satisfechas por los progenitores

Relacionados con necesidades psicosociales de uno o ambos progenitores no satisfechas por el hijo

Relacionados con factores de estrés conyugal secundario a:

Dificultades económicas	Hijos problemáticos
Separación	Otros familiares problemáticos
Infidelidades	

Nota de la autora

El diagnóstico *Afrontamiento familiar incapacitante* describe a una familia con antecedentes de conductas o respuestas destructivas ante el estrés manifiestas u ocultas. Este diagnóstico hace necesarios los cuidados a largo plazo de una enfermera terapeuta especialista clínica en sistemas familiares y abuso.

El uso de este diagnóstico en el presente libro se concentra en inter-venciones enfermeras apropiadas para una enfermera generalista en una relación a corto plazo (p. ej., unidad de urgencias, unidad no psiquiátrica en la misma institución) y para cualquier enfermera en posición de prevenir el *Afrontamiento familiar incapacitante* a través de la educación para la salud, la asesoría o la derivación a otros profesionales.

NOC

Salud emocional del cuidador, factores de estrés del cuidador, afrontamiento familiar normalización familiar.

Objetivos

Cada integrante de la familia fijará objetivos a corto y largo plazos para el cambio, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Valora las conductas de afrontamiento no saludables de los familiares.

- Comunica las expectativas para sí mismo y la familia.
- Identifica los recursos comunitarios disponibles.

NIC

Apoyo al cuidador, derivación a otros profesionales, apoyo emocional, terapia familiar, Promoción de la participación familiar.

Intervenciones

Identificar los puntos fuertes de cada miembro de la familia

Identificar en cada miembro de la familia los factores que lo estresan

Ayudar a los miembros de la familia a valorar las conductas familiares (eficaz, ineficaz y destructivo)

Discutir el efecto de la conducta en las personas y en la unidad familiar

- Emociones.
- Roles.
- Apoyo.
- Desempeño.

Ayudar a la familia a establecer objetivos a corto y largo plazos

Fomentar la resiliencia familiar

- Pedir ayuda a cada miembro de la familia que identifique una actividad que le gustaría agregar a las que realiza su familia.

Promover la adaptación a los factores de estrés y a la crisis
(Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo y Hanson, 2010)

- Identificar los factores de estrés que pueden reducirse o eliminarse.
- Hacer que los familiares hablen de la situación.
- Permitir que cada miembro comparta sus pensamientos y sugerencias para mejorar la situación.
- Negociar los cambios necesarios.
- Identificar los recursos disponibles.
- Pedir a cada familiar que identifique una conducta que podría controlar. Comenzar a ayudar a los familiares a trabajar los resentimientos del pasado.

Mejorar la cohesión familiar

- Determinar las actividades recreativas de la familia que incluyan a todos los miembros y sean placenteras.

Dar orientación anticipatoria (Kaakinen y cols., 2010)

- Identificar cambios vitales trascendentes que ocurrirán en esta familia (p. ej.,

nacimiento de un hijo, mudanza, síndrome de nido vacío). Discutir los ajustes necesarios en las rutinas familiares.

- Identificar las responsabilidades de los familiares. Evaluar el balance de responsabilidades.
- Iniciar derivaciones a otros profesionales según se requiera.
- Grupos de apoyo, terapia familiar, apoyo económico.

Fomentar la toma de decisiones si se sospecha que hay abuso doméstico

- Dar la oportunidad de corroborar el abuso y hablar de los sentimientos; si a la persona gravemente lesionada la acompaña el cónyuge/cuidador que insiste en permanecer, intentar ver a solas a la víctima (p. ej., decirle que se requiere una muestra de orina y acompañarla al baño).
- Ser directo y no emitir juicios:
  - ¿Cómo gestiona usted el estrés?
  - ¿Cómo maneja el estrés su cónyuge o cuidador?
  - ¿Cómo son las discusiones entre usted y su cónyuge?
  - ¿Le teme usted?
  - ¿Su cónyuge le ha pegado, empujado o lesionado alguna vez?
- Dar opciones, pero permitir que la persona tome una decisión a su propio ritmo.
- Fomentar una valoración realista de la situación; disipar culpa y mitos.
- La violencia no es normal en la mayoría de las familias.
- La violencia puede cesar, pero por lo común empeora de manera progresiva.
- La víctima no es responsable de la violencia.

Dar información legal y de derivación a otros profesionales

- Informar de manera discreta sobre los organismos comunitarios disponibles para la víctima y el agresor (de urgencia y a largo plazo).
  - Números de teléfono de ayuda.
  - Servicios legales.
  - Refugios.
  - Organismos de orientación.
- Discutir la notificación obligatoria.
- Discutir la disponibilidad de los servicios sociales de ayuda.
- Consultar los recursos legales en la comunidad y familiarizar a la víctima con las leyes

aplicables acerca de:

- Abuso.
- Expulsión del agresor.
- Orientación.
- Apoyo temporal.
- Órdenes de protección.
- Derecho penal.
- Tipos de intervenciones policiales.

- Documentar los hallazgos y diálogos (*Carlson y Smith-DiJulio, 2006).
- Remitir a orientación individual, de grupo o de pareja.
- Explorar estrategias para reducir el estrés y gestionar de manera más constructiva los factores estresantes (p. ej., ejercicios de relajación, caminar, y formación para la asertividad).

Intervenciones pediátricas

Informar de los casos en que se sospeche abuso infantil

- Conocer las leyes aplicables sobre abuso infantil y los procedimientos de su estado para informar de ello a las autoridades pertinentes (p. ej., Oficina de Asistencia Infantil, Departamento de Servicios Sociales y Servicios de Protección Infantil).
- Llevar un registro objetivo (*Cowen, 1999):
  - Antecedentes de salud, incluidas lesiones accidentales o causadas por el entorno.
  - Descripción detallada de la exploración física (estado de nutrición, higiene, crecimiento y desarrollo, estado cognitivo y funcional).
  - Evaluación ambiental del hogar (si vive en la comunidad).
- Descripción de las lesiones.
- Escribir entre comillas las conversaciones con los progenitores y el niño.
- Describir las conductas, no su interpretación (p. ej., evitar “padre enojado” y anotar en cambio “El padre le gritó al niño: ‘si no fueras tan malo esto no habría pasado’”).
- Describir las interacciones entre progenitor e hijo (p. ej., “rehúye el contacto de la madre”).

Promover un entorno terapéutico

Dar al niño aceptación y afecto

- Dar atención al niño sin reforzar conductas impropias.

- Usar terapia de juego para permitir la autoexpresión del niño.
- Asignar los cuidadores de manera congruente y fijar límites razonables al comportamiento; evitar la compasión.
- Evitar hacer demasiadas preguntas y criticar las acciones de los progenitores.
- Asegurarse de que se satisfagan las necesidades lúdicas y educativas.
- Explicar con detalle todas las rutinas e intervenciones utilizando un lenguaje apropiado a la edad.

Ayudar al niño en su duelo y si es necesario enviarlo a un hogar de acogida

- Ser consciente de que el niño no deseará dejar a sus padres pese a la gravedad del abuso.
- Dar oportunidades para que el niño exprese sus sentimientos.
- Explicar por qué al niño no se le permite volver a casa; disipar la creencia de que se trata de un castigo.
- Animar a los padres de acogida a visitar al niño en el hospital.

Realizar intervenciones que fomenten la autoestima y el sentido de confianza de los padres

- Decirles que fue correcto que llevaran al niño al hospital.
- Dar la bienvenida a los progenitores a la unidad y orientarlos a las actividades.
- Promover su confianza con una actitud cálida y colaboradora y reconociendo cualquier competencia que tengan en las actividades de crianza.
- Dar a los padres la oportunidad de participar en el cuidado del niño (p. ej., alimentación, baño).

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales según esté indicado

- Dar orientación anticipatoria a las familias en riesgo.
- Difundir información en la comunidad acerca del abuso infantil (p. ej., organizaciones de padres y escuela, radio, televisión, periódicos).

Intervenciones geriátricas

Identificar los casos en que se sospeche de abuso del anciano (*Fulmer y Paveza, 1998)

- Entre los signos se incluyen:
  - Falta de cumplimiento del tratamiento, lo que puede poner en peligro la vida (p. ej., administración de insulina, problemas de úlceras).
  - Indicios de desnutrición, deshidratación, problemas de eliminación.
  - Equimosis, tumefacción, laceraciones, quemaduras, picaduras de insecto.

- Úlceras por presión.
- El cuidador no permite que la enfermera esté a solas con el anciano.

Informar de los casos sospechosos

- Consultar con el supervisor o supervisora cuáles son los procedimientos para informar de los casos en que se sospeche de abuso.
- Llevar un registro objetivo, que incluya:
  - Descripción de las lesiones.
  - Conversaciones con el anciano y el cuidador o cuidadores.
  - Descripción de las conductas.
  - Estado de nutrición e hidratación.
- Considerar el derecho del anciano a elegir vivir en riesgo de daño, siempre que sea capaz de realizar la elección.
- No iniciar ninguna acción que pudiera aumentar el riesgo de mayor daño para el anciano, ni antagonizar con el agresor.
- Respetar el derecho del anciano a la privacidad y el derecho a la autodeterminación.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Remitir a las familias en riesgo a un centro de cuidados enfermeros domiciliarios para su valoración.
- Remitir al anciano a orientación a fin de explorar opciones. Tranquilizarlo explicándole que no hizo nada incorrecto que mereciera el maltrato (Varcarolis, 2011).
- Buscar servicios de apoyo (p. ej., sustitución temporal, auxiliar de salud domiciliaria, servicios de ayuda doméstica).
- Difundir información en la comunidad acerca de la prevención.

---

[1]Las definiciones designadas como NANDA-I y las características y los factores identificados con un asterisco azul provienen de *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification* 2012-2014. Derechos de autor © 2012, 2009, 2007, 2003, 2001, 1998, 1996, 1994 de NANDA International. Usados con permiso de Blackwell Publishing Limited, una compañía de John Wiley & Sons, Inc.

[2] Los elementos representan los resultados de la investigación de análisis del concepto de la ansiedad de Georgia Whitley en 1994.

[3] Esta definición fue agregada por Lynda Juall Carpenito, la autora, para mayor claridad y utilidad.

[4] Este diagnóstico fue desarrollado por Lynda Juall Carpenito.

[5] Tal vez se requiera una orden del médico de atención primaria.

[6] Agregado por T. Wilson, colaborador.

[7] Este diagnóstico no se encuentra actualmente en la lista de la NANDA-I, pero se ha añadido para mayor claridad y utilidad.

[8] *Fuente*: Lynch C. S. & Phillips M. W. (1989). Nursing diagnosis: Ineffective denial. En: Carroll-Johnson R. M. (ed.). *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the eighth conference*. Philadelphia, PA: J. B. Lippincott.

[9] Añadido por Lynda Juall Carpenito para mayor claridad y utilidad.

[10] Trastornos neurológicos, por ejemplo, enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, trastornos extrapiramidales y cerebelosos, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer.

[11] Éstos representan factores de riesgo para *Riesgo de afrontamiento ineficaz de la comunidad*. Véase una exposición más detallada en Nota de la autora.

[12] Esta definición y característica han sido añadidas por la autora para mayor claridad y conveniencia.

CONFLICTO DE DECISIONES

Definición de la NANDA-1*

Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto en sus valores y creencias personales.

Características definitorias

Angustia al intentar tomar una decisión

Reconoce las consecuencias no deseadas de las acciones a considerar

Vacilación entre elecciones

Retraso en la toma de decisiones

Centrado en sí mismo

Verbalización de sentimientos de malestar cuando se intenta tomar una decisión

Signos físicos de distrés (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca, inquietud)

Cuestionamiento de valores personales, creencias o ambos mientras se intenta tomar una decisión

Cuestionamiento de los valores morales mientras se intenta tomar una decisión

Cuestionamiento de las reglas morales mientras se intenta tomar una decisión

Cuestionamiento de los principios morales mientras se intenta tomar una decisión

Factores relacionados

Muchas situaciones pueden contribuir al conflicto de decisiones, en particular las que implican intervenciones médicas complejas de riesgo elevado. Cualquier situación en la que deba tomarse una decisión puede precipitar un conflicto en una persona; así, los ejemplos citados a continuación no son exhaustivos, pero reflejan situaciones que pueden ser problemáticas y presentar factores que aumentan la dificultad.

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con falta de información pertinente

Relacionados con los riesgos en frente a las ventajas de (especificar prueba, tratamiento):

Mastectomía

- Cirugía
  - Extirpación de tumor
  - Cirugía estética
  - Amputación
  - Trasplante
  - Orquiectomía
  - Prostatectomía
  - Histerectomía
  - Laminectomía
  - Artroplastia
  - Extirpación de cataratas
- Parto por cesárea
- Pruebas diagnósticas
  - Amniocentesis
  - Radiografía
  - Ecografía
- Quimioterapia
- Radiación
- Diálisis
- Ventilación mecánica
- Alimentación enteral
- Hidratación por vía intravenosa
- Administración de medicamentos para el preparto prematuro
- Participación en ensayos clínicos
- Tratamiento antiviral contra el VIH

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con la amenaza subjetiva al sistema de valores

Relacionados con los riesgos y las ventajas de:

- Personal
  - Matrimonio
  - Leche materna comparado con leche maternizada
  - Paternidad/maternidad
  - Esterilización
  - Fertilización *in vitro*
  - Transporte desde centros rurales
  - Circuncisión
  - Divorcio
  - Aborto
  - Inseminación artificial
  - Adopción
  - Internamiento (hijo, progenitor)
  - Anticoncepción
  - Ingreso en una residencia de ancianos
  - Acomodación en un hogar de acogida
  - Separación
- Laborales
  - Cambio de carrera
  - Ética profesional
  - Inversiones de negocios
  - Traslado

Relacionados con:

Información insuficiente*
Información confusa

Relacionados con:

Desacuerdo en los sistemas de apoyo
Inexperiencia con la toma de decisiones
Valores/creencias personales poco claros*
Conflicto con valores/creencias personales
Antecedentes familiares de mal pronóstico
Paternalismo hospitalario: pérdida de control

Dilemas éticos o morales:

- Calidad de vida
- Interrupción de los sistemas de soporte vital
- Órdenes de "No reanimar"
- Interrupción del embarazo
- Trasplante de órgano
- Interrupción selectiva en caso de gestación múltiple

De maduración

Relacionados con los riesgos y las ventajas de:

Adolescente

- Presión de los pares
- Consumo de alcohol y drogas ilegales
- Elección de carrera
- Uso de anticonceptivos

Adulto

Universidad
Continuar o no una relación
Cambio de carrera
Traslado
Jubilación
Actividad sexual
Situaciones ilegales/peligrosas

Adulto mayor

Jubilación
Fuera del hogar (hogar del familiar, vida asistida, atención especializada)

Nota de la autora

La enfermera tiene un cometido importante a la hora de ayudar a las personas y sus familias a tomar decisiones. Dado que las enfermeras no suelen obtener ningún beneficio económico por las decisiones tomadas en relación con el tratamiento y el traslado, están en una situación ideal para ayudar a tomar dichas decisiones. Sin embargo, según Davis (*1989), "la competencia enfermera o médica no capacita a los profesionales de la salud para conocer los valores de las personas o lo que éstos piensan que es mejor para ellos", la experiencia en su profesión permite a las enfermeras facilitar la toma de decisiones sistemática que considera todas las alternativas y todos los resultados posibles, así como los valores y las creencias individuales. El objetivo principal es ayudar en la toma de decisiones lógicas, no promover

una decisión determinada.

Cuando las personas deciden acerca de un tratamiento que implica un riesgo considerable, no necesariamente experimentan conflicto. En situaciones en que la opción terapéutica es "elegir la vida", la percepción individual suele ser la de someterse al destino y mantenerse relativamente al margen del conflicto. Por ello, las enfermeras deben ser prudentes al asignar a las personas el diagnóstico enfermero de *Conflicto de decisiones* sin suficientes indicios que lo corroboren (*Soholt, 1990).

NOC

Toma de decisiones, procesamiento de información, participación: decisiones del cuidado de la salud.

Objetivos

El enfermo/grupo hará una elección informada, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Comunica las ventajas y los inconvenientes de las elecciones.
- Comparte los temores y preocupaciones relacionados con las elecciones y las reacciones de los demás.
- Determina lo que sería más útil para reforzar el proceso de la toma de decisiones.

NIC

Apoyo en la toma de decisiones, establecimiento mutuo de objetivos, facilitación del aprendizaje, orientación en el sistema de salud, orientación anticipatoria, protección de los derechos del enfermo, clarificación de valores, reducción de la ansiedad.

Intervenciones

Dirigir cada elemento para asegurar la toma de decisiones compartida (Lilley y cols., 2010)

- Aclarar la decisión por tomar.
- Explorar lo que es importante para la persona.
- Aclarar las opciones disponibles, barreras percibidas/reales.
- Comunicar los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento.

Valorar los factores causales/contribuyentes

- Véanse factores relacionados.

Reducir o eliminar los factores causales o contribuyentes

Internos

Falta de experiencia con la toma de decisiones o ineficacia de ésta

- Facilitar la toma de decisiones lógicas:
  - Ayudar a la persona a reconocer el problema e identificar de manera clara la decisión que se requiere.

- Generar una lista de todas las alternativas u opciones posibles.
- Ayudar a identificar los resultados probables de las diversas alternativas.
- Ayudar a sopesar las alternativas a partir de las amenazas reales o potenciales a las creencias/valores.
- Animar a la persona a tomar una decisión.

- Animar a las personas significativas a participar en todo el proceso de toma de decisiones.
- Sugerir a la persona que recurra a las personas allegadas como interlocutores cuando considere las alternativas.
- Respetar y apoyar el papel que la persona desea desempeñar en la decisión, sea activo, de colaboración, o pasivo.
- Estar disponible para revisar la decisión necesaria y las diversas alternativas.

Conflicto de valores (véase también *Sufrimiento espiritual*)

- Explorar lo que es importante para la persona (Lilley y cols., 2010).

Información insuficiente o incoherente

- Aclarar las opciones disponibles de acuerdo con los valores individuales.
- Comunicar los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento.

Temor al resultado/reacción de los demás (véase también *Temor*)

- Aclarar los posibles resultados y corregir las ideas erróneas.
- Investigar con la persona cuáles serían los riesgos de no decidir. Animar a la persona a enfrentar los temores.
- Tranquilizar a la persona de manera activa explicándole que se trata de su decisión y que tiene el derecho de tomarla.

Externo

Controversia con el sistema de apoyo

- Tranquilizar a la persona asegurándole que no tiene por qué ceder a la presión de los demás, sean familiares, amigos o profesionales de la salud.
- Defender los deseos de la persona si otros intentan socavar su capacidad para tomar la decisión personalmente.
- Identificar a aquellos en el sistema de apoyo que apoyan la decisión de la persona; discutir con la persona que tiene el poder o si es su representante designado para tomar la decisión, si corresponde.

Reconocer que el individuo puede llegar a ser ambivalente acerca de “elegir” al anteponer las necesidades del sistema de apoyo por encima de las propias. Hacer hincapié en los

riesgos de no elegir.

Intervenciones pediátricas

- Incluir a los niños y los adolescentes en el proceso de toma de decisiones.

Intervenciones geriátricas

- Asegurarse de que el adulto mayor participe en las decisiones.
- Facilitar la comunicación entre el anciano, la familia y los profesionales.
- De ser necesario, dar explicaciones sencillas y plantear los pros y contras de la decisión.

DIARREA

Definición de la NANDA-1*

Eliminación de heces líquidas, no formadas.

Características definitorias*

Eliminación > 3 deposiciones líquidas en 24 horas
Urgencia intestinal
Cólicos/dolor abdominal
Sonidos abdominales hiperactivos

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con malabsorción o inflamación* secundarios a:*

Cáncer de colon
Diverticulitis
Colon irritable
Enfermedad de Crohn
Úlcera péptica
Enfermedad celíaca (esprúe)
Gastritis
Colon espástico
Colitis ulcerosa

Relacionados con deficiencia de lactosa, síndrome de dumping

Relacionados con aumento del peristaltismo secundario a tasa metabólica alta (hipertiroidismo)

Relacionados con procesos infecciosos secundarios a:*

Triquinosis	Shigelosis	Disentería
Fiebre tifoidea	Cólera	Hepatitis infecciosa
Paludismo	Microsporidiosis	Criptosporidiosis

Relacionados con secreción excesiva de grasas en las heces secundaria a disfunción hepática

Relacionados con inflamación y ulceración de la mucosa gastrointestinal secundarias a altas concentraciones de desechos nitrogenados (insuficiencia renal)

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con la malabsorción o inflamación secundarias a la intervención quirúrgica del intestino

Relacionados con los efectos adversos de las sustancias farmacéuticas (especificar):*

Sustancias tiroideas	Quimioterapia	Antiácidos
Analgésicos	Laxantes	Cimetidina
Ablandadores de heces	Sulfato de hierro	Antibióticos

Relacionados con alimentación por sonda

Situacionales (personales, ambientales)

*Relacionados con estrés o ansiedad**

Relacionados con alimentos irritantes (frutas, cereales con salvado) o con aumento del consumo de cafeína

*Relacionados con cambios de agua y alimentos, secundarios a viajes**

Relacionados con cambios en la flora bacteriana del agua

Relacionados con bacterias, virus o parásitos contra los cuales no se tiene inmunidad

Nota de la autora

Véase *Estreñimiento*.

NOC

Eliminación fecal, equilibrios electrolítico y acidobásico, equilibrio hídrico, hidratación, control de síntomas.

Objetivo

La persona/progenitor informará de una disminución de la diarrea, evidenciada por los siguientes indicadores:

- Describe los factores contribuyentes cuando se conocen.

NIC

Manejo intestinal, manejo de la diarrea, tratamiento hidroelectrolítico, manejo de la nutrición, alimentación por sonda enteral.

Intervenciones

Valorar los factores causales y contribuyentes

- Alimentación por sonda.
- Alimentos dietéticos.
- Viaje al extranjero.
- Excesos alimentarios/alimentos contaminados.
- Alergias alimentarias.
- Medicamentos.

Eliminar o reducir los factores contribuyentes

Efectos secundarios de la alimentación enteral (Fuhrman, 1999)

- Controlar la velocidad de infusión (dependiendo del equipo de suministro).
- Administrar menor cantidad de comida y con mayor frecuencia.
- Cambiar a alimentación por sonda de goteo continuo.
- Administrar más lentamente si aparecen signos de intolerancia gastrointestinal.
- Controlar la temperatura.
- Si la fórmula se ha refrigerado, calentar en agua caliente hasta temperatura ambiente.
- Diluir (reducir la concentración) durante un tiempo.
- Seguir el procedimiento estándar para administrar la alimentación por sonda.
- Después de la alimentación por sonda proporcionar la cantidad indicada de agua para asegurar la hidratación.
- Tener cuidado con la contaminación/descomposición (la fórmula no usada pero abierta no debe usarse después de 24 h; la porción no usada debe conservarse en el frigorífico).

Alimentos contaminados (fuentes posibles)

- Pescados y mariscos crudos.
- Leche cruda.
- Moluscos.
- Restaurantes.
- Consumo excesivo de leche.

- Cocción/almacenamiento incorrectos de los alimentos.

Alimentos dietéticos: evitar los alimentos que contengan gran cantidad de hexitol, sorbitol y manitol, que se usan como sustitutos del azúcar en alimentos, golosinas y goma de mascar dietéticos

Reducir la diarrea

- Recomendar no dejar de comer ni de alimentar a los niños.
- Evite los productos lácteos (lactosa), la grasa, los cereales integrales, los fritos y las comidas condimentadas, así como la fruta y hortalizas crudas.
- Agregar de manera gradual alimentos semisólidos y sólidos (galletas saladas, yogur, arroz, plátano, puré de manzana).
- Explicar a la persona que hay que buscar atención médica si hay sangre y moco en las heces y si la fiebre es superior a 38.3 ºC.

Reponer líquidos y electrólitos

- Aumentar la ingesta oral para mantener normal la densidad relativa de la orina (de color amarillo claro).
- Fomentar el consumo de líquidos (té, agua, zumo de manzana, refresco de jengibre sin gas).
- Cuando la diarrea es intensa, administrar una solución de rehidratación oral de venta sin receta.
- Enseñar a la persona a vigilar el color de la orina para determinar las necesidades de hidratación. Aumentar los líquidos si el color es ambarino o amarillo oscuro.
- Advertir contra el uso de líquidos muy calientes o fríos.
- Véase *Déficit de volumen de líquidos* para más intervenciones.

Proporcionar la educación para la salud según esté indicado

- Explicar cómo preservar los alimentos (p. ej., almacenamiento a la temperatura requerida, lavado de los utensilios de cocina después de usarlos con alimentos crudos, lavado de manos frecuente).
- Explicar las intervenciones necesarias para prevenir episodios futuros y los efectos de la diarrea en la hidratación.
- Consultar con el profesional de atención primaria sobre el uso profiláctico de 30 a 60 ml de subsalicilato de bismuto o de 2 tabletas cada 6 h durante los viajes y 2 días después del regreso; o de antimicrobianos para prevenir la diarrea del viajero.
- Recomendar no tratar la diarrea del viajero con fármacos antipropulsivos (p. ej., difenoxilatoatropina, loperamida).
- Enseñar las precauciones que deben tomarse al viajar al extranjero (Connor, 2015):
  - Evitar las ensaladas, la leche, el queso fresco, las carnes curadas y las salsas.
  - Consumir bebidas carbonatadas o embotelladas; evitar el hielo.

- Pelar la fruta y hortalizas que se comen crudas.
- Evitar los alimentos no almacenados a la temperatura apropiada.
- Recomendar no tratar la diarrea del viajero con fármacos antipropulsivos (p. ej., difenoxilatoatropina, loperamida), que pueden retrasar la eliminación de los organismos patógenos y, por tanto, aumentar la gravedad de la diarrea con complicaciones (p. ej., septicemia, megacolon tóxico).

- Explicar cómo prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos en el hogar:
  - Refrigerar todos los alimentos perecederos.
  - Cocinar todos los alimentos a alta temperatura o hervirlos (100 °C) durante un mínimo de 15 min antes de servirlos.
  - Evitar que el alimento permanezca tibio durante varias horas.
  - Ser prudente con los alimentos cuando se come al aire libre en verano.
- Lavar meticulosamente los utensilios de cocina después que hayan estado en contacto con alimentos perecederos (p. ej., carnes, lácteos, pescado).
- Explicar que una dieta constituida en mayor medida por alimentos dietéticos con sustitutos del azúcar (hexitol, sorbitol, manitol) puede causar diarrea.
- Enseñar a la persona a limpiarse con suavidad la zona perianal después de defecar; los lubricantes (p. ej., vaselina) pueden proteger la piel.

Intervenciones pediátricas

Vigilar las pérdidas hidroelectrolíticas

- Pérdida de volumen de líquidos.
- Color de la orina y cantidad.
- Color de piel.
- Membranas mucosas.
- Tiempo de llenado capilar.

Consultar con el profesional de atención primaria si:

- La diarrea persiste.
- Hay sangre o moco en las heces.
- El niño está letárgico.
- La diuresis es escasa.
- Aumenta de manera repentina la cantidad que se defeca.
- El niño vomita.

Reducir la diarrea

- Evitar los productos lácteos (lactosa), la grasa, los cereales integrales, las frutas y las hortalizas crudas.
- Evitar los líquidos ricos en carbohidratos (p. ej., gaseosas), la gelatina, los zumos de fruta, las bebidas con cafeína, el caldo de pollo o de vacuno.

Proporcionar rehidratación oral

- Usar soluciones de rehidratación oral (p. ej., Pedialyte, Lytren, Ricelyte, Resol [Larson, 2000]).
- Determinar la pérdida de líquido a partir de la disminución de peso. Si se ha perdido menos del 5% del peso total, se requerirán 50 ml/kg de líquidos durante las siguientes 3 a 6 h (Pillitteri, 2014).
- Para una pérdida de más del 5% del peso, consultar al profesional de atención primaria sobre la reposición de líquidos.
- Deben administrarse líquidos para reponer las pérdidas que ya ocurrieron y las que continúan mientras la diarrea persiste (Pillitteri, 2014).

Reintroducir los alimentos

- Comenzar con plátano, arroz, cereal y galletas saladas en cantidades pequeñas.
- Reintroducir de manera gradual los alimentos habituales (excepto productos lácteos) después de 36 a 48 h; a los 3 a 5 días, agregar lácteos paulatinamente (leche descremada diluida a la mitad, luego leche descremada, luego leche entera diluida a la mitad.) [entera o 1%]).
- Introducir la leche maternizada de manera gradual (comenzando con la mitad de la dilución habitual).

Para lactantes alimentados con leche materna

- Continuar la lactancia materna.
- Administrar tratamiento de rehidratación oral si es necesario.

Proteger la piel de la irritación con crema no hidrosoluble (p. ej., vaselina simple)

Iniciar la educación para la salud según se requiera

Enseñar a los progenitores los signos que deben notificarse

- Ojos hundidos.
- Membranas mucosas secas.
- Pulso filiforme rápido.
- Respiración rápida.
- Letargo.

- Aumento de la diarrea.

Intervenciones geriátricas

- Determinar si hay retención de heces; en caso afirmativo, extraerlas (véanse intervenciones específicas en *Estreñimiento*).
- Vigilar de cerca en busca de hipovolemia y desequilibrios electrolíticos (p. ej., potasio, sodio).
- Recomendar a la persona que busque atención médica si la diarrea persiste más de 24 horas.

RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO

Definición de la NANDA-1*

Vulnerable a un deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable.

Características definitorias

Presencia de una serie de diagnósticos enfermeros reales o potenciales (de riesgo) relacionados con la inactividad:

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
Riesgo de estreñimiento
Riesgo de deterioro de la función respiratoria
Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz
Riesgo de infección
Riesgo de intolerancia a la actividad
Riesgo de deterioro de la movilidad física
Riesgo de lesión
Impotencia
Trastorno de la imagen corporal

Factores relacionados

(Opcional) Véase nota de la autora.

Fisiopatológico

Relacionados con:

Disminución sensorial

Inconsciencia

Trastorno neuromuscular secundario a:

Esclerosis múltiple
Distrofia muscular
Parkinsonismo

Parálisis parcial/total
Síndrome de Guillain-Barré
Lesión de la médula espinal

Deterioro musculoesquelético secundario a:

Fracturas

Enfermedades reumáticas

Enfermedad terminal

Sida
Cardíaco

Cáncer renal

Trastornos psiquiátricos/mentales

Depresión mayor
Estado catatónico

Fobias graves

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con:

Cirugía (amputación, esquelética)
Ventilación mecánica
Tracción/escayola/férulas

Vías vasculares invasivas
Inmovilidad prescrita

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con:

Depresión
Estado debilitado

Fatiga
Dolor

De maduración

Neonato /lactante/niño/adolescente

Relacionados con:

Síndrome de Down

Discapacidad mental o física

Artritis juvenil
Parálisis cerebral
Corsé tensor de Risser
Osteogénesis imperfecta
Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes
Autismo
Espina bífida

Adulto anciano

Relacionado con:

Disminución de la agilidad motora
Debilidad muscular
Demencia presenil

Nota de la autora

El diagnóstico *Riesgo de síndrome de desuso* describe a una persona en riesgo de sufrir los efectos adversos de la inmovilidad (Tabla 1.2). El *Riesgo de síndrome de desuso* identifica la vulnerabilidad a determinadas complicaciones y también funcionamiento alterado en un patrón de salud. Como un diagnóstico sindrómico, su etiología o factor contribuyente está dentro de la etiqueta diagnóstica *(desuso);* no se requiere un enunciado "relacionados con". Como se explica en la Sección 2, un diagnóstico sindrómico comprende una serie de diagnósticos enfermeros reales o de riesgo previstos debido a la situación. Once diagnósticos de riesgo o reales se agrupan bajo el *Riesgo de síndrome de desuso* (véase Características definitorias).

La enfermera ya no necesita usar diagnósticos separados, como *Riesgo de función respiratoria ineficaz* o *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea,* porque están incorporados en la categoría sindrómica. Sin embargo, si un enfermo inmóvil manifiesta signos o síntomas de deterioro de la integridad cutánea u otro diagnóstico, la enfermera debe usar el diagnóstico específico. Debe continuar usando *Riesgo de síndrome de desuso* para que otros aparatos y sistemas no se deterioren.

NOC

Resistencia, consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas, consecuencias de la inmovilidad: movilidad psicocognitiva, movimiento articular.

Objetivos

El enfermo no experimentará complicaciones de inmovilidad, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Integridad de la piel/tejidos.
- Funcionamiento muscular máximo.
- Flujo sanguíneo periférico máximo.
- Amplitud de movimientos completa.

- Funcionamiento intestinal, vesical y renal dentro de los límites normales.
- Uso de contactos y actividades sociales cuando es posible.
- Explica la justificación de los tratamientos.
- Toma decisiones acerca de los cuidados cuando es posible.
- Comparte sentimientos respecto al estado de inmovilidad.

NIC

Terapia de actividad, manejo de la energía, establecimiento recíproco de objetivos, terapia de ejercicio, prevención de caídas, prevención de úlceras por presión, corrección de la mecánica corporal, vigilancia de la piel, posición corporal, mejora del afrontamiento, toma de decisiones, juego terapéutico de apoyo.

Tabla I.2 EFECTOS ADVERSOS DE INMOVILIDAD EN LOS SISTEMAS CORPORALES

Sistema	Efecto
Cardíaco	Disminución del rendimiento miocárdico Disminución de la capacidad aeróbica Disminución del volumen sistólico Aumento de la frecuencia cardíaca en reposo y con mayor actividad Disminución de la absorción de oxígeno La reducción del volumen plasmático reduce la pre carga y el gasto cardíacos y el volumen sistólico
Circulatorio	Estasis venosa Intolerancia ortostática Edema dependiente Disminución de la frecuencia cardíaca en reposo Reducción del retorno venoso
Respiratorio	Aumento de la presión intravascular Estasis de secreciones Cilio dañado Secado de secciones de membranas mucosas Disminución de la expansión torácica Respiraciones más lentas y superficiales
Musculoesquelético	Atrofia muscular Disminución del volumen musculoesquelético, más pronunciado en los músculos antigravedad Acortamiento de la fibra muscular (contractura)

	Disminución de la fuerza/tono (p. ej., espalda) Disminución de la densidad ósea Degeneración articular Fibrosis de fibras de colágeno (articulaciones)
Metabólico/hematopoyético	El aumento de la resorción ósea conduce a un balance de calcio negativo (hipercalcemia) y, finalmente, disminución de la masa ósea Disminución de la excreción de nitrógeno Disminución de la conducción de calor del tejido Disminución de la tolerancia a la glucosa Resistencia a la insulina Disminución de los glóbulos rojos Disminución de la fagocitosis Cambio en la liberación circadiana de hormonas (p. ej., insulina, epinefrina) Anorexia Disminución de la velocidad metabólica Niveles elevados de creatina
Gastrointestinal	Estreñimiento Anorexia
Genitourinario	Estasis urinaria Cálculos urinarios Retención urinaria Fuerza gravitacional inadecuada
Sistema integumentario	Disminución del flujo capilar Acidosis del tejido a necrosis
Neurosensorial	Reducción de la inervación de los nervios Disminución de la visión cercana Aumento de la sensibilidad auditiva Aumento de la sensibilidad a los estímulos térmicos Alteración del ritmo circadiano

Fuentes: Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2015). *Wong's essentials of pediatric nursing* (10th ed.). New York: Elsevier; Grossman, S., & Porth, C. A. (2014). *Porth's pathophysiology: Concepts of altered health states* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer; Stuempfle, K. J., & Drury, D. G. (2003). Comparison of 3 methods to assess urine specific gravity in collegiate wrestlers. *Journal of Athletic Training*, 38, 315-319.

Intervenciones

Identificar factores causales y contribuyentes

- Dolor (véase también *Disconfort*).
- Fatiga (véase también *Fatiga*).
- Disminución de la motivación (véase también *Intolerancia a la actividad*).
- Depresión (véase también *Afrontamiento ineficaz*).

Iniciar un protocolo de ambulación de movilidad para individuos hemodinámicamente estables

- Véase *Deterioro de la movilidad física*.

En el caso de las personas incapaces de ambular, reajustar dinámicamente (de ser posible cada hora) como sigue (Zomorodi, Topley, y McAnaw, 2012)

- Posición vertical lo más pronto posible.
- Voltear con frecuencia de lado a lado, o parcialmente de lado a lado.
- Levantar y bajar la cabecera de la cama.
- Cama en posición de silla.

Promover la movilidad óptima

- Refiérase a *Deterioro de la movilidad* para un programa progresivo de movilidad.

Promover la función respiratoria óptima

- Alentar la realización de ejercicios de respiración profunda y tos controlada cinco veces cada hora.
- Enseñar a la persona a usar una botella para soplar o un espirómetro de incentivo cada hora cuando esté despierto (en caso de deterioro musculoesquelético grave, es posible que deba despertársele para que también lo haga por la noche).
- En el caso de un niño, usar agua coloreada en la botella para soplar; hacerle inflar globos, hacer pompas de jabón o soplar bolas de algodón con una pajilla.
- Auscultar los campos pulmonares cada 8 h; aumentar la frecuencia si los ruidos respiratorios están alterados.
- Alentar ingestas frecuentes de poca cantidad para prevenir la distensión abdominal.

Mantener el patrón habitual de defecación

- Véanse intervenciones específicas en *Estreñimiento*.

Prevenir las úlceras por presión

- Véanse intervenciones específicas en *Riesgo de úlceras por presión*.

Promover los factores que mejoran el flujo sanguíneo venoso

- Elevar la extremidad por encima del nivel del corazón (puede estar contraindicado si el individuo es hemodinámicamente inestable).

- Asegurarse de que el enfermo no permanezca de pie o sentado con las piernas suspendidas durante mucho tiempo.
- Reducir o eliminar la compresión venosa externa, que impide el flujo venoso.
- Evitar las almohadas de las rodillas o sugerir una cama elevada a la altura de las rodillas.
- Decir a la persona que evite cruzar las piernas.
- Recordar al enfermo que cambie de posición, mueva las extremidades o mueva rápidamente los dedos de manos y pies cada hora.
- Inspeccionar las piernas en busca de edema, calor y enrojecimiento todos los días.

Mantener la movilidad de las extremidades y prevenir las contracturas (Maher, Salmond y Pellino, 2006)

Aumentar la movilidad de las extremidades

- Realizar ejercicios de amplitud de movimientos (la frecuencia será determinada por el estado del enfermo).
- Apoyar la extremidad con almohadas para prevenir o reducir la tumefacción.
- Alentar a la persona a realizar ejercicios para articulaciones específicas tal como prescriben el médico, la enfermera profesional o el fisioterapeuta.

Mantener la buena alineación corporal del enfermo para prevenir complicaciones

- Dirigir los dedos de los pies y las rodillas hacia el techo cuando la persona está en decúbito supino. Mantenerlos horizontales cuando está sentado.
- Usar un tablero para los pies.
- Decir al enfermo que tiene que mover repetidamente los dedos de los pies, apuntándolos hacia arriba y hacia abajo, y girando los talones hacia dentro y hacia afuera cada hora.
- Evitar colocar almohadas bajo las rodillas; apoyar en cambio las pantorrillas.
- Evitar períodos prolongados de flexión de la cadera (es decir, posición sedente).
- Para cambiar de posición las caderas, colocar una toalla enrollada al lado de la cadera, a fin de prevenir la rotación externa.
- Mantener los brazos en abducción respecto al cuerpo con almohadas.
- Mantener los codos ligeramente flexionados.
- Mantener las muñecas en una posición neutra, con los dedos ligeramente flexionados y los pulgares en abducción y ligera flexión.
- Cambiar de posición las articulaciones del hombro durante el día (p. ej., abducción, aducción, rango de movimiento circular).

Reducir y vigilar la desmineralización ósea

- Vigilar los niveles séricos.

- Determinar la presencia de náuseas/vómitos, polidipsia, poliuria, letargo.
- Mantener una hidratación abundante. Adultos: 2 000 ml/día. Adolescentes: 3 000 a 4 000 ml/día, a menos que esté contraindicado (p. ej., insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca).

Promover la compartición y la sensación de bienestar

- Alentar al enfermo a compartir sus sentimientos y temores acerca de la restricción de movimiento.
- Alentar al enfermo a vestirse, en vez de permanecer en pijama, y usar sus prendas personales (p. ej., gorra de béisbol, calcetines de colores) para expresar su individualidad.

Reducir la monotonía de la inmovilidad

- Variar la rutina diaria cuando sea posible (p. ej., bañarse por la tarde para poder ver un espectáculo o charlar con un visitante por la mañana).

Incluir a la persona en la planificación del horario diario Tratar de ser creativos; variar el entorno físico y la rutina diaria cuando sea posible

- Actualizar los tableros de avisos, cambiar los cuadros de las paredes, mover los muebles de la habitación.
- Mantener un ambiente agradable y alegre (p. ej., mucha luz, flores).
- Colocar a la persona cerca de una ventana, si es posible.
- Proporcionar material de lectura (impreso o en audio), radio y televisión.
- Planificar una actividad diaria para dar al enfermo algo en qué pensar; siempre cumplir las promesas.
- Desalentar el uso de la televisión como fuente principal de recreación, a menos que sea muy deseable.
- Considerar recurrir a un voluntario que pase tiempo leyendo al enfermo o ayudándole en una actividad.
- Alentar sugerencias y nuevas ideas (p. ej., "¿Se le ocurren cosas que le gustaría hacer?").

Intervenciones pediátricas

Explicar los tipos de juego en el marco del cuidado de la salud

- Juego de ejercicios/liberadores de energía: promover el uso de extremidades superiores e inferiores (p. ej., lanzar una pelota, jugar en el agua).
- Juego por diversión/recreativo: ofrecer actividades divertidas para combatir el aburrimiento.
- Juego de apoyo al desarrollo: actividades seleccionadas apropiadas para la edad que sean un desafío para el lactante/niño.

- Juego terapéutico: proporcionar al niño actividades para que interactúe con un profesional de la salud, que facilite la expresión de los sentimientos y los temores sobre la experiencia del cuidado de la salud. Este diálogo aclara los malos entendidos y las causas de ciertos tratamientos.

Explicar a los padres/cuidadores que jugar puede

- aliviar el estrés causado por la inmovilidad.
- permitir un crecimiento y desarrollo continuo físico, mental y emocional.
- permitir que el padre y el niño dialoguen sobre las preocupaciones o los malos entendidos sobre su cuidado, procedimientos y otros.
- fomentar el intercambio de sentimientos.
- proporcionar opciones al niño para aumentar su sensación de control.
- proporcionar "rol de estar bien", conforme el niño ve que todavía puede salir adelante.
- proporcionar apoyo y participación de la familia.
- proporcionar un escape del dolor, el aburrimiento y la tristeza.
- ayudar a minimizar cualquier posible efecto físico secundario debido a la disminución de la actividad.

Fuente: Arkansas Children's Hospital, *Guía de Padres... Play and Your Immobilized Child*. Obtenido de www.archildrens.org/documents/child_life/PlayImmoblizedChild.pdf

Planear actividades adecuadas para niños

- Proporcionar un entorno con juguetes accesibles y adecuados a la etapa de desarrollo del niño; asegurarse de que estén muy al alcance.
- Alentar a la familia a llevar los juguetes favoritos del niño, incluidos los objetos de la naturaleza que mantengan vivo el "mundo real" (p. ej., un pez, hojas en otoño).
- Limitar el tiempo que mira la televisión a algunos programas favoritos.

Recurrir a ludoterapia (Pillitteri, 2014)

- Como liberadora de energía:
  - Clavar estacas.
  - Cortar madera con una sierra de juguete.
  - Golpear arcilla.
  - Golpear un globo.
- Como actuación dramática:
  - Proporcionar un equipo de asistencia médica como muñecos, camas para éstos, estetoscopios de juguete, equipo de venoclisis, jeringas, mascarillas y batas.

    - Permitir que el niño seleccione los objetos.
    - Dar al niño la oportunidad de jugar y expresar sus sentimientos.
    - Usar las oportunidades para hacer preguntas al niño.
    - Reflejar sólo lo que el niño expresa.
    - No criticar.
- Como juego creativo:
    - Dar la oportunidad de dibujar.
    - Pedir al niño que describa el dibujo.
- Variar el entorno.
- Llevar al niño fuera de la habitación siempre que sea posible.

Información de acceso para el manejo de la inmovilidad prolongada

- Véase la publicación del Arkansas Children's Hospital, "A Parent's Guide: Play and Your Immobilized Child", y a la página en internet de Children's Hospital de Filadelfia, "Play and Recreation During Hospitalization".

DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

Definición de la NANDA-1*

Disminución de la estimulación procedente de (o interés o participación en) actividades recreativas o de esparcimiento.

Características definitorias

Observación o declaración (o ambas) de aburrimiento por inactividad.

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con dificultad para acceder a las actividades habituales o participar en ellas secundaria a:

Enfermedad transmisible

Dolor

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con conductas sociales insatisfactorias

Relacionados con falta de pares o amigos

Relacionados con ambiente monótono

Relacionados con hospitalización o confinación prolongada

Relacionados con falta de motivación

Relacionados con dificultad para acceder a las actividades habituales o participar en ellas secundaria a:

Trabajo estresante excesivo

Falta de tiempo para actividades recreativas

Cambios en la carrera (p. ej., nuevo trabajo, jubilación)

Partida de los hijos ("síndrome del nido vacío")

Inmovilidad

Disminución de la percepción sensorial

Múltiples responsabilidades de rol

De maduración

Lactante/niño

Relacionados con falta de pares/juguetes apropiados

Adulto mayor

Relacionados con dificultad para acceder a las actividades habituales o participar en ellas secundaria a:

Déficits sensitivo/motores
Falta de medios de transporte
Temor a ser víctima de un delito
Falta de un grupo de pares
Recursos económicos limitados
Confusión

Nota de la autora

Sólo la persona puede expresar un déficit de actividades recreativas basándose en su determinación de los tipos y cantidades de actividad deseados. Miller (2015) escribe que las actividades asociadas con diversos roles afirman el autoconcepto de una persona.

Para corroborar un *Déficit de actividades recreativas*, debe explorarse la etiología de factores susceptibles de intervenciones enfermeras, manteniendo el interés principal en mejorar la calidad de las actividades recreativas. Para una persona con problemas de personalidad que obstaculiza las relaciones y reduce las actividades sociales, es más válido el diagnóstico *Deterioro de la interacción social*. En este caso, es necesario concentrarse en ayudar a la persona a identificar conductas que crean una barrera a la socialización.

NOC

Participación en actividades de ocio, vinculación social.

Objetivos

La persona manifestará que está más satisfecha con su nivel de actividad actual, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Explica métodos para afrontar la ira o la depresión que resultan del aburrimiento.
- Informa que participa en una actividad agradable cada día.

NIC

Terapia recreativa, mejora de la socialización, fomento de la autoestima, juego terapéutico.

Intervenciones

Valorar los factores causales

- Véanse los factores relacionados.

Reducir o eliminar los factores causales

Monotonía

- Véanse Intervenciones, "Reducir la monotonía de la inmovilidad", en *Síndrome de desuso*.
- Dar oportunidades para reminiscencias de manera individual o en grupos (p. ej., viajes anteriores, pasatiempos).
- Musicoterapia con música grabada y audífonos ligeros. Para la musicoterapia en grupo (*Rantz, 1991), se recomienda lo siguiente:
  - Presentar un tema.
  - Tocar música relacionada.
  - Desarrollar el tema con una discusión.
  - Discutir las respuestas.
- Considerar el uso de terapias holística y complementaria (p. ej., aromaterapia, terapia con mascotas, contacto terapéutico). Para la terapia con mascotas (*Rantz, 1991), se recomienda lo siguiente:
  - Los animales deben estar bien cepillados, estar sanos y limpios.
  - Los animales deben estar relajados con los extraños.
  - Los animales deben evacuar antes de entrar en la institución.
  - Los patrocinadores siempre deben preguntar a la persona si le gusta el tipo de animal antes de que éste sea llevado a su presencia.

Falta de motivación

- Estimular la motivación mostrando interés y fomentando el compartir sentimientos y experiencias.
- Estudiar los temores y preocupaciones acerca de la participación en actividades.
- Discutir sobre lo que le gusta y lo que no a la persona.
- Animar a compartir sentimientos acerca de experiencias presentes y pasadas.
- Pasar tiempo con el enfermo hablando deliberadamente de otros temas (p. ej. "Acabo de volver de la playa. ¿Ha ido alguna vez a la playa?").
- Señalar la necesidad de "activarse" y probar algo nuevo.
- Ayudar a la persona a trabajar en sus sentimientos de ira y duelo:
  - Permitirle expresar sus sentimientos.
  - Tomarse el tiempo para ser un buen receptor.
  - Véanse intervenciones adicionales en *Ansiedad*.
- Alentar a la persona a unirse a un grupo de posible interés o ayuda. (Tal vez deba participar a través de un intercomunicador o mediante una disposición especial.)
- Considerar el uso de la musicoterapia o terapia de reminiscencia.

Incapacidad para concentrarse

- Planificar una rutina diaria sencilla con actividades concretas (p. ej., caminar, dibujar, doblar la ropa de cama).
- Si la persona es ansiosa, sugerir actividades individuales, no competitivas (p. ej., rompecabezas, fotografía).

Identificar los factores que promueven la actividad y la socialización

Alentar la socialización con los pares y grupos de todas las edades (con frecuencia las personas muy jóvenes y muy ancianas se benefician mutuamente de las interacciones)
Obtener ayuda para aumentar la capacidad de la persona para viajar

- Organice el transporte a las actividades si es necesario.
- Adquirir dispositivos auxiliares de seguridad (p. ej., silla de ruedas para ir a comprar, andador para ambular por los pasillos).

Aumentar la sensación de productividad y valía de la persona

- Alentar a la persona a usar sus fortalezas para ayudar a otras y a sí misma (p. ej., asignarle tareas por realizar en un proyecto general). Reconocer esos esfuerzos (p. ej., "Gracias por ayudar al Sr. Jones a comer").
- Alentar la comunicación abierta; valorar la opinión de la persona ("Sr. Jones, ¿qué opina usted de _____?").
- Alentar a la persona a asumir el desafío de aprender una nueva habilidad o trabajar en un

nuevo interés.

- Dar la oportunidad de interactuar con la naturaleza y con animales.

Véanse más intervenciones en *Aislamiento social*

Intervenciones pediátricas

- Proporcionar un entorno con juguetes accesibles y adecuados a la etapa de desarrollo del niño; asegurarse de que estén muy al alcance.
- Tener juguetes en todas las salas de espera.
- Alentar a la familia a llevar los juguetes favoritos del niño, así como objetos naturales que ayuden a mantener vivo el "mundo real" (p. ej., un pez, hojas en otoño).
- Consultar a un ludoterapeuta infantil según esté indicado.
- Véase intervención pediátrica en el diagnóstico enfermero *Síndrome de desuso* para los aspectos específicos sobre cómo inducir el juego terapéutico.

Intervenciones geriátricas

- Explorar los intereses y la factibilidad de intentar una nueva actividad (p. ej., movilidad).
- Disponer que alguien acompañe u oriente a la persona en las primeras visitas.
- Explorar posibles oportunidades de ayuda voluntaria (p. ej., Cruz Roja, hospitales).

Iniciar las derivaciones a otros profesionales, según esté indicado

- Sugerir la afiliación a algún organismo de personas jubiladas.
- Escribir a los organismos locales de salud y bienestar social.
- Dar una lista de asociaciones/clubes con actividades para personas mayores (p. ej., YMCA), como Sixty Plus Club, Churches, XYZ Group (Extra Years of Zest), Golden Age Club, Young at Heart Club, SOS (Senior Outreach Services), Encore Club, Leisure Hour Group, MORA (Men of Retirement Age), Gray Panthers.

DISREFLEXIA AUTÓNOMA

Disreflexia autónoma

Riesgo de disreflexia autónoma

Definición de la NANDA-1*

Respuesta no inhibida, amenazadora para la vida, del sistema nervioso simpático ante un estímulo nocivo tras una lesión medular a nivel de la séptima vertebra dorsal (D7) o superior.

Características definitorias

El enfermo con lesión de médula espinal (D6 o superior) con:

Hipertensión paroxística* (hipertensión periódica repentina en la cual la presión sistólica es mayor de 140 mm Hg y la diastólica excede los 90 mm Hg)

Bradicardia o taquicardia* (frecuencia del pulso menor de 60 lat/min o mayor de 100 lat/min)

Diaforesis (por encima del nivel de la lesión)*

Manchas rojas en la piel (por encima de la lesión)*

Palidez (por debajo del nivel de la lesión)*

Cefalea (dolor difuso en distintas partes de la cabeza y no limitado a ningún territorio nervioso específico*

Aprensión

Dilatación pupilar

Escalofríos*

Congestión conjuntival*

Síndrome de Horner* (contracción pupilar, ptosis parcial; enoftalmía; a veces, pérdida de la sudación en el lado afectado de la cara)

Parestesia*

Reflejo pilomotor* (“carne de gallina”)

Visión borrosa*

Dolor torácico*

Sabor metálico en la boca*

Congestión nasal*

Erección peniana y eyaculación

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con estiramiento visceral e irritación secundarios a:

Gastrointestinales

Cálculos biliares
Úlcera gástrica
Hemorroides
Reflejo gastrocólico
Distensión gástrica
Estreñimiento
Retención fecal

Fisura anal

Patologías abdominales agudas

Urológicos

Distensión vesical*
Cálculos urinarios

Infección de vías urinarias
Epididimitis o compresión escrotal

Irritación cutánea*

Úlceras por presión
Picaduras de insectos
Quemaduras
Uñas encarnadas

Quemadura solar
Ampollas
Contacto con objetos duros o afilados

Reproductivos

Menstruación
Epididimitis
Eyaculación
Relaciones sexuales

Embarazo o parto
Contracción uterina
Infección vaginal
Dilatación vaginal

Relacionados con fracturas

Relacionados con estimulación de la piel (abdomen, muslo)

Relacionados con esfínter espástico

Relacionados con trombosis venosa profunda

Relacionados con embolia pulmonar

Relacionados con dolor

Relacionados con fracturas u otros traumatismos esqueléticos

Relacionados con procedimientos quirúrgicos o diagósticos

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con estiramiento visceral secundario a:

Extracción de heces retenidas

Sonda taponada o no permeable

Estiramiento e irritación viscerales debido a incisión quirúrgica, enemas

Cateterización, enema

Cirugía intestinal/colonoscopia

Cistoscopia/instrumentación básica

Estudio urodinámico

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con conocimiento insuficiente sobre el proceso de la enfermedad de la prevención o el tratamiento*

Relacionados con estiramiento visceral secundario a:

"*Boosting*" (vendaje de piernas y distensión de la vejiga para reforzar la producción de noradrenalina; *McClain, Shields y Sixsmith, 1999).

Actividad sexual

Relacionados con estimulación neuronal secundaria a inmersión en agua fría

Relacionados con fluctuaciones de temperatura

Relacionados con ropa, zapatos, o aplicaciones constrictivos

Nota de la autora

La *disreflexia autónoma* representa una situación potencialmente mortal que puede prevenirse o tratarse mediante intervenciones enfermeras. La prevención implica enseñar a la persona a reducir la estimulación del sistema nervioso simpático y a no usar intervenciones que puedan causar tal estimulación. El tratamiento se concentra en reducir o eliminar estímulos nocivos (p. ej., retención de heces u orina). Si las intervenciones enfermeras no resuelven los síntomas, es crítico iniciar la intervención médica. Cuando una persona requiere tratamiento médico para todos los episodios de disreflexia o la mayoría, la situación puede considerarse un problema de colaboración: *Riesgo de complicaciones de disreflexia.*

NOC

Estado neurológico, estado neurológico: autónomo, estado de los signos vitales.

Objetivos

El enfermo/su familia reaccionarán ante los primeros signos y síntomas. El enfermo/su familia tomarán medidas para prevenir la disreflexia, evidenciada por los siguientes indicadores:

- Enuncian los factores que causan disreflexia.
- Describen el tratamiento de la disreflexia.
- Relatan las indicaciones para el tratamiento de urgencia.

NIC

Tratamiento de la disreflexia, vigilancia de los signos vitales, cuidados de urgencia, administración de medicamentos.

Intervenciones

Valoración de los factores causales o contribuyentes

- Véanse factores relacionados.

Proceder como sigue si se presentan signos de disreflexia

- Colocar a la persona de pie o sentada.
- Bajar las piernas de la persona.
- Aflojar la ropa o los dispositivos constrictivos que lleve.

Verificar la existencia de distensión vesical

Si la persona está sondada

- Revisar la sonda en busca de acodaduras o compresión.
- Irrigar la sonda muy lentamente con sólo 30 ml de solución salina.
- Sustituir la sonda si no drena.

Si la persona no está sondada

- Insertar la sonda usando ungüento de clorhidrato de dibucaína.
- Extraer 500 ml de orina y luego pinzar durante 15 minutos.
- Repetir el ciclo hasta que se haya drenado la vejiga.

Revisar en busca de retención fecal

- Primero aplicar clorhidrato de dibucaína en el ano y unos 2.54 cm (1 pulgada) en el interior del recto.
- Revisar con delicadeza el recto con el dedo índice utilizando un guante bien lubricado.
- Insertar un supositorio rectal o retirar con suavidad las heces retenidas.

Revisar en busca de irritación cutánea

- Aplicar un anestésico tópico en aerosol a la lesión cutánea que induce la disreflexia.
- Retirar las medias elásticas.

Continuar la vigilancia de la presión arterial cada 3 a 5 minutos

Consultar de inmediato con el médico/enfermera profesional el tratamiento farmacológico si la hipertensión es el doble del valor basal o no pueden eliminarse los estímulos nocivos

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Enseñar los signos, síntomas y tratamiento de la disreflexia al enfermo y la familia.
- Enseñar las indicaciones que hacen necesaria la intervención médica inmediata.
- Explicar las situaciones que inducen disreflexia (ciclo menstrual, actividad sexual, eliminación).
- Enseñar al enfermo a observar en busca de los primeros signos y a intervenir de inmediato.

- Enseñar al enfermo a observar en busca de los primeros signos de infección vesical y cutánea (úlceras por presión, uñas encarnadas).
- Recomendar la consulta con un médico para el tratamiento farmacológico a largo plazo si el enfermo es muy vulnerable.
- Documentar la frecuencia de los episodios y el factor o factores precipitantes.

Riesgo de disreflexia autónoma

Definición de la NANDA-1*

Vulnerable a una 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 de la sexta vértebra dorsal (D6) o superior (se ha demostrado en pacientes con lesiones en la séptima y octava vértebra dorsal [D7 y D8]) y que puede comprometer la salud.

Factores relacionados

Véase *Disreflexia autónoma*: factores relacionados.

Objetivos

Véase *Disreflexia autónoma*.

Intervenciones

Véase *Disreflexia autónoma*.

RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO

Véase también *Riesgo de complicaciones de desequilibrio electrolítico* en la Sección 3, Problemas de colaboración.

Definición de la NANDA-1*

Vulnerable a cambios en los niveles de electrólitos séricos que pueden poner en peligro la salud.

Factores de riesgo*

Disfunción endocrina

Diarrea

Volumen de líquidos insuficiente (p. ej., deshidratación, intoxicación hídrica)

Trastorno de los mecanismos reguladores (p. ej., diabetes insípida, síndrome de secreción insuficiente de vasopresina)

Disfunción renal

Relacionados con los efectos secundarios del tratamiento (p. ej., medicamentos, drenajes)

Vómitos

Nota de la autora

Este diagnóstico de la NANDA-I se refiere a un problema de colaboración. Véase la Sección 3, *Riesgo de complicaciones de desequilibrios electrolíticos*.

INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES

Interrupción de los procesos familiares

Procesos familiares disfuncionales.

Definición

Cambio en las relaciones o el funcionamiento familiar (NANDA-1).

Estado en el cual una familia que suele ser solidaria experimenta (o se encuentra en riesgo de experimentar) un factor de estrés que amenaza su funcionamiento antes eficaz[13].

Características definitorias

Mayores (deben estar presentes)

El sistema familiar no:

Se adapta de manera constructiva a la crisis
Establece comunicación abierta y eficaz entre sus miembros

Menores (pueden estar presentes)

El sistema familiar no:

Satisface las necesidades físicas de todos sus miembros
Satisface las necesidades emocionales de todos sus miembros
Satisface las necesidades espirituales de todos sus miembros

Expresa o acepta una amplia gama de sentimientos
Busca o acepta ayuda de manera apropiada

Factores relacionados

Cualquier factor puede contribuir a la *Interrupción de los procesos familiares*. Los factores más habituales se enumeran a continuación.

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con:

Alteración de las rutinas familiares debido a tratamientos largos (p. ej., diálisis domiciliaria)

Cambios físicos debido a tratamientos del miembro de la familia enfermo

Cambios emocionales en todos los miembros de la familia debido a los tratamientos del miembro de la familia enfermo

Carga económica por los tratamientos del miembro de la familia enfermo

Hospitalización del miembro de la familia enfermo

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con la pérdida del hogar (p. ej., sin hogar, viviendo con un pariente)

Relacionados con la pérdida de un familiar:

Muerte
Encarcelamiento
Estudiar en un sitio lejano
Abandono
Separación
Hospitalización
Divorcio

Relacionados con la llegada de un nuevo miembro a la familia:

Nacimiento
Matrimonio
Adopción
Familiar anciano

Relacionados con pérdidas secundarias a:

Pobreza
Crisis económica
Cambio de roles en la familia (p. ej., jubilación)
Nacimiento de un niño con un defecto
Traslado
Desastre

Relacionados con un conflicto (moral, de objetivos, cultural)

Relacionados con infidelidad entre los miembros de la familia

Relacionados con desviación social de un miembro de la familia (p. ej., delito)

Nota de la autora

Este diagnóstico enfermero describe situaciones similares al diagnóstico de *Afrontamiento familiar comprometido*. Hasta que la investigación clínica haga una diferencia en este diagnóstico del arriba mencionado, usar *Afrontamiento familiar comprometido*.

Interrupción de los procesos familiares describe a una familia que habitual-mente tiene un funcionamiento constructivo pero que está experimentando una alteración debido a un problema actual relacionado con el estrés. La familia es vista como un sistema, con interdependencia entre sus miembros. Los desafíos de la vida para cada uno de los miembros también desafían al sistema familiar. Determinadas situaciones pueden influir de manera negativa en el funcionamiento familiar, por ejemplo enfermedad, la llegada de un familiar mayor, traslado, separación y divorcio. *Riesgo de Interrupción de los procesos familiares* puede representar tal situación.

Interrupción de los procesos familiares difiere de *Cansancio del rol de cuidador.* Determinadas situaciones requieren que uno o más miembros de la familia asuman un rol de cuidador de un familiar. Las responsabilidades del rol de cuidador pueden ir desde asegurar que un progenitor anciano reciba tres comidas equilibradas al día, hasta procurar todas las actividades de higiene y autocuidados para un adulto o un niño. *Cansancio del rol de cuidador* describe la carga mental y física que el rol de cuidador impone en las personas, lo cual influye en todas sus relaciones concurrentes y responsabilidades de rol. Se concentra de manera específica en la persona o personas con múltiples responsabilidades de cuidados directos.

NOC

Afrontamiento familiar, entorno familiar: interno, crianza, normalización familiar.

NIC

Mejora del afrontamiento, referencia, mantenimiento de procesos familiares, promoción de la integridad familiar, establecer límites, grupo de apoyo.

Intervenciones

Valorar la composición de la "Familia" (Pillitteri, 2014)

- Díada: dos personas que viven juntas (p. ej., casadas, solteras, homosexuales, lesbianas).
- Familia nuclear tradicional de un esposo, esposa e hijos.
- Multigeneracional: una familia nuclear con otros integrantes de la familia, como abuelos, primos, nietos.
- Cohabitación: parejas no casadas con niños que viven juntos.
- Poligamia: aunque ilegal en Estados Unidos, una familia de un hombre con varias esposas

puede emigrar a Estados Unidos.

- Mixta: familia de segundas nupcias o reconstituida con hijos (p. ej., divorciados, viudos).
- Monoparental: 55% de las familias son monoparentales (US Census Bureau, 2013).
- Grupos comunales: personas que deciden vivir juntas.
- Mismo género: aproximadamente una de cada cinco familias tiene padres del mismo sexo.

Valorar los factores causales y contribuyentes

Factores relacionados con la enfermedad

- Naturaleza inesperada y súbita de la enfermedad.
- Problemas agudos y crónicos.
- Naturaleza potencialmente discapacitante de la enfermedad.
- Síntomas que causan un cambio desfigurante en el aspecto físico.
- Estigma social asociado con la enfermedad.
- Carga económica.

Factores relacionados con la conducta del familiar enfermo

- Rehúsa a cooperar en las intervenciones necesarias.
- Tiene conductas socialmente inapropiadas a causa de la enfermedad (p. ej., intentos de suicidio, violencia, abuso de sustancias).
- Se aísla de la familia.
- Se comporta o habla de manera abusiva hacia los profesionales de la salud y los familiares.

Factores relacionados con el funcionamiento global de la familia

- Pérdida de vivienda (p. ej., personas sin hogar, que viven con familiares).
- Variación negativa de los ingresos económicos.
- Incapacidad para resolver problemas.
- Patrones de comunicación ineficaces entre los miembros.
- Cambios en las expectativas de rol y la tensión resultante.

Promover la cohesión

- Abordar a la familia con calidez, respeto y apoyo.
- Mantener a los miembros de la familia al día de los cambios en el estado de salud del familiar enfermo cuando sea apropiado.
- Evitar discutir sobre qué causó el problema o culpar a alguien.
- Alentar la verbalización de culpa, ira, acusación y hostilidad y el ulterior reconocimiento de

los propios sentimientos en los familiares.

- Explicar la importancia de la comunicación funcional que usa la comunicación verbal y no verbal para enseñar conductas, compartir sentimientos y valores, y tomar decisiones acerca de las prácticas de salud de la familia (Kaakinen, Gedaly-Duff, Hanson y Padgett, 2010).

Ayudar a la familia a valorar la situación

- ¿Qué está en juego? Alentar a la familia a adoptar una perspectiva realista dándole información exacta y respondiendo a sus preguntas. Asegurarse de que todos los familiares cuenten con información.
- ¿Cuáles son las opciones? Ayudar a la familia a reorganizar los roles en casa y fijar prioridades para mantener la integridad familiar y reducir el estrés.
- Iniciar discusiones sobre los factores de estrés en los cuidados en casa (físicos, emocionales, ambientales y económicos).
- "Los métodos orientados a la familia que incluyen ayudarla a aumentar su comprensión de la situación y hacer cambios conductuales son los más satisfactorios" (Varcarolis, Carson y Shoemaker, 2010).

Promover límites claros entre los miembros de la familia

- Asegurarse de que todos los miembros comparten sus preocupaciones.
- Hacer que cada miembro enuncie sus responsabilidades.
- Reconocer las diferencias.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según sea necesario

- Incluya a los integrantes de la familia en las sesiones de educación grupal.
- Remita a las familias a grupos de apoyo y autoayuda.
  - Al-Anon (ayuda a los familiares de alcohólicos).
  - Fundación Americana de Lupus.
  - Syn-Anon
  - Sociedad Americana de Reumatología.
  - Alcóholicos Anónimos
  - Sociedad Nacional de Esclerosis Múltiple.
  - Organizaciones humanitarias.
  - Sociedad Americana contra el Cáncer.
  - Asociación Americana de Hospitales
  - Sociedad Americana de Corazón (AHA, por sus siglas en inglés)
  - Asociación Americana de Diabetes.

- Organización Nacional de Ostomía.
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.
- Programa Recuperación a su alcance (*Reach for Recovery*)
- Federación Internacional de Asociaciones y Fundaciones de Alzheimer y otras demencias.

- Facilitar la participación familiar con apoyos sociales.
- Ayudar a los miembros de la familia a identificar a los amigos en quienes confiar (p. ej., sacerdote, personas allegadas); alentar la búsqueda de ayuda (emocional, técnica) cuando sea apropiado.
- Obtener ayuda de otros profesionales (trabajador social, fisioterapeuta, psiquiatra, enfermera escolar).

Procesos familiares disfuncionales

Definición de la NANDA-1*

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

(*Lindeman, Hokanson y Batek, 1994)

Mayores (deben estar presentes)

Conductas

Manifestación inapropiada de ira*

Comprensión o conocimiento inadecuados del alcoholismo

Manipulación*

Negación de problemas*

Dependencia*

Pérdida de control de la bebida

Rechazo a recibir ayuda*

Abuso de alcohol

Racionalización*

Conductas facilitadoras

Culpabilización*

Habilidades insuficientes para la solución de problemas*

Incapacidad de satisfacer las necesidades emocionales

Incumplimiento de las promesas*

Críticas*

Deterioro de la comunicación*

Sentimientos*

Desesperanza
Ira
Culpa
Impotencia
Aislamiento emocional
Falta de valía
Vulnerabilidad
Ira suprimida
Emociones reprimidas
Ansiedad
Vergüenza
Desconfianza
Soledad
Responsable de la conducta alcohólica
Incomodidad

Roles y relaciones

Deterioro de las relaciones familiares
Desempeño parental inconsistente
Alteración en la dinámica familiar
Sistemas de comunicación cerrados
Negación familiar
Conflicto entre la pareja
Comunicación inefectiva con la pareja
Disfunción de la intimidad
Alteración de los roles familiares

Menores (pueden estar presentes)

Conductas

Incapacidad de aceptar una amplia gama de sentimientos*
Incapacidad de obtener o recibir ayuda de manera apropiada*
Orientación hacia el alivio de la tensión más que hacia el logro de los objetivos*
Toma de decisiones ineficaz
Incapacidad de gestionar los conflictos
Patrón de comunicación contradictoria y paradójica*
Las ocasiones familiares especiales están centradas en el consumo de alcohol*
Autojuicio severo*
Escalada del conflicto*
Dificultad para divertirse*
Inmadurez*
Trastorno de la capacidad de concentración*
Caos*
Incapacidad de adaptarse al cambio*
Luchas de poder*
Abuso de sustancias
Dificultad con las transiciones de los ciclos de la vida*
Abuso verbal de los padres*
Enfermedades físicas relacionadas con el estrés*
Incapacidad de realizar tareas del desarrollo

Aislamiento

Mentiras*

Falta de claridad de los mensajes que se envían

actuales o pasadas*

Falta de confianza*

Alteración del rendimiento académico de los niños*

Sentimientos*

Sentirse distinto de los demas*
Pérdida de la identidad*
Duelo no resuelto
Sentimientos mal comprendidos
Pérdida*
Depresión*
Temor*
Hostilidad*
Abandono*
Cambios de estado de ánimo*

Confunde el amor y la compasión

Emocionalmente controlado por los demás*

Insatisfacción*
Confusión*
Fracaso*
Sentirse no querido*
Autorrecriminación

Roles y relaciones

Triangulación de relaciones familiares*

Incapacidad para satisfacer las necesidades espirituales de sus miembros

Disminución de la capacidad de los miembros de la familia de relacionarse entre sí para el mutuo crecimiento y maduración*

Habilidades para las relaciones insuficientes*

Falta de cohesión*

Interrupción de los rituales familiares o falta de ellos*

Incapacidad para satisfacer las necesidades de seguridad de sus miembros

Respeto familiar insuficiente por la individualidad de sus miembros

Disminución de la comunicación y la individualidad sexuales de sus miembros

Insuficiente apoyo parental percibido*

Patrón de rechazo

Abandono de las obligaciones como miembro de la familia*

Factores relacionados

Relacionados con habilidades de afrontamiento insuficientes o habilidades de resolución de

problemas insuficientes secundarias a:

- Cambio en la situación económica (p. ej., hipoteca, desempleo)
- Sin hogar (especificar)
- Transición (p. ej., separación, divorcio)
- Situación de crisis*
- Cambio de roles en la familia*
- Adición de nuevos miembros a la familia (p. ej., familia mezcla da, familiar en etapa de envejecimiento)
- Abuso de alcohol (especificar)
- Abuso de sustancias* (especificar)
- Enfermedad mental (especificar)
- Disfunción cognitiva (especificar)

Nota de la autora

El *Afrontamiento familiar incapacitante* puede representar las consecuencias de la dinámica familiar alterada relacionada con la enfermedad mental crónica, la disminución cognitiva progresiva, el abuso de sustancias, el abuso de alcohol por parte de un miembro de la familia. El alcoholismo es una enfermedad familiar. Este diagnóstico enfermero puede representar las consecuencias de la alteración de la dinámica familiar como resultado del abuso de alcohol por parte de un familiar. Además, la persona que abusa del consumo de drogas también tendrá un diagnóstico enfermero específico de *Afrontamiento ineficaz* o *Negación ineficaz*.

NOC

Afrontamiento familiar, funcionamiento familiar, abuso de sustancias y enfermedades mentales.

Objetivos

La familia reconocerá el alcoholismo en la familia y establecerá objetivos a corto y largo plazos, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Relata los efectos del alcoholismo en la unidad familiar y los individuos.
- Identifica los patrones de respuesta destructivos.
- Describe los recursos disponibles para la terapia individual y familiar.

NIC

Fomento del afrontamiento, derivación a otros profesionales, mantenimiento del proceso familiar, tratamiento del consumo de drogas, promoción de la integridad familiar, fijación de límites, grupo de apoyo.

Intervenciones

Valorar la composición de la "Familia" (Pillitteri, 2014)

- Díada: dos personas que viven juntas (p. ej., casadas, solteras, homosexuales, lesbianas).
- Familia nuclear tradicional de un esposo, esposa e hijos.

- Multigeneracional: una familia nuclear con otros integrantes de la familia, como abuelos, primos, nietos.
- Cohabitación: parejas no casadas con niños que viven juntos.
- Poligamia: aunque ilegal en Estados Unidos, una familia de un hombre con varias esposas puede emigrar a Estados Unidos.
- Mixta: familia de segundas nupcias o reconstituida con hijos (p. ej., divorciados, viudos).
- Monoparental: 55% de las familias son monoparentales (US Census Bureau, 2013).
- Grupos comunales: personas que deciden vivir juntas.
- Mismo género: aproximadamente una de cada cinco familias tiene padres del mismo sexo.

Explorar las creencias familiares acerca de la situación y los objetivos

- Discutir las características del alcoholismo; revise una prueba de detección (p. ej., MAST, CAGE) que destaque las características del alcoholismo.
- Discutir las causas y corregir la información errónea.
- Reconocer que se esperan recaídas.
- Ayudar a establecer objetivos a corto y largo plazos.

Ayudar a la familia a comprender la conducta; discutir los métodos ineficaces que las familias usan

- Esconder el alcohol o las llaves del coche.
- Ira, silencio, amenazas, llanto.
- Excusas ante el trabajo, la familia o los amigos.
- Sacar al enfermo de la cárcel.
- No dejar de beber.
- Aumento de la ira de la familia.
- Exonerar al enfermo de la responsabilidad de beber.
- Impedir que el enfermo sufra las consecuencias de su conducta de bebedor.

Insistir a la familia que ayudar al alcóholico significa ayudarse primero a sí mismo

- Concentrarse en cambiar la propia respuesta.
- Permitir al enfermo ser responsable de su conducta de bebedor.
- Describir actividades que mejorarán sus vidas como personas y como familia.
- Iniciar una técnica de gestión del estrés (p. ej., ejercicio aeróbico, curso de asertividad, meditación).
- Planificar tiempo fuera de casa en familia (p. ej., museo, zoológico, una comida en el campo). Si se incluye a la persona alcohólica, debe comprometerse a no beber durante la

actividad y convenir una consecuencia si lo hace.

Discutir con la familia de que la recuperación cambiará de manera impresionante la dinámica familiar habitual

- La persona alcohólica dejará de ser el centro de atención.
- Todos los roles familiares serán cuestionados.
- Los miembros de la familia tendrán que concentrarse en sí mismos y no en la persona alcohólica.
- Los miembros de la familia tendrán que asumir la responsabilidad de su conducta, en vez de culpar a los demás.
- Los problemas de conducta de los niños constituyen un propósito para la familia.

Iniciar la educación para la salud sobre los recursos comunitarios y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Al-Anon.
- Terapia familiar de Alcohólicos Anónimos.
- Terapia individual.
- Grupos de autoayuda.
- National Association for Children of Alcoholics (NACoA).

TEMOR

Definición de la NANDA-1*

Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Características definitorias

Comunicaciones verbales de pánico*

Sensación de alarma*

Agresión

Aprensión*

Conductas de evitación*

Sensación de temor*

Disminución de la autoconfianza*

Horror*

Excitación*

Impulsividad*

Aumento del estado de alerta*/tensión

Focalización limitada a la fuente del temor*

Sensación de pánico

Sensación de terror*

Actividad visceral-somática

Musculoesquelética

Disnea

Fatiga*/debilidad de extremidades

Tensión muscular*

Respiratoria

Aumento de la frecuencia*

Temblor

Cardiovascular

Palpitaciones

Pulso rápido*

Aumento de la presión arterial sistólica*

Cutánea

Rubor/palidez*

Aumento de la sudación*

Parestesia

Gastrointestinal

Anorexia*

Náuseas/vómitos

Diarrea*/tenesmo rectal

Sequedad de boca*/garganta

Sistema nervioso central (SNC)/percepción

Síncope

Irritabilidad

Insomnio

Distracción

Falta de concentración

Pesadillas

Dilatación pupilar*

Disminución de la capacidad para resolver problemas*

Genitourinarias

Polaquiuria/tenesmo vesical

Factores relacionados

El temor puede ser una respuesta a diversos problemas, situaciones o conflictos. A continuación se indican algunos motivos habituales.

Fisiopatológicos

Relacionados con efectos percibidos inmediatos y a largo plazo de:

Deterioro cognitivo
Enfermedad discapacitante
Discapacidad prolongada
Enfermedad terminal

Pérdida de la función del cuerpo o de parte del mismo

Deterioro sensitivo

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con la pérdida de control y resultado impredecible secundario a:

Hospitalización

Procedimientos invasivos
Cirugía y su desenlace
Radiación
Anestesia

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con la pérdida de control y resultado impredecible secundario a:

Cambio o pérdida de un allegado
Dolor
Nuevo entorno
Nuevas personas
Éxito
Divorcio
Falta de conocimiento
Fracaso
Relacionados con pérdida posible de ingresos

De maduración

Preescolar (2 a 5 años)

Relacionados con:

Temores propios de la edad
Animales
Estar solo
Daño corporal
Oscuridad, extraños, fantasmas
No agradar
Estar separado de los progenitores, los pares
Extraños

Edad escolar (6 a 12 años)

Relacionados con:

Perderse
Tener problemas
Rayos, truenos
Sueños malos
Armas

Adolescentes (de 13 a 18 años)

Relacionados con la incertidumbre de:

Aspecto
Éxito escolar
Apoyo de los pares

Adulto

Relacionados con la incertidumbre de:

Matrimonio	Efectos del envejecimiento
Seguridad en el trabajo	Paternidad
Embarazo	

Adulto mayor

Relacionados con la dependencia esperada:

Sufrimiento prolongado	Vulnerabilidad a la delincuencia
Inseguridad financiera	Abandono

Nota de la autora

Véase *Ansiedad*.

NOC

Autocontrol de la ansiedad, autocontrol del temor.

Objetivos

El adulto relatará mayor confort psicológico y fisiológico, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Muestra disminución de la respuesta visceral (pulso, respiraciones).
- Diferencia entre situaciones reales de las imaginarias.
- Describe patrones de afrontamiento eficaces e ineficaces.
- Identifica las propias respuestas de afrontamiento.

El niño mostrará o comunicará mayor confort psicológico y fisiológico, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Discute de los temores.
- Llora menos.

NIC

Reducción de la ansiedad, mejora del afrontamiento; presencia, orientación, terapia de relajación.

Intervenciones

Las intervenciones enfermeras para *Temor* se aplican a cualquier persona con temor sin importar los factores etiológicos o contribuyentes.

Evaluar los posibles factores contribuyentes

- Véase factores relacionados.

Reducir o eliminar los factores contribuyentes

Entorno poco familiar

- Orientar a la persona en el entorno con explicaciones sencillas.
- Hablar de manera tranquila y pausada.
- Evitar sorpresas y estímulos dolorosos.
- Usar iluminación y música tenues.
- Retirar los estímulos amenazadores.
- Planificar un día cada vez, rutina familiar.
- Alentar el dominio gradual de una situación.
- Dar a un objeto transicional una seguridad simbólica (manta de seguridad, medalla religiosa).

Intrusión en el espacio personal

- Respetar el espacio personal.
- Alejar a la persona del estímulo.
- Permanecer con la persona hasta que el temor ceda (escuchar, usar el silencio).
- Después, establecer contactos frecuentes y coherentes, pedir a familiares y allegados que permanezcan con la persona.
- Usar el contacto según se tolere. Ofrezca un abrazo.

Amenaza a la autoestima

- Apoyar el estilo de afrontamiento preferido cuando la persona usa mecanismos adaptativos.
- Al principio, limitar el número de opciones para la persona.
- Usar enunciados simples y directos (evitar detalles).
- Hacer sugerencias directas para manejar los sucesos cotidianos (algunos prefieren los detalles; otros gustan de las explicaciones generales).
- Alentar la expresión de sentimientos (desesperanza, ira).
- Dar respuesta en relación con los sentimientos expresados (apoyar las valoraciones realistas).
- Redirigir la interacción a ámbitos de competencia y no de disfunción.
- Alentar los mecanismos de afrontamiento normales.
- Fomentar el compartir problemas frecuentes con los demás.
- Dar retroalimentación sobre el efecto que la conducta de la persona tiene sobre los demás.
- Alentar a la persona a afrontar el temor.

Cuando la intensidad de los sentimientos haya disminuido ayudar a comprender y controlar la respuesta

- Pedirle que escriba sus temores siguiendo un formato narrativo.
- Enseñarle a cómo resolver problemas.
  - ¿Cuál es el problema?
  - ¿Quién o qué es el responsable?
  - ¿Cuáles son las opciones?
  - ¿Cuáles son las ventajas y los inconvenientes de cada opción?

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Técnica de relajación progresiva.
- Lectura, música, ejercicios de respiración.
- Desensibilización, autopreparación.
- Detención del pensamiento, imaginación guiada.
- Yoga, hipnosis, capacitación para la asertividad.

Intervenciones pediátricas

Participar en actividades de la comunidad para enseñar a los progenitores los temores relacionados con la edad y las intervenciones constructivas (p. ej., organizaciones de padres y escuela, boletines informativos, grupos cívicos)

- Dar al niño la oportunidad de hablar y escribir sobre los temores y de aprender a desahogarse de manera saludable en caso de ira o tristeza, como la ludoterapia.
- Reconocer la enfermedad, la muerte y el dolor como algo real; abstenerse de proteger a los niños de la realidad de la existencia; alentar el compartir de forma abierta y sincera apropiada a la edad.
- No reírse nunca del niño. Transmitirle que esos tipos de temores son normales.
- Temor a animales e intrusos imaginarios (p. ej., “No veo a ningún león en tu dormitorio, pero te dejaré la luz encendida y si me necesitas de nuevo, llámame, por favor”).
- Temor a que el progenitor llegue tarde (establecer un plan de contingencia [p. ej., “Si cuando vuelves de la escuela mamá no está, ve donde la vecina”]).
- Temor a desaparecer por el sumidero del retrete o la bañera:
  - Esperar a que el niño esté fuera de la bañera para vaciarla.
  - Esperar a que el niño se levante del retrete para tirar de la cadena.
  - Dejar los juguetes en la bañera y demostrar al niño que no se van por el desagüe.
- Temor a perros y gatos:
  - Permitir que el niño vea cómo juegan otro niño y un perro desde lejos.

    - No forzar al niño a tocar al animal.
- Temor a la muerte.
- Temor al dolor (véanse Intervenciones pediátricas en *Dolor*)
- Renuencia a ir a dormir:
    - Establezca una hora realista para ir a dormir.
    - Acordar una recompensa si el niño lo hace bien.
    - No dormir con el niño ni llevarlo a la habitación de los padres.
- Dar oportunidades para que el futuro padre comparta sus preocupaciones y temores.

DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

Déficit de volumen de líquidos

Riesgo de déficit de volumen de líquidos

Definición de la NANDA-1*

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

Mayores (deben estar presentes una o más)

Aporte oral de líquidos insuficiente

Sequedad de piel*/mucosas*

Balance negativo de aportes y pérdidas

Pérdida súbita de peso

Menores (pueden estar presentes)

Aumento del sodio sérico

Sed*/náuseas/anorexia

Orina concentrada o polaquiuria

Disminución* o exceso de diuresis

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con diuresis excesiva:

Diabetes no controlada

Diabetes insípida (producción insuficiente de vasopresina)

Relacionados con aumento de la permeabilidad capilar y pérdida por evaporación por quemadura (no aguda)

Relacionados con pérdidas secundarias a:

Drenaje anormal	Fiebre o aumento de la tasa metabólica
Diarrea	Peritonitis
Menstruación excesiva	Herida

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con vómitos/náuseas

Relacionados con disminución de la motivación para beber líquidos secundarios a:
Depresión
Fatiga

Relacionados con dietas de moda/ayuno

Relacionados con alimentación por sonda muy concentrada

Relacionados con dificultad para deglutir o alimentarse por sí mismo secundaria a:
Dolor bucal o de garganta
Fatiga

Relacionados con calor/exposición al sol/sequedad extremos

Relacionados con pérdida excesiva a través de:
Sondas permanentes
Drenajes

Relacionados con líquido insuficiente para el ejercicio realizado o las condiciones meteorológicas

Relacionados con uso excesivo de:
Laxantes o enemas
Diuréticos, alcohol, cafeína

De maduración

Lactante/niño

Relacionados con mayor vulnerabilidad secundaria a:

Disminución de la reserva de líquidos y de la capacidad de concentrar la orina

Adulto mayor

Relacionados con un aumento de la vulnerabilidad secundario a:
Disminución de la reserva de líquidos y de la sensación de sed

Nota de la autora

Con frecuencia se usa el diagnóstico *Déficit de volumen de líquidos* para describir a personas en ayunas, en choque hipovolémico, o que experimentan una hemorragia. La autora recomienda usarlo sólo cuando la persona puede beber pero el aporte es insuficiente para las necesidades metabólicas. Si la persona no puede beber o necesita tratamiento IV, véanse los problemas de colaboración en *Riesgo de complicaciones de hipovolemia* y *Riesgo de complicaciones de desequilibrio electrolítico* en la Sección 3 Problemas de colaboración.

¿Debe usarse el diagnóstico *Déficit del volumen de líquidos* para representar situaciones clínicas como el shock, insuficiencia renal o lesión térmica? La mayoría de las enfermeras está de acuerdo en que éstos son problemas de colaboración que se deben notificar al médico para su tratamiento en colaboración.

NOC

Equilibrio de electrólitos y acidobásico, equilibrio hídrico, hidratación.

Objetivos

La persona mantendrá la densidad relativa (peso específico) de la orina dentro del intervalo normal, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Eleva el consumo de líquido hasta una cantidad determinada según la edad y las necesidades metabólicas.
- Identifica los factores de riesgo de déficit de líquidos y relata la necesidad de aumentar el consumo de líquidos según se indique.
- Demuestra ausencia de signos y síntomas de deshidratación.

NIC

Manejo de líquidos/electrolitos, vigilancia de líquidos.

Intervenciones

Valorar la presencia de factores causales

Prevenir la deshidratación en enfermos de alto riesgo

- Vigilar las pérdidas; asegurar un mínimo de 5 mg/kg por hora.
- Vigilar el aporte de líquidos; asegurar un mínimo de 2 000 ml de líquidos orales cada 24 h a menos que esté contraindicado. Ofrecer los líquidos preferidos cada hora.
- Enseñar a la persona a evitar el café, el té, el zumo de pomelo, los refrescos con azúcar y el

alcohol.

- Pesar a la persona todos los días con la misma ropa y a la misma hora. Una pérdida de peso del 2 al 4% indica deshidratación leve; una del 5 al 9% indica deshidratación moderada.
- En el caso de personas mayores que deberán ayunar antes de estudios diagnósticos, recomendarles incrementar el consumo de líquidos 8 h antes de iniciar el ayuno. Recuérdeles que cuando ayunan para los análisis de sangre, el agua es permisible.
- Revisar los medicamentos. ¿Contribuyen a la deshidratación (p. ej., diuréticos)? ¿Requieren aumento del consumo de líquidos (p. ej., litio)?

Iniciar la educación para la salud, según esté indicado

- Dar instrucciones verbales y escritas acerca de los líquidos deseables y la cantidad.
- Explicar la necesidad de beber líquidos y usar un sistema para recordarle no depender de la sed.
- Incorpore estrategias para estimular la ingesta de líquidos:
  - Llene una jarra grande de agua por la mañana para monitorear la ingesta.
  - Beba un vaso de agua adicional con los medicamentos.
  - En las instalaciones médicas, elabore un horario con un carrito de bebidas con opciones.
- Explicar la necesidad de aumentar los líquidos en caso de ejercicio, fiebre, infección y tiempo caluroso.
- Enseñar al enfermo y la familia cómo identificar la deshidratación (en especial en caso de lactantes y ancianos) y cómo intervenir aumentando el consumo de líquidos (véanse los signos de deshidratación en Datos subjetivos y objetivos).
- En el caso de atletas, hacer hincapié en la necesidad de hidratarse antes y después del ejercicio, de preferencia con una bebida rica en sodio. (Véanse intervenciones adicionales en *Hipertermia*.)

Intervenciones pediátricas

Para aumentar el aporte de líquidos ofrecer

- Líquidos atractivos (polos, barritas de zumo congeladas, helados, agua, leche, gelatina de sabores); dejar que el niño ayude a prepararlos.
- Usar recipientes no habituales (vasos y pajillas de colores).
- Un juego o actividad.
  - En una gráfica, hacer que el niño coloque una cruz en el número de vasos que bebe al día.
  - Leer un libro al niño y acordar que beba un sorbo al volver cada página, o hacer una ceremonia del té.
  - Acordar que tome una bebida cuando sea su turno en un juego.

    - Establecer un horario para líquidos complementarios a fin de promover el hábito de beber líquidos en las comidas y entre ellas (p. ej., zumo o bebida con saborizante artificial a las 10 a.m. y a las 2 p.m. todos los días).
    - Decorar las pajitas.
    - Deje que el niño llene vasos pequeños con una jeringa.
- Hacer un cartel de los progresos; usar pegatinas o estrellas para indicar los objetivos de líquido alcanzados. Los niños mayores suelen responder al desafío de alcanzar un objetivo de consumo específico.
- Las recompensas y los contratos también son eficaces (p. ej., una pegatina por beber determinada cantidad).
- Los niños pequeños por lo común responden a los juegos que integran líquidos para beber.

Prevención de la enfermedad por calor por esfuerzo

Enseñar factores de riesgo a niños/adolescentes y padres

- Clima caliente y/o húmedo.
- Mala preparación.
- No se aclimata al calor.
- Prehidratación inadecuada.
- Esfuerzo físico excesivo.
- Tiempo de reposo/recuperación insuficiente entre episodios repetidos de ejercicio de alta intensidad (p. ej., repetición de carreras cortas).
- Acceso insuficiente a líquidos y oportunidades para rehidratarse.
- Tiempo de descanso/recuperación insuficiente entre prácticas, juegos o partidos.
- Sobrepeso/obesidad (percentil 85 de IMC para la edad).
- Condiciones clínicas (p. ej., diabetes) o medicamentos (p. ej., medicamentos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad).
- Enfermedad actual o reciente (especialmente si implica o implicó malestar gastrointestinal o fiebre) (American Academy of Pediatrics, 2011).

Intervenciones preventivas

- Proporcionar y fomentar el consumo de líquidos fácilmente accesibles a intervalos regulares antes, durante y después de la actividad.
- Permitir la introducción y adaptación gradual al clima, intensidad y duración de las actividades y del equipo/uniforme protector.
- Asegurarse de que en el sitio se disponga del personal y las instalaciones para el

tratamiento eficaz de la enfermedad por calor. En respuesta a un niño o adolescente afectado (estrés por calor moderado o grave), activar cuanto antes los servicios médicos de urgencias y enfriar rápidamente a la víctima.

Enseñar a vigilar de cerca a todos los niños y adolescentes en todo momento durante los deportes y otra actividad física en el calor para detectar signos y síntomas de enfermedades por calor en proceso de desarrollo

- Cualquier deterioro significativo en el rendimiento con signos notables de estar en problemas.
- Cambios negativos en la personalidad o estado mental.
- Otros referentes a marcadores clínicos de bienestar, incluyendo palidez, enrojecimiento, mareo, cefalea, fatiga excesiva, vómito.
- Quejas de sensación de frío o demasiado calor.

Recomendación para iniciar un tratamiento de inmediato

- Mover a la víctima a la sombra, retirar de inmediato el equipo de protección y la ropa.
- Si es factible, el personal capacitado debe revisar cuanto antes la temperatura, si ésta indica (temperatura rectal de 40 °C [104 °F]), enfriar rápidamente todo el cuerpo en el sitio mediante técnicas comprobadas que deben iniciarse sin demora.
- Si no se puede evaluar la temperatura rectal en un niño o adolescente con signos clínicos o síntomas sugestivos de estrés térmico moderado o intenso, no debe retrasarse el tratamiento adecuado.
- Iniciar el enfriamiento con inmersión en agua fría o con hielo (método preferido, más eficaz) o aplicando bolsas de hielo en el cuello, las axilas y la ingle y con paños empapados de agua helada sobre todas las demás áreas del cuerpo hasta alcanzar la temperatura rectal apenas por debajo de 39 °C (102 °F) o cuando la víctima demuestre una mejora clínica.
- Enfriar rápido durante 10 a 15 minutos, y si el niño o adolescente está lo suficientemente alerta como para ingerir líquido, el personal que lo atiende debe iniciar la hidratación mientras se espera la llegada de ayuda médica.

Riesgo de déficit de volumen de líquidos

Definición de la NANDA-1*

Vulnerable a sufrir una disminución del volumen del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular, que puede poner en peligro la salud.

Factores de riesgo*

Desviaciones que afectan al acceso a líquidos

Desviaciones que afectan al consumo de líquidos

Desviaciones que afectan a la absorción de líquidos

Pérdidas excesivas por las vías normales (p. ej., diarrea)

Edades extremas

Pesos extremos

Factores que influyen en las necesidades de líquidos (p. ej., estado hipermetabólico)

Pérdida de líquido por vías anómalas (p. ej., sondas permanentes)

Conocimientos escasos

Fármacos (p. ej., diuréticos)

Nota de la autora

Si la persona ayuna, véase el problema de colaboración *Riesgo de complicaciones de hipovolemia* en la Sección 3. Si la persona puede beber, véanse intervenciones en *Déficit de volumen de líquidos*.

EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

Definición de la NANDA-1*

Incremento en la retención de líquido isotónico.

Características definitorias

Mayores (deben estar presentes una o más)

Edema (periférico, sacro)

Piel tensa y brillante

Menores (pueden estar presentes)

Aportes superiores a las pérdidas

Aumento de peso

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con deterioro de los mecanismos reguladores secundario a:

Insuficiencia renal (aguda o crónica)
Anomalías sistémicas y metabólicas
Disfunción endocrina
Lipedema

Relacionados con hipertensión portal, hipotensión coloidosmótica plasmática y retención de sodio secundarias a:

Hepatopatía
Cirrosis
Ascitis
Cáncer

Relacionados con anomalías venosas y arteriales secundarias a:

Varices
Flebitis
Infección
Vasculopatía periférica
Inmovilidad
Traumatismo
Trombosis
Linfedema
Neoplasias

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con retención de sodio y agua secundaria a tratamiento con corticosteroides

Relacionados con drenaje linfático deficiente secundario a mastectomía

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con deterioro del retorno venoso secundario a aumento de la resistencia periférica y disminución de la eficiencia de las válvulas relacionadas con el exceso de peso corporal

Relacionados con aporte excesivo de sodio/ingesta de líquidos

Relacionados con bajo consumo de proteínas:
Dietas de moda
Malnutrición

Relacionados con acumulación de sangre venosa/venostasis secundaria a:

Posición de pie o sedente por períodos largos
Inmovilidad
Escayola o vendaje apretados

Relacionados con la compresión venosa del útero embarazado

De maduración

Adulto mayor

Relacionados con deterioro del retorno venoso secundario a aumento de la resistencia periférica y disminución de la eficiencia de las válvulas

Nota de la autora

El diagnóstico *Exceso de volumen de líquidos* se usa con frecuencia para describir edema pulmonar, ascitis o insuficiencia renal. Todos éstos son problemas de colaboración que no deben renombrarse como *Exceso de volumen de líquidos*. *Véase* la Sección 3 para problemas de colaboración. Este diagnóstico representa una situación para la cual las enfermeras pueden prescribir si el centro de interés es edema periférico. Las intervenciones enfermeras se centran en enseñar a la persona o la familia cómo minimizar el edema y proteger los tejidos.

NOC

Equilibrio electrolítico, equilibrio de líquidos, hidratación.

Objetivos

La persona mostrará una disminución del edema (especificar sitio), evidenciado por los siguientes indicadores:

- Relata los factores causales.
- Relata los métodos de prevención del edema.

NIC

Manejo de electrólitos, manejo de líquidos, vigilancia de líquidos, vigilancia de la piel.

Intervenciones

Identificar factores contribuyentes y causantes

- Véase factores relacionados.

Reducir o eliminar los factores causales y contribuyentes

Exceso de sal en la dieta

- Evaluar el aporte y los hábitos alimentarios que pueden contribuir a la retención de líquidos.
- Ser específico; registrar el consumo diario y semanal de alimentos y líquidos.
- Evaluar cada semana la alimentación en busca de un consumo deficiente de proteína o excesivo de sodio.
  - Discutir los alimentos ricos en proteínas que agradan y desagradan a la persona.
  - Enseñar a la persona a planificar un menú semanal que aporte proteínas a un precio asequible.
  - Enseñar a la persona a reducir el consumo de sodio.
  - Leer en las etiquetas el contenido de sodio.

- Evitar los alimentos precocinados, las conservas y los congelados.
- Cocinar sin sal; usar especias (limón, albahaca, estragón, menta) para dar sabor.
- Usar vinagre en lugar de sal para dar sabor a sopas, estofados, etc. (p. ej., 2 a 3 cucharaditas de vinagre por 4 a 6 litros, según el sabor que se desee).
- Determinar si la persona puede usar sustitutos de la sal (advertirle que debe usar exactamente el sustituto prescrito).

Estancamiento venoso en las partes declives

- Valorar la presencia de indicios de estancamiento venoso en las partes declives o estasis venosa.
- Alentar la alternancia de períodos de reposo en posición horizontal (con las piernas elevadas) y actividad vertical (de pie); esto puede estar contraindicado en la insuficiencia cardíaca congestiva.
  - Mantener la extremidad edematosa elevada por encima del nivel del corazón siempre que sea posible (a menos que esté contraindicado por insuficiencia cardíaca).
  - Mantener los brazos edematosos elevados en dos almohadas o con un cabestrillo y un soporte de infusión intravenoso.
  - Elevar las piernas siempre que sea posible, apoyándolas en almohadas (evitar puntos de presión, en especial debajo de las rodillas).
  - Desaconsejar cruzar piernas y tobillos.
- Reducir la constricción de los vasos.
  - Valorar que la ropa se ajuste de manera adecuada y no existan constricciones.
  - Instruir a la persona para que evite fajas/ligas, medias a la altura de las rodillas y cruzar las piernas, y para que eleve las piernas cuando sea posible.
- Considerar el uso de medias antiembolia o vendas elásticas; medir las piernas de manera meticulosa para el uso de medias elásticas*
- Ponerse las medias acostado (p. ej., durante la mañana antes de levantarse).
- Revisar las extremidades con frecuencia para verificar que la circulación sea adecuada y en busca de indicaciones de constricción.

Puntos de presión sobre las venas

- Valorar la posibilidad de presión sobre las venas en caso de escayolas, vendajes y medias elásticas apretados.
  - Observar la circulación en los bordes de escayolas, vendajes y medias elásticas.
  - En caso de escayolas, insertar material blando para amortiguar la presión en los bordes.
- Revisar la circulación con frecuencia.

- Desplazar el peso corporal en la escayola para redistribuirlo en su interior (a menos que esté contraindicado).
  - Alentar a la persona a hacerlo cada 15 a 30 min mientras esté despierta para prevenir la venostasis.
  - Alentar el movimiento rápido de los dedos de las manos o los pies y los ejercicios isométricos de los músculos no afectados dentro de la escayola.
  - Si la persona no puede hacerlo por sí misma, ayudarla al menos cada hora a desplazar el peso corporal.

Drenado linfático inadecuado

- Mantener la extremidad elevada sobre almohadas.
  - Si el edema es intenso, el brazo debe elevarse *pero no colocarse en aducción* (esta posición puede constreñir la axila).
  - El codo debe estar más alto que el hombro.
  - La mano debe estar más alta que el codo.
- Medir la presión arterial en el brazo no afectado.
- No administrar inyecciones ni iniciar perfusiones IV en el brazo afectado.
- Proteger la extremidad afectada de lesiones.
- Recomendar a la persona que lleve una placa de alerta médica con la frase *Precaución: brazo con linfedema, no realizar pruebas ni administrar inyecciones*.
- Advertir a la persona que acuda al médico si el brazo se torna rojo, tumefacto o inusualmente duro.
- Después de una mastectomía, alentar la realización de ejercicios de amplitud de movimientos y el uso del brazo afectado para facilitar el desarrollo de un sistema de drenaje linfático colateral (explicar que el linfedema a menudo disminuye en el transcurso de 1 mes, pero que la persona debe continuar con el masaje, el ejercicio y la elevación del brazo durante 3 o 4 meses después de la cirugía).

Proteger la piel edematosa de lesiones

- Véase *Riesgo de úlcera por presión* para más información sobre la prevención de lesiones.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Dar instrucciones claras verbales y por escrito sobre todos los medicamentos: qué, cuándo, con qué frecuencia, por qué, efectos secundarios; prestar especial atención a los fármacos que influyen de manera directa en el equilibrio de líquidos (p. ej., diuréticos, esteroides).
- Escribir las instrucciones sobre la dieta, la actividad y el uso de vendas o medias elásticas y así sucesivamente.
- Pedir a la persona que demuestre que ha comprendido bien las instrucciones.

- En caso de fluctuaciones graves en el edema, hacer que la persona se pese todos los días por la mañana y a la hora de acostarse; pedirle que lleve un registro escrito del peso. En caso de enfermedad menos grave, es posible que la persona deba pesarse sólo una vez al día y registrar el peso.
- Advertir a la persona que deberá llamar al médico si hay edema/aumento de peso excesivos (más de 1 kg/día) o aumento de la disnea por la noche o con la actividad física. Explicar que estos signos pueden indicar problemas cardíacos incipientes y requerir medicación para evitar que empeoren.
- Considerar la hospitalización domiciliaria o los servicios de enfermeras domiciliarias para realizar el seguimiento en casa.
- Dar información sobre dietas bajas en sal; consultar con un dietista en caso necesario.

Intervenciones maternales

- Explicar la causa del edema de los tobillos y dedos.
- Recomendar a la persona que consuma sal con moderación (p. ej., eliminar las carnes procesadas, las patatas fritas) y mantener un consumo de agua de 8 a 10 vasos al día a menos que esté contraindicado.
- Aconsejar la consulta con una enfermera especialista clínica o un médico si la persona tiene hipertensión, proteinuria, inflamación de la cara, edema sacro o con fóvea, o aumento de peso de más de 1 kg en 1 semana.

RIESGO DE DESEQUILIBRIO DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS

Definición de la NANDA-1*

Vulnerable a sufrir una reducción, aumento o trasvase rápido de uno a otro de los líquidos intravascular, intersticial y/o intracelular que puede poner en peligro la salud. Esto se refiere a pérdida de líquido corporal, incremento, o ambos.

Factores de riesgo*

Cirugía abdominal
Ascitis
Lesión por quemaduras
Obstrucción intestinal
Pancreatitis
Aféresis
Sepsis
Traumatismo (p. ej., fractura de cadera)

Nota de la autora

Este diagnóstico puede representar varias condiciones clínicas, como edema, hemorragia, deshidratación y síndrome compartimental. Si la enfermera está vigilando a un enfermo en busca de desequilibrio de volumen de líquidos, tendrá mayor utilidad clínica calificar el desequilibrio específico como un problema de colaboración, como hipovolemia, síndrome compartimental, aumento de la presión intracraneal, hemorragia gastrointestinal o hemorragia posparto. Se controlará, por ejemplo, en la mayoría de las personas en período intraoperatorio la existencia de hipovolemia. Si el procedimiento fue neurocirugía, entonces también se vigilaría la presión intracraneal. Si la intervención fuera ortopédica, se abordaría el síndrome compartimental. Véase la Sección 3 para problemas e intervenciones de colaboración específicos.

MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL

Motilidad gastrointestinal disfuncional

Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional

Véase también Riesgo de complicaciones de íleo paralítico en la Sección 3.

Definición de la NANDA-1*

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

Características definitorias*

Ausencia de ventosidades
Cólico o dolor abdominal
Abdomen distendido
Aceleración en el vaciado gástrico
Residuo gástrico de color bilioso
Cambio en los ruidos intestinales (p. ej., ausencia, hipoactividad, hiperactividad)
Diarrea
Dificultad para expulsar heces secas
Heces duras
Aumento del residuo gástrico
Náuseas
Regurgitación, vómitos

Factores relacionados*

Envejecimiento
Ansiedad
Ingestión de material contaminado (p. ej., de los alimentos, agua)
Desnutrición

Alimentación enteral

Intolerancias alimentarias (p. ej., gluten, lactosa)

Inmovilidad

Medicamentos (p. ej., narcóticos/opiáceos, antibióticos, laxantes, anestesia)

Prematuridad, estilo de vida sedentario

Cirugía

Nota de la autora

Este diagnóstico de NANDA-I es demasiado amplio para ser de utilidad clínica. Representa problemas de colaboración y algunos diagnósticos enfermeros como *Diarrea, Estreñimiento*. Véanse en la Sección 3, más problemas de colaboración específicos como *Riesgo de complicaciones de disfunción gastrointestinal*, *Riesgo de complicaciones de íleo paralítico* y *Riesgo de complicaciones de hemorragia digestiva.*

Objetivos/Intervenciones

La enfermera debería examinar los datos de la valoración para determinar el enfoque.

- Para vigilar en busca de complicaciones fisiológicas que requieren intervenciones enfermeras y médicas como *Riesgo de complicaciones de íleo paralítico o hemorragia digestiva* (problema de colaboración), véase la Sección 3.
- Para prevenir o tratar una disfunción fisiológica como estreñimiento, diarrea, desequilibrio de líquidos, problemas de nutrición o complicaciones de la inmovilidad como *Riesgo de desequilibrio nutricional, Déficit de volumen de líquidos, Diarrea, Síndrome de desuso*, o *Riesgo de estreñimiento* (diagnósticos enfermeros), en la Sección 1.

Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional

Véase también *Riesgo de complicaciones de disfunción gastrointestinal* en la Sección 3.

Definición de la NANDA-1*

Vulnerable a un aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo*

Cirugía abdominal
Envejecimiento
Ansiedad
Cambio en alimentos o agua

Infección (p. ej., bacterias, parásitos, virus)

Agente farmacéutico (p. ej., antibióticos, laxantes, narcóticos/opiáceos, inhibidores

Disminución de la circulación gastrointestinal	de la bomba de protones)
Diabetes mellitus	Prematuridad
Inmovilidad	Estilo de vida sedentario
Intolerancias alimentarias (gluten, lactosa)	Estresores
Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)	Preparación de los alimentos en condiciones insalubres

Nota de la autora

Este diagnóstico de la NANDA-I es demasiado amplio para ser de utilidad clínica. Representa algunos problemas de colaboración como *Riesgo de complicaciones de disfunción gastrointestinal, Riesgo de complicaciones de hemorragia digestiva, Riesgo de complicaciones de íleo paralítico,* y diagnósticos enfermeros como *Riesgo de diarrea, Riesgo de estreñimiento* y *Riesgo de infección.* Véanse problemas de colaboración en la Sección 3.

Examinar los factores de riesgo en la persona y determinar si el centro de interés de las intervenciones enfermeras es la prevención; en caso afirmativo, usar *Riesgo de infección, Riesgo de diarrea* o *Riesgo de estreñimiento.* Si el centro de interés es vigilar el funcionamiento gastrointestinal en busca de complicaciones que requieren intervenciones médicas y enfermeras, usar un problema de colaboración, como *Riesgo de complicaciones de* (especificar).

DUELO

Duelo

Duelo anticipado

Duelo complicado

Riesgo de duelo complicado

Definición de la NANDA-1*

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

Mayores (deben estar presentes)

La persona informa de una pérdida real o percibida (persona, mascota, objeto, función, estatus o relación), con respuestas variadas como:

Negación
Pensamientos suicidas
Culpabilización
Llanto
Ira*
Tristeza
Desesperación*
Anhelo/conductas de búsqueda
Incapacidad para concentrarse
Alteraciones
Alteraciones en el patrón de sueño*
Culpa a otros*
Desapego*
Anergia
Desorganización*
Sentimientos de falta de valía personal
Embotamiento
Incredulidad
Ansiedad
Desesperanza

Factores relacionados

Muchas situaciones pueden contribuir a los sentimientos de pérdida. A continuación se enumeran algunas de las más comunes.

Fisiopatológicos

Relacionados con la pérdida de función o independencia secundario a:

Neurológicos
Digestivos
Cardiovasculares
Respiratorios
Sensitivos
Renales
Musculoesqueléticos
Traumatismo

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con las pérdidas secundarias a:
Diálisis a largo plazo
Cirugía (p. ej., mastectomía)

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con la pérdida de salud

Relacionados con perder un trabajo

Relacionados con la pérdida de estabilidad económica

Relacionados con la muerte de una mascota

Relacionados con la pérdida de un sueño anhelado

Relacionados con la enfermedad grave de un ser querido

Relacionados con la pérdida de una amistad

Relacionados con la pérdida de su hogar

Relacionados con los efectos negativos y las pérdidas secundarias a:

Dolor crónico	Enfermedad terminal
Muerte	

Relacionados con las pérdidas en el estilo de vida a causa de:

Nacimiento	Divorcio
Partida de un hijo	Separación
Matrimonio	Desempeño del rol

Relacionados con la pérdida de la normalidad secundaria a:

Discapacidad	Cicatrices
Enfermedad	

De maduración

Relacionados con pérdidas o cambios atribuidos al envejecimiento:

Independencia (pérdida del permiso de conducir, casa propia, preparación de los alimentos)	Amigos, hermanos
	Ocupación
	Desempeño sexual

Relacionados con pérdida de la esperanza y de los sueños

Nota de la autora

Duelo, Duelo anticipado y *Duelo complicado* representan tres tipos de respuestas de las personas o familias que experimentan una pérdida. *Duelo* describe el duelo normal después de una pérdida y la participación en el trabajo de duelo. *Duelo anticipado* describe la participación en el trabajo de duelo antes de una pérdida esperada. *Duelo complicado* representa un proceso desadaptativo en el cual el trabajo de duelo está suprimido o ausente, o bien la persona muestra respuestas exageradas prolongadas. Para los tres diagnósticos, el objetivo de la enfermera es promover el trabajo de duelo. Además, para el *Duelo complicado,* la enfermera dirige las intervenciones a reducir las respuestas excesivas, prolongadas o problemáticas.

En muchas situaciones clínicas, la enfermera espera una respuesta de duelo (p. ej., pérdida de una parte corporal, muerte de una persona allegada). Otras situaciones que inducen intensas respuestas de duelo a veces se pasan por alto o se minimizan (p. ej., aborto, muerte de un neonato, muerte de uno de los mellizos o trillizos, muerte de un amante secreto, suicidio,

pérdida de la patria potestad sobre un hijo, o adopción).

NOC

Afrontamiento, afrontamiento familiar, resolución del duelo, ajuste psicosocial, cambio vital.

Objetivos

La persona expresará su duelo, evidenciado por los los siguientes indicadores:

- Describe el significado personal de la muerte o la pérdida.
- Comparte su duelo con allegados.

NIC

Apoyo familiar, facilitación del trabajo de duelo, mejora del afrontamiento, orientación anticipada, apoyo emocional.

Intervenciones

Valorar la presencia de factores que demoren el trabajo de duelo

- Ausencia o falta de disponibilidad de un sistema de apoyo.
- Dependencia.
- Malestar emocional previo.
- Incertidumbre sobre la pérdida (p. ej., hijo ausente).
- Incapacidad de experimentar el duelo.
- Pérdida reciente de un objeto.
- Ausencia de duelo por una pérdida en el pasado.
- Estructura de la personalidad.
- Naturaleza de la relación.
- Pérdidas múltiples.

Reducir o eliminar los factores, si es posible

Promover una relación de confianza

- Promover los sentimientos de valía personal mediante sesiones individuales o en grupo.
- Establecer un tiempo para reunirse y discutir los sentimientos.
- Comunicarse con claridad, de manera sencilla y directa.
- No tratar nunca de minimizar la pérdida (p. ej., “Ella no sufrió mucho”; o “Usted puede tener otro bebé”).
- Usar la realimentación para evaluar lo que la persona y la familia están aprendiendo.

- Ofrecer apoyo y tranquilizar mediante explicaciones.
- Crear un entorno terapéutico (demostrar que a usted le importa).
- Establecer un ambiente seguro, sin riesgos y privado.
- Demostrar respeto por la cultura, la religión, la raza y los valores de la persona.
- Dar privacidad pero tener cuidado de no aislar inadvertidamente a la persona o la familia.
- Hacer acto de presencia y simplemente "estar" con la persona afligida.

Apoyar las reacciones de duelo

- Explicar las reacciones de duelo: choque emocional e incredulidad, toma de conciencia y resolución.
- Describir las variadas expresiones aceptables:
  - Conducta de regocijo o maníaca como una defensa contra la depresión.
  - Regocijo e hiperactividad como una reacción de amor y protección contra la depresión.
  - Diversos estados de depresión.
  - Diversas manifestaciones somáticas (pérdida o ganancia de peso, indigestión, mareo).
- Valorar las experiencias pasadas de pérdida (p. ej., pérdidas en la niñez y más tarde).

Determinar si la familia tiene peticiones especiales acerca de ver al fallecido (*Vanezis y McGee, 1999)

- Prepararlos para posibles cambios corporales.
- Retirar todo el instrumental; cambiar la ropa de cama manchada.
- Apoyar su petición (p. ej., abrazar, lavar, tocar, besar al fallecido).

Promover la cohesión familiar

- Apoyar a la familia a su nivel de funcionamiento.
- Alentar la autoexploración de sentimientos con los familiares.
- Explicar la necesidad de discutir las conductas que interfieren en las relaciones.
- Reconocer y promover las fortalezas de cada familiar.
- Alentar a los miembros de la familia a valorar sus sentimientos y apoyarse entre sí.

Promover el trabajo de duelo en cada etapa

Negación

- Reconocer que la respuesta es útil y necesaria.
- Explicar el uso de la negación de un familiar a los otros miembros.
- No forzar a la persona a abandonar la negación si no está dispuesta emocionalmente.

Aislamiento

- Transmitir la aceptación reconociendo el duelo.
- Crear una comunicación abierta y sincera para fomentar que se compartan los sentimientos.
- Alentar a la persona/familia a incrementar de manera gradual las actividades sociales (p. ej., grupos de apoyo, grupos de la iglesia).
- Alentar a la persona/familia a permitir que los allegados conozcan sus necesidades (p. ej., apoyo, privacidad, permiso para compartir su experiencia).

Depresión

- Reforzar la autoestima de la persona.
- Identificar el nivel de depresión y desarrollar un abordaje en consecuencia.
- Usar la compartición empática; reconocer el duelo ("Debe ser muy difícil").
- Identificar cualquier indicación de conducta suicida (manifestaciones verbales frecuentes de tener la intención o de tener un plan).
- Véase información adicional en *Riesgo de autolesiones*.

Ira

- Reconocer que la ira de la persona es sólo un mecanismo de afrontamiento.
- Explicar a la familia que la ira es un intento de controlar el propio ambiente más de cerca debido a la incapacidad para controlar la pérdida.
- Subrayar que la enfermedad o la muerte no fueron causadas porque el niño fuera malo ni porque el niño sano lo deseaba.

Identificar a las personas con alto riesgo de reacciones de duelo complicado

- Tiempo de la relación: más de 55 años, menos de 5 años; considerar la importancia y la calidad de la relación para el superviviente.
- Aspectos médicos: tratamientos o cirugías pendientes; antecedentes de enfermedad aguda o crónica.
- Antecedentes de salud mental o tratamiento: orientación/seguimiento en consulta externa; fármacos psiquiátricos (depresión, ansiedad, sueño, etc.); hospitalizaciones psiquiátricas; intentos de suicidio; ideación suicida.
- Abuso de sustancias: tratamiento del alcoholismo o la drogadicción.
- Tendencia suicida: en los antecedentes familiares, ideación suicida o posible suicidio.
- Dinámica familiar: alianzas, conflictos.
- Niños: 17 años o menos, en casa de un fallecido o con una relación cercana con éste (p. ej., un abuelo que vivía en la misma casa).
- Pérdidas múltiples: muertes, traslados, jubilación, divorcio.

- Muerte traumática: circunstancias de la muerte, súbita o inesperada, tal como lo perciben los deudos.
- Aislamiento: geográfico, social, emocional.

Animar a los integrantes de la familia a compartir sus sentimientos y apoyarse entre sí

- En concreto, dialogar con los integrantes de la familia "fuertes" sobre sus sentimientos.

Enseñar a la persona/familia los signos de duelo patológico, en especial a las que se encuentran en riesgo

- Búsqueda continua del fallecido (desplazamientos muy frecuentes/ traslados).
- Ideas delirantes.
- Aislamiento.
- Egocentrismo.
- Hostilidad abierta (por lo común hacia un familiar).

Proporcionar educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Identificar instituciones que podrían ser de ayuda (p. ej., instituciones de la comunidad, grupos religiosos).

Intervenciones pediátricas

Cuando un niño está muriendo (Ball, Bindler y Cowen, 2015)

- Se deben observar y respetar las diferencias culturales, ya que este aspecto puede ser fundamental en el proceso de muerte en la familia como para el niño que está a punto de morir.
- Algunos ejemplos de tradiciones que involucran el proceso de la muerte basado en la religión:
  - Catolicismo: por lo común se sepultan; se realiza el sacramento de la unción de los enfermos.
  - Judaísmo: período de duelo de siete días; lavan el cuerpo de acuerdo con el ritual; se sepulta lo antes posible.
  - Islamismo: el lecho de muerte debe girarse hacia la Meca; la autopsia sólo se realiza por razones médicas o legales; el cuerpo es lavado sólo por musulmanes del mismo sexo.
  - Testigo de Jehová: la donación de órganos está prohibida; la autopsia sólo se realiza por razones legales.
- A veces el niño está consciente de que se está muriendo antes de que se lo digan formalmente. Si los padres deciden mantener el pronóstico del niño por temor a que el niño pierda la esperanza, en realidad pueden estar causando que el niño se sienta aislado.
- Consultar a un especialista en duelo o consejero para sugerencias y como un recurso para el niño, así como para los padres o la familia.

- Escuchar al niño. Cada niño lo afrontará de manera distinta. Permitir que el niño hable abiertamente y responder a sus preguntas con honestidad.
- Permitir que los niños desarrollen amistades con otros niños con intereses o problemas similares.

Cuando muere alguien que el niño conoce, explicar lo que causó la muerte

- Aclarar las percepciones del niño.
- Aclarar de manera abierta que el niño no causó la muerte.

Discutir abiertamente posibles respuestas (*Hooyman y Kramer, 2006)

- "A veces, cuando alguien muere, nos sentimos mal si antes le dijimos o hicimos algo malo."
- "A veces nos alegramos de no haber muerto, y luego nos sentimos mal porque _____ se murió."
- "Cuando alguien muere, es posible que tengamos miedo de morir también."
- "Me acuerdo cuando _____ dijo o hizo _____. ¿Qué recuerdas tú?"

Explicar los rituales (p. ej., leer un libro infantil sobre la muerte)

Ayudar a la familia en la decisión relativa a si el niño debe o no asistir al funeral y determinar si se da alguna de las siguientes condiciones (*Hooyman y Kramer, 2006; Boyd, 2012)

- El niño tiene una comprensión básica de la muerte y buenas habilidades de afrontamiento.
- El niño no teme las respuestas emocionales de los adultos.
- El grupo étnico de pertenencia aborda la muerte abiertamente (p. ej., es común que los niños asistan a los funerales).
- Se dispone de un familiar adulto con buen afrontamiento de su propio duelo para estar atento a las necesidades del niño.
- El niño expresa el deseo de acudir y tiene una comprensión básica de lo que ocurrirá.

Explorar la participación modificada del niño en las actividades del funeral (p. ej., visitar el tanatorio antes de que lleguen los demás, acudir a la reunión posterior al servicio)

Permitir al niño vivir el duelo a su propio ritmo. Dar a los adolescentes permiso para manifestar su duelo de manera abierta. Considerar un grupo de apoyo a los hermanos, si está indicado

Intervenciones maternales

Ayudar con el trabajo de duelo a los progenitores de un lactante, neonato o feto fallecidos (*Mina, 1985; Hockenberry y Wilson, 2015)

Promover el duelo

- Usar el nombre del bebé cuando se discuta la pérdida.
- Permitir a los progenitores compartir las esperanzas y los sueños que tenían para el niño.
- Dar a los padres acceso al capellán del hospital o a un líder religioso de su elección.

- Alentar a los progenitores a ver y sostener a su hijo para validar la realidad de la pérdida.
- Diseñar un método para comunicar a todos los implicados en los cuidados que los progenitores están de luto (p. ej., pegatina de una rosa en la puerta o en el expediente).
- Preparar un paquete de recuerdos envuelto en una manta limpia del bebé (fotografía [Polaroid], brazalete de identificación, impresión de las huellas de los pies con certificado de nacimiento, un mechón de cabello, la tarjeta de la cuna, una tira impresa del monitor fetal, mantas. Alentarlos a llevarse a casa el paquete de recuerdos. Si prefieren no hacerlo, mantenerlo guardado por si cambian de parecer después.
- Alentar a los progenitores a compartir la experiencia con los demás hijos (remitir a la bibliografía pertinente para el público general).
- Dar apoyo de seguimiento y remitir a los grupos o instituciones adecuados (p. ej., grupo de apoyo) después del alta.

Ayudar a otros a confortar a los progenitores en duelo

- Hacer hincapié en la importancia de reconocer de manera abierta la muerte.
- Si se dio nombre al feto o bebé, usarlo en las discusiones.
- No tratar nunca de minimizar la pérdida con discusiones de embarazos futuros y otros hermanos sanos.
- Enviar tarjetas que expresen simpatía. Llevar a cabo un homenaje (p. ej., plantar un árbol).
- Ser sensible a la gravedad de la pérdida tanto para la madre como para el padre.

Duelo anticipado[14]

Definición

Estado en el que una persona o un grupo experimenta reacciones en respuesta a una pérdida esperada significativa.

Características definitorias

Mayores (deben estar presentes)

Malestar expresado por la posible pérdida

Menores (pueden estar presentes)

Ira

Negación

Cambios en los patrones de comunicación, hábitos alimentarios, Culpa

patrones de sueño o patrones sociales

Disminución de la libido

Pena

Abandono

Factores relacionados

Véase *Duelo*.

Nota de la autora

Se piensa que el *Duelo anticipado* comienza cuando una persona está prevenida de una muerte inminente. El duelo anticipado puede tomar la forma de tristeza, ansiedad, intentos de conciliar problemas de relaciones no resueltas y esfuerzos para reconstituir o fortalecer los lazos familiares. La conducta de cuidado puede ser una forma de duelo esperado, ya que el cuidador expresa afecto, respeto y apego a través de los actos físicos de ofrecer los cuidados. Se considera que la anticipación y la oportunidad de prepararse psicológicamente para la muerte facilitan la adaptación de la persona afligida después de la muerte (Block, 2013).

NOC

Véase también *Duelo*.

Objetivos

La persona identificará la pérdida esperada, y las reacciones de duelo se expresarán con libertad, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Participa en la toma de decisiones para el futuro.
- Comparte las preocupaciones con sus allegados.

NIC

Véase también *Duelo*.

Intervenciones

Valoración de los factores causales y contribuyentes de una pérdida esperada o potencial

- Envejecimiento.
- Imagen corporal, autoestima o cambios de rol.
- Jubilación inminente.
- Enfermedad terminal.
- Separación (divorcio, hospitalización, matrimonio, traslado, trabajo).
- Estatus socioeconómico.

Alentar a la persona a compartir preocupaciones

- Recurrir a preguntas abiertas y a la reflexión ("¿Cuáles son sus pensamientos hoy?" "¿Cómo se siente?").
- Reconocer el valor de la persona y su duelo usando el tacto, sentándose con ella y verbalizando su preocupación (la de usted) ("Esto debe ser muy difícil". "¿Qué es más importante para usted ahora?").
- Reconocer que algunas personas pueden elegir no compartir sus preocupaciones, pero dar a entender que se está disponible si la persona desea hacerlo después ("¿Qué espera usted ahora?").

Ayudar a la persona y la familia a identificar sus fortalezas

- "¿Qué hace bien?"
- "¿Qué está dispuesto a hacer para abordar este asunto?"
- "¿Es la religión/espiritualidad una fuente de fortaleza para usted?"
- "¿Tiene usted amigos cercanos?"
- "¿A quién acude usted en momentos de necesidad?"
- "¿Qué hace por usted esta persona?"
- "¿A qué fuentes de fortaleza ha acudido con éxito en el pasado?"

Promover la integridad de la persona y la familia reconociendo los puntos fuertes

- "Su hermano espera con ansias su visita".
- "Su familia está muy preocupada por usted".

Explorar con los seres queridos los factores que pueden dificultar el dolor (Worden, 2009)

- Antecedentes de una relación ambivalente, hostil, excesivamente dependiente.
- Incertidumbre ante la muerte (p. ej., falta de acción).
- Múltiples pérdidas al mismo tiempo (p. ej., 9/11, toda la familia muerta en un accidente).
- Antecedentes de un duelo complicado o retrasado.
- No se permite al integrante de la familia designado como el "fuerte" pasar su duelo.

Promover la cohesión familiar

Identificar la disponibilidad de un sistema de apoyo

- Reunirse de manera consistente con los familiares.
- Identificar los roles, fortalezas y debilidades de los familiares.

Identificar patrones de comunicación dentro de la unidad familiar

- Valorar los comentarios tanto positivos como negativos, la comunicación verbal y no verbal y el lenguaje corporal.

- Escuchar y clarificar los mensajes que se envían.

Contribuir al concepto de esperanza

- Proporcionar la información precisa.
- Resistir la tentación de dar falsas esperanzas.
- Ayudar a la familia a volver a poner en perspectiva la esperanza (p. ej., por una muerte apacible).

Promover la toma de decisiones en grupo para fomentar la autonomía del grupo

- Establecer un horario fijo para encontrarse con la persona y la familia.
- Alentar a los familiares a hablar directamente entre sí y a escucharse.

Apoyar que se exprese el duelo

- Alentar las expresiones emocionales del duelo.
- Advertir a la persona sobre el uso de sedantes y tranquilizantes, que pueden impedir o demorar las expresiones.
- Alentar la verbalización de personas de todos los grupos de edad y sus familias.
  - Apoyar la cohesión familiar.
  - Promover y verbalizar las fortalezas del grupo familiar.
- Alentar a la persona y la familia a realizar una revisión de vida.
  - Centrar y apoyar las relaciones de las redes sociales.
  - Reevaluar las experiencias vitales pasadas e integrarlas en un nuevo significado.
  - Transmitir la comprensión empática.
  - Explorar los asuntos inconclusos.

Identificar las reacciones de duelo complicado potenciales

- Indicaciones de posible suicidio.
- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Dificultad para llorar.
- Dificultad para controlar el llanto.
- Fobias.
- Obsesiones.
- Aislamiento.
- Histeria de conversión.

- Depresión agitada.
- Restricciones de placer.
- Retraso en el trabajo de duelo.
- Anhelo o languidez intensos (más de 12 a 18 meses con pocos signos de alivio).
- Pérdida del control del entorno, lo cual causa desesperanza e impotencia.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

Remitir a orientación a la persona con respuestas de duelo potencialmente disfuncionales (psiquiatra, enfermera terapeuta, consejero, psicólogo)

- Explicar qué debe esperarse:
  - Ira.
  - Temor.
  - Sentimientos de soledad.
  - Sensación de estar a punto de "volverse loco".
  - Culpa.
  - Labilidad emocional.
  - Tristeza.
  - Rechazo.

Enseñar a la persona y la familia los signos de integración de la pérdida en su vida

- La persona en duelo ya no vive en el pasado, sino que está orientada en el futuro y establece nuevos objetivos.
- La persona en duelo redefine la relación con el objeto o la persona perdidos.
- La persona en duelo comienza de nuevo a reanudar su vida social; busca nuevas relaciones y experiencias.

Identificar las instituciones que pueden ser útiles

- Grupos de autoayuda.
- Agencias de salud mental.
- Psicoterapeutas.
- Especialistas de duelo.
- Comunidades de fe.

Duelo complicado

Definición de la NANDA-1*

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

Mayores (deben estar presentes, una o más)

Adaptación fallida a la pérdida

Negación prolongada, depresión

Reacción emocional pospuesta

Incapacidad de asumir patrones de vida normales

Evitación del duelo*

Añoranza de la persona fallecida*

Menores (pueden estar presentes)

Aislamiento o alejamiento social

Incapacidad de desarrollar nuevas relaciones/intereses

Incapacidad de reestructurar la vida después de la pérdida

Cavilación*

Autoculpabilización*

Persistencia de recuerdos dolorosos*

Factores relacionados

Véase *Duelo*.

Nota de la autora

El modo en que se reacciona a la pérdida es muy personal. Las respuestas a la pérdida aguda no deben calificarse de disfuncionales, cualquiera que sea su intensidad. El *Duelo complicado* se caracteriza por el mantenimiento o prolongación de la respuesta perjudicial de la persona en duelo. El *duelo complicado* no puede corroborarse sino hasta varios meses o de 1 a 2 años tras la pérdida. La valoración cuidadosa de la persona en duelo puede ayudar a determinar si el proceso de duelo se está integrando en su vida o si la está dañando. En muchas situaciones clínicas, puede ser más útil el diagnóstico de *Riesgo de duelo complicado* para las personas en riesgo de no recuperar su modo de vida habitual después de una pérdida.

NOC

Véase también *Duelo*.

Objetivos

La persona verbalizará el intento de obtener ayuda profesional, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Reconoce la pérdida.
- Reconoce un proceso de duelo no resuelto.

NIC

Véase también *Duelo*.

Intervenciones

Valorar la presencia de factores causales y contribuyentes

- Sistema de apoyo inexistente o inaccesible.
- Antecedentes de dependencia de la persona fallecida.
- Antecedentes de una relación difícil con la persona o el objeto perdido.
- Múltiples pérdidas en el pasado.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Pérdida inesperada o traumática.
- Expectativas de "ser fuertes".

Promover una relación de confianza

- Aplicar las intervenciones generales que se enumeran en *Duelo*.

Apoyar las reacciones de duelo de la persona y la familia

- Aplicar las intervenciones generales que se enumeran en *Duelo*.

Promover la cohesión familiar

- Ponga en práctica las Intervenciones generales bajo *Duelo*.
- Identificar de manera lenta y cuidadosa la realidad de la situación (p. ej., "Después de la muerte de su marido, ¿quién le ayudó más?").

Promueva el trabajo del duelo en cada etapa

- Explique el uso de la negación por un miembro de la familia a los otros.
- No forzar a la persona a abandonar la negación si no está preparada emocionalmente.

Aislamiento

- Transmitir aceptación permitiendo el duelo.
- Establecer una comunicación sincera y abierta para promover que se compartan los sentimientos.
- Reforzar la valía de la persona dando privacidad.
- Alentar a la persona/familia a aumentar gradualmente las actividades sociales (p. ej., grupos de apoyo o iglesia).

Depresión

- Aplicar las intervenciones generales que se enumeran en *Duelo*.

Ira

- Comprender que este sentimiento suele sustituir a la negación.
- Explicar a la familia que la ira sirve para tratar de controlar el entorno más estrechamente debido a la incapacidad para controlar la pérdida.
- Alentar la verbalización de la ira.
- Véase información adicional sobre la ira en *Ansiedad*.

Culpa/ambivalencia

- Reconocer la visión propia de la persona expresada por ella misma.
- Hacer *role-playing* para permitir al individuo "expresar" a la persona fallecida lo que quiere decir o cómo se siente.
- Alentar a la persona a identificar contribuciones/aspectos positivos de la relación.
- Evitar discutir y participar en el sistema de la persona de lo que debería y no debería ser.
- Discutir la preocupación de la persona para con la persona fallecida e intentar ir verbalmente más allá del presente.

Temor

- Concentrarse en el presente y mantener un entorno seguro.
- Ayudar a la persona a explorar las razones para dar significado a la conducta.
- Considerar maneras alternativas de expresar los sentimientos.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

Enseñar a la persona y la familia los signos de resolución de la pérdida en su vida

- La persona en duelo ya no vive en el pasado, sino que está orientada al futuro y está estableciendo nuevos objetivos.
- La persona en duelo redefine la relación con el objeto o la persona perdidos.
- La persona en duelo comienza a reanudar su vida social; busca nuevas relaciones y

experiencias.

Enseñar a la persona/familia a reconocer los signos de duelo complicado, en especial en el caso de personas que están en riesgo, y a buscar orientación profesional

- Búsqueda continua del fallecido.
- Depresión prolongada.
- Negación.
- Vivir en el pasado.
- Alucinaciones prolongadas.
- Ideas delirantes.
- Aislamiento.
- Egocentrismo.
- Hostilidad abierta.

Identificar instituciones o grupos que pueden ser de utilidad

- Grupos de apoyo.
- Oficinas de salud mental.
- Psicoterapeutas.
- Especialistas de duelo.
- Comunidades religiosas.

Riesgo de duelo complicado

Definición de la NANDA-1*

Vulnerable a la aparición de un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia de sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo*

Muerte de una persona significativa

Apoyo insuficiente

Una o más pérdidas significativas (p. ej., divorcio, ruptura, desastre natural, guerra)

Objetivos

Véase *Duelo*.

Intervenciones

- Identificar a las personas con riesgo elevado de responder de forma complicada ante el duelo:
  - Duración de la relación: más de 55 años, menos de 5 años.
  - Cuestiones médicas: tratamientos pendientes, cirugías, antecedentes de enfermedad aguda o crónica.
  - Problemas considerables de salud mental de la persona fallecida o de la persona en duelo.
  - Abuso de sustancias.
  - Suicidio en los antecedentes familiares, riesgo de suicidio.
  - Conflictos familiares.
  - Véase también *Duelo complicado*.

SALUD DEFICIENTE DE LA COMUNIDAD

Definición de la NANDA-1*

Presencia de uno o más problemas de salud o factores que impiden el bienestar o aumentan el riesgo de problemas de salud que experimenta un grupo.

Características definitorias*

Incidencia de riesgos relacionados con hospitalización experimentados por grupos o poblaciones

Incidencia de riesgos relacionados con estados fisiológicos experimentados por grupos o poblaciones

Incidencia de riesgos relacionados con estados psicológicos experimentados por grupos o poblaciones

Incidencia de problemas de salud experimentados por grupos o poblaciones

Falta de programas para fomentar el bienestar de grupos o poblaciones[15]

Falta de programas para prevenir uno o más problemas de salud en grupos o poblaciones[15]

Falta de programas para reducir uno o más problemas de salud en grupos o poblaciones[15]

Falta de programas para eliminar uno o más problemas de salud en grupos o poblaciones[15]

Factores relacionados

Falta de acceso a los servicios de cuidados de la salud de la comunidad

Falta de expertos en la comunidad

Recursos limitados

Presupuesto insuficiente para el programa

Apoyo comunitario insuficiente para el programa

Satisfacción insuficiente del consumidor con el programa

Evaluación inadecuada del programa

Falta de datos sobre los resultados del programa

El programa sólo aborda parcialmente el problema de salud

Nota de la autora

Este diagnóstico enfermero de la NANDA-I describe una comunidad que tiene problemas de salud que requieren una valoración y el desarrollo de un programa. Los programas deben ser accesibles, económicos, asequibles y realistas a fin de que los resultados sean óptimos.

Este diagnóstico, aunque diferente del *Manejo ineficaz de la salud*, comparte el mismo enfoque de evaluación de la comunidad y el desarrollo del programa.

NOC

Véase *Manejo ineficaz de la salud en la comunidad*.

Objetivos

Véase *Manejo ineficaz de la salud en la comunidad*.

NIC

Véase *Manejo ineficaz de la salud en la comunidad*.

Intervenciones

Véase *Manejo ineficaz de la salud en la comunidad*.

TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD

Definición

Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejore el estado de salud (NANDA-I).

Estado en el cual la persona es incapaz de modificar el modo de vida/la conducta de una manera acorde con un cambio en el estado de salud.[16]

Características definitorias*

Demuestra no aceptación de cambio del estado de salud

Es incapaz de lograr un nivel óptimo de control

Minimiza el cambio en el estado de salud

Es incapaz de tomar medidas para prevenir los problemas de salud

Factores relacionados

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con:

Bajo grado de eficacia personal*

Actitud negativa hacia el cuidado de la salud*

Estresores

Recursos insuficientes

Recursos económicos insuficientes

Apoyo social insuficiente*

Múltiples responsabilidades

Relacionados con la elección de un modo de vida no saludable (p. ej., tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, sobrepeso)

Relacionados con trastorno de la capacidad de comprensión secundaria a:
Escasa escolarización
Barreras lingüísticas

Nota de la autora

Este diagnóstico enfermero sustituye el diagnóstico de la NANDA-1 *Deterioro de la adaptación. Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud* tiene algunos puntos en común con *Mantenimiento ineficaz de la salud* y con *Incumplimiento*. Esta autora recomienda que *Mantenimiento ineficaz de la salud* se use para describir a una persona con un estilo de vida no saludable que la pone en riesgo de sufrir un problema crónico de salud o una enfermedad. *Incumplimiento* se aplica a una persona que quiere seguir el tratamiento, pero se enfrenta a factores que impiden el cumplimiento o seguimiento.

NOC

Conducta de cumplimiento, control de los síntomas, creencias sobre la salud, conducta de tratamiento, enfermedad/lesión.

Objetivos

La persona verbalizará el intento de modificar una conducta a fin de manejar el problema de salud, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Describe el problema de salud.
- Describe la relación de las prácticas/conducta actuales con la disminución de la salud.
- Interviene en el establecimiento de objetivos.

NIC

Educación sobre la salud, establecimiento mutuo de objetivos, autorresponsabilidad, educación: proceso patológico, proceso de toma de decisiones.

Intervenciones

Evaluar las barreras

- ¿Qué piensa que provoca que su presión arterial (azúcar en la sangre o peso) se mantenga alta?
- ¿Qué podría hacer para disminuir su presión arterial (peso, azúcar en la sangre)?
- ¿Le gustaría dejar de fumar (o beber alcohol)?

- ¿Qué se lo impide?

Si se sospecha que hay un bajo nivel de escolarización, comenzar con lo que más estresa a la persona

- Véase el Apéndice A.

Participar en una negociación de colaboración (Tyler y Horner, 2008)

- Preguntar: "¿ Cómo podría sentirse más sano?" Concentrarse en el área elegida por la persona.
- No dar consejos no solicitados.
- Aceptar que sólo la persona puede hacer el cambio.
- Aceptar la resistencia.
- Si la persona está en alto riesgo de diabetes mellitus, revisar lo siguiente:
  - Niveles de actividad.
  - Ingesta de muestra durante 2 días: tentempiés, tipos de bebidas.
  - Índice de masa corporal (peso a la altura).
- Utilizar el método de enseñanza recíproca. Véase el Apéndice C para obtener más información sobre este método.

Pedir a la persona que repita el objetivo, la conducta o la actividad

Valorar la disposición para cambiar

- Determinar la importancia que la persona da al cambio de conducta. Por ejemplo:
  - ¿Qué importancia tiene para usted incrementar su actividad? Calificar de 0 a 10 (0 = no importante, 10 = importante).

Determinar el grado de confianza de la persona para hacer el cambio

- Por ejemplo:
  - ¿Hasta qué punto confía usted en que podrá hacer más ejercicio? Calificar de 0 a 10.
  - Determinar si la persona está lista para cambiar.
  - Si el nivel de importancia es de 7 o más, determinar el nivel de confianza. Si el nivel de importancia es bajo, dar más información acerca de los riesgos de no cambiar la conducta.
  - Si el nivel de confianza es de 4 o menos, preguntar a la persona por qué no es de 1.
  - Preguntar a la persona qué se necesitaría para que la baja puntuación cambiase a un 8.

Establecer conjuntamente un objetivo realista y un plan de acción

- Por ejemplo:
  - ¿Cuántas veces a la semana podría usted dar dos vueltas a la manzana?

Establecer un plan de seguimiento. Preguntarle a la persona si puede llamarle al cabo de 2 semanas para saber cómo está. Ampliar gradualmente el tiempo hasta que las llamadas sean mensuales

Intervenciones pediátricas

- "Los resultados seleccionados de la YRBS nacional de 2013 indicaron que muchos estudiantes de secundaria están involucrados en conductas prioritarias de riesgo para la salud relacionadas con las principales causas de muerte entre personas de 10 a 24 años en Estados Unidos" (Kann y cols. 2014).

Para iniciar discusiones acerca de conductas de riesgo para la salud, la enfermera necesita conocer las conductas de alto riesgo y la edad de inicio (Kann y cols., 2014)

Conductas que contribuyen a las lesiones no intencionales y la violencia

- De 73.9% de los estudiantes de todo el país que salieron en una cita o con alguien durante los 12 meses anteriores a la encuesta, el 10.3% había sido golpeado, aventado contra algo o herido con un objeto o arma a propósito por alguien con quien salían una o más veces durante los 12 meses anteriores a la encuesta.

Suicidio

- El 17.0% de los estudiantes había considerado seriamente intentar suicidarse durante los 12 meses anteriores a la encuesta.
- El 13.6% de los estudiantes de todo el país había hecho un plan acerca de la manera en que intentaría suicidarse durante los 12 meses anteriores a la encuesta.

Consumo de tabaco

- El 9.3% de los estudiantes había fumado un cigarro entero por primera vez antes de los 13 años.
- El 15.7% de los estudiantes había fumado un cigarro por lo menos 1 día durante los 30 días previos a la encuesta (es decir, el uso actual de cigarrillos).
- El 8.8% de los estudiantes había usado tabaco sin humo (es decir, masticaron u olieron tabaco o DIP) al menos 1 día durante los 30 días anteriores a la encuesta.

Uso de alcohol y otras drogas

- El 18.6% de los estudiantes había bebido alcohol (con excepción de algunos sorbos) por primera vez antes de los 13 años.
- El 20.8% de los estudiantes había tomado cinco o más bebidas alcohólicas consecutivas (es decir, en un lapso de un par de horas) al menos 1 día durante los 30 días.
- El 40.7% de los estudiantes usó marihuana una o más veces durante su vida (es decir, alguna vez había usado marihuana).
- El 8.6% de los estudiantes había probado marihuana por primera vez antes de los 13 años.
- El 23.4% de los estudiantes usó marihuana una o más veces durante los 30 días anteriores a

la encuesta.

Comportamientos sexuales que contribuyen al embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

- El 46.8% de los estudiantes había tenido relaciones sexuales.
- El 5.6% de los estudiantes había tenido relaciones sexuales por primera vez antes de los 13 años.
- El 15.0% de los estudiantes había tenido relaciones sexuales con cuatro o más personas durante su vida.
- El 34.0% de los estudiantes es sexualmente activo en todo el país.
- El 13.7% informó que ni ellos ni su pareja habían utilizado ningún método para prevenir el embarazo durante la última relación sexual.

Comportamientos alimenticios poco saludables

- El 19.4% de los estudiantes bebió dos o más veces y el 11.2% de los estudiantes tomó tres o más veces de una lata, una botella o un vaso de soda o paleta helada (sin contar soda de dieta o paleta helada de dieta) durante los 7 días.
- El 13.7% de los estudiantes no había desayunado en los últimos 7 días previos a la encuesta.
- El 38.1% de los estudiantes desayunó todos los 7 días anteriores a la encuesta.
- El 13.7% de los estudiantes tenía obesidad.
- El 16.6% de los estudiantes tenía sobrepeso.
- El 31.1% de los estudiantes se describió con ligero o mucho sobrepeso.
- El 47.7% de los estudiantes intentaba bajar de peso.

Inactividad física

- El 15.2% de los estudiantes no había participado en al menos 60 minutos de cualquier tipo de actividad física que aumentara su frecuencia cardíaca y les hiciera respirar más parte del tiempo al menos 1 día durante los 7 días previos a la encuesta.

Participar en una negociación de colaboración (Tyler y Horner, 2008)

- Preguntar al adolescente: "¿Cómo podría sentirse más saludable?" Concentrarse en el área elegida.
- No dar consejos no solicitados.
- Aceptar que sólo la persona puede hacer el cambio.
- Aceptar la resistencia.

Si está indicado, explorar conductas de riesgo mediante las siguientes preguntas

- ¿Estás haciendo algo que te gustaría dejar de hacer?
- ¿Por qué quieres parar?
- ¿Qué puedes hacer?

Validar sus preocupaciones de los peligros de la conducta y añadir otros hechos relevantes. Los siguientes son algunos ejemplos

- Tu pareja podría no tener "bolitas" y aun así podrías contagiarte de herpes genital.
- ¿Cómo cambiaría tu vida un embarazo?
- Si tus amigos consumen drogas, ¿qué tan difícil sería dejar de usarlas con ellos?
- ¿Alguien te hace daño? ¿Se lo has contado a alguien?

MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD

Mantenimiento ineficaz de la salud

Gestión ineficaz de la salud

Definición

Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud. (NANDA-I).

Estado en el cual una persona experimenta o está en riesgo de experimentar un trastorno de la salud debido a la falta de conocimientos para manejar una situación o requisitos básicos de salud.[17]

Características definitorias*

Falta demostrada de conductas adaptativas para realizar cambios en el entorno

Falta demostrada de conocimientos acerca de prácticas de salud básicas

Falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud

Antecedentes de falta de conductas de búsqueda de salud

Incapacidad para asumir la responsabilidad de realizar prácticas de salud básicas

Deterioro de los sistemas de apoyo personales

Factores relacionados

Diversos factores pueden dar como resultado el *Mantenimiento ineficaz de la salud*. A continuación se enumeran algunos de los más comunes.

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con:

Mala interpretación de la información
Recursos insuficientes*
Falta de motivación
Falta de educación o disposición
Habilidades de comunicación deficientes*
Falta de acceso a servicios de cuidados de la salud adecuados
Deterioros cognitivos*
Deterioro perceptual*

De maduración

Relacionados con conocimientos insuficiente de los factores de riesgo asociados a la edad. Entre los ejemplos se incluyen los siguientes:

Niño
Sexualidad y desarrollo sexual
Inactividad
Abuso de sustancias
Nutrición deficiente
Amenazas a la seguridad
Adolescente
Mismas prácticas que para niños
Seguridad en los vehículos
Adulto
Paternidad/maternidad
Prácticas de seguridad
Funcionamiento sexual
Adulto mayor
Efectos del envejecimiento
Déficits sensitivos

Nota de la autora

El *Mantenimiento ineficaz de la salud* difiere del *Manejo ineficaz de la salud*. El *Mantenimiento ineficaz de la salud* se centra en promover un estilo de vida más sano en las personas; el *Manejo ineficaz de la salud* se enfoca en enseñar a una persona con una condición médica o una intervención posquirúrgica cómo manejar los tratamientos (p. ej., medicamentos, dieta) y controlar las complicaciones.

El diagnóstico enfermero *Mantenimiento ineficaz de la salud* se aplica tanto a poblaciones sanas como a poblaciones enfermas. La salud es un estado dinámico, siempre cambiante, definido por la persona según su percepción del más alto nivel de funcionamiento (p. ej., la definición de salud de un maratonista diferirá de la de un parapléjico). Dado que las personas son responsables de su propia salud, una importante responsabilidad asociada a las enfermeras es la de mejorar la conciencia de la persona sobre la posibilidad de mejorar la salud.

Cuando se pasa de un sistema de atención de la salud orientado a la enfermedad/tratamiento a otro orientado a la salud, *Mantenimiento ineficaz de la salud* y los diagnósticos de *Disposición para mejorar* adquieren una importancia creciente. Los procesos

cada vez más agudos, con estancias hospitalarias cada vez más cortas, hace necesario que las enfermeras sean creativas para abordar la promoción de la salud (p. ej., mediante material impreso, instrucción a través de la televisión y programas comunitarios).

NOC

Conducta de promoción de la salud, conductas de búsqueda de salud, promoción del conocimiento en materia de salud: recursos de salud, participación: decisiones relativas al cuidado de la salud, detección de riesgos.

Objetivo

El individuo o cuidador verbalizará un intento de ejecutar conductas de mantenimiento de la salud, evidenciado por el siguiente indicador:

- Identifica barreras para el mantenimiento de la salud.

NIC

Educación para la salud, facilitación de la autorresponsabilidad, exámenes médicos, identificación de riesgos, promoción de la participación familiar, orientación nutricional, ayuda para la reducción de peso.

Intervenciones

Ayudar a la persona y la familia a identificar conductas que son perjudiciales para su salud

- Uso de tabaco (Véase *Índice para intervenciones adicionales*).
- Dietas altas en grasas, altas en carbohidratos y altas en calorías (Véase *Desequilibrio nutricional*).
- Estilos de vida sedentarios (refiérase a *Estilo de vida sedentario*).
- Inmunizaciones inadecuadas (refiérase a *Mantenimiento ineficaz de la salud*).
- Estrés excesivo (refiérase a *Estrés por sobrecarga*).

Valorar la existencia de barreras para el mantenimiento de la salud

- Véanse factores relacionados.

Dar información específica sobre la promoción de la salud relacionada con la edad (véase la Tabla I.3)

Discutir las preferencias alimentarias de la persona y ayudarle a identificar nuevos objetivos para la promoción de la salud

- Véase *Desequilibrio nutricional* para intervenciones específicas a fin de mejorar la nutrición y la inseguridad de los alimentos.

Discutir los beneficios de un programa de ejercicio regular

Discutir los elementos del manejo constructivo del estrés

- Entrenamiento sobre asertividad.
- Solución de problemas.

- Técnicas de relajación.

Tabla I.3 PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DE AFECCIONES RELACIONADAS CON LA EDAD (1,4,5)

Nivel de desarrollo	Prevención primaria	Prevención secundaria
Lactancia (0 a 1 año)	Educación de los padres Seguridad para lactantes Nutrición Lactancia materna Estimulación sensorial Masaje y contacto con el lactante Estimulación visual Actividad Colores Estimulación auditiva Verbal Música Inmunizaciones DPT o DTaP IPV, Hib Hepatitis B (serie de 3 dosis) Hepatitis A (2) Rotavirus (RV) Neumococo (PCV) Meningococo Influenza (anual) Higiene oral Galletas de dentición Fluoruro (si es necesario > 6 meses) Evitar alimentos y bebidas azucarados	Examen físico completo cada 2 a 3 meses Valoración al nacer Displasia congénita de cadera PKU Deficiencia de G-6-PD en niños de raza negra, mediterránea y de origen del Lejano Oriente Célula falciforme Hemoglobina o hematocrito (para anemia) Fibrosis quística Visión (reflejo de sobresalto) Audición (respuesta y localización de sonidos) Prueba de TB a los 12 meses Evaluaciones de desarrollo Valoración e intervención para alto riesgo Bajo peso al nacer Abuso materno de sustancias durante el embarazo Alcohol: síndrome de alcoholismo fetal Cigarros: SIDS Drogas: recién nacido adicto, SIDA Infecciones maternas durante el embarazo
Preescolar (1 a 5 años)	Educación de los padres Dentición Disciplina Nutrición Prevención de accidentes	Examen físico completo entre 2 y 3 años y preescolar (análisis de orina y biometría hemática) Prueba de TB a los 3 años Evaluaciones de desarrollo (anuales) Desarrollo del habla

	Crecimiento normal y desarrollo Educación Infantil Autocuidado dental Vestirse Bañarse con ayuda Autocuidado: alimentación Inmunizaciones DTaP IPV MMR HIB *H. Influenzae* (anual) Varicela Hepatitis A (2) (serie de dos dosis) Neumococo Hepatitis B (serie de 3 dosis) Higiene oral/dental Tratamientos de fluoruro Agua fluorada	Audición Visión Valoración e intervención Intoxicación por plomo Retraso del desarrollo Negligencia o abuso Antecedentes familiares fuertes de enfermedades arterioescleróticas (p. ej., IM, CVA, enfermedad vascular periférica), diabetes, hipertensión, gota o colesterol sérico hiperlipidémico en ayunas a los 2 años, luego cada 3 a 5 años de ser normal Estrabismo Déficit auditivo Déficit de visión Autismo
Edad escolar (6 a 11 años)	Educación para la salud del niño Nutrición "básica 4" Prevención de accidentes Seguridad al aire libre Consejos sobre el abuso de sustancias Orientación anticipada sobre los cambios físicos en la pubertad Inmunizaciones DTaP de los 11 a 12 años MMR (dos dosis de por vida) OPV/IPV (cuatro dosis de por vida) Serie de tres dosis para hepatitis B de ser necesario Hepatitis A (2) Neumococo (3) Varicela (a los 11 a 12 años si no tiene antecedentes de	Examen físico completo TB cada 3 años (a los 6 y 9 años) Evaluaciones de desarrollo Lenguaje Visión: gráficos de Snellen en la escuela De 6 a 8 años, el uso del gráfico "E" Mayores de 8 años, uso del gráfico del alfabeto Audición: audiograma Perfil de colesterol, de ser de alto riesgo, cada 3 a 5 años Colesterol sérico una vez (no de alto riesgo)

	infección) Gardisil (VPH) serie de tres para niñas de 9 a 26 años, para niños de 9 a 18 años de edad Higiene dental cada 6 a 12 meses Continuar la fluoración Examen físico completo	
Adolescencia (12 a 19 años)	Educación sobre la salud Nutrición adecuada y dietas saludables Calcio de 100 mg y Vitamina D 400 unidades diarias Educación sexual Opciones Riesgos Precauciones Enfermedades de transmisión sexual Habilidades para conducir de manera segura Desafíos en la edad adulta Buscar empleo y opciones de carreras Las citas y el matrimonio Confrontación con el abuso de sustancias Seguridad en el atletismo, agua Protección de la piel Higiene dental cada 6 a 12 meses Inmunizaciones Tdap si no se recibió, entonces Td cada 10 años a partir de entonces Serie de tres dosis de la hepatitis B si es necesario, Serie de la hepatitis A (2) serie de dos dosis TOPV (de ser necesario para completar la serie de cuatro dosis) Gardasil (VPH) (serie de tres para niñas de 11 a 26 años, para niños de 9 a 18 años)	Examen físico completo anual Presión arterial Perfil del colesterol Prueba de PPD a los 12 años y anual si es de alto riesgo RPR, biometría hemática y análisis de orina Mujer: autoexamen de mama (BSE) Hombre: autoexamen testicular (TSE) Examen de sexo femenino, Papanicolaou y pélvico anual después de 3 años de inicio de la actividad sexual o a los 21 años Pruebas de gonorrea y clamidia en orina anuales con el examen físico Detección Depresión Suicidio Consumo de tabaco Trastornos de alimentación Abuso de sustancias Embarazo Antecedentes familiares de alcoholismo o violencia doméstica Infecciones de transmisión sexual

	Neumococo (3)	
Adultos jóvenes (20 a 39 años)	Educación sobre la salud Manejo del peso con buena nutrición a medida que el BMR cambia Dieta baja en colesterol Calcio de 100 mg al día (mujeres) Vitamina D 400 unidades diarias (mujeres) Consejos sobre los estilos de vida Habilidades para el manejo del estrés Conducción segura Planificación familiar Divorcio Prácticas sexuales Habilidades de los padres Ejercicio regular Opciones de salud ambiental Uso de alcohol, drogas Uso de dispositivos de protección auditiva Higiene dental cada 6 a 12 meses Inmunizaciones Si se necesita una dosis de Tdap, después Td cada 10 años en adelante Influenza anual Pneumovax (3) Varicela (serie de dos dosis para aquellos sin evidencia de inmunidad) Mujer: rubéola, de ser seronegativo en el caso de anticuerpos Serie de tres dosis de la hepatitis B Hepatitis A (2) Gardasil (serie de tres dosis para mujeres de 11 a 26 años)	Examen físico completo alrededor a los 20 años aproximadamente, luego cada 5 a 6 años Mujer: BSE mensual, Papanicolaou 1 a 2 años a menos que sea de alto riesgo Hombre: TSE mensual Futuros padres: valoración por alto riesgo de síndrome de Down, Tay-Sachs Mujeres embarazadas: RPR, valoración de rubéola, factor Rh, amniocentesis para mujeres mayores de 35 años (si se desea) Todas las mujeres: mamografía de referencia entre los 35 y 40 años de edad Si es de alto riesgo, la mujer con cáncer de mama anterior: mamografía anual a los 35 años y cada año después, una mujer con madre o hermana que ha tenido cáncer de mama, lo mismo que arriba Antecedentes familiares de cáncer colorrectal o de alto riesgo: prueba anual de sangre oculta en heces, rectal digital y colonoscopia a intervalos determinados después de la colonoscopia de referencia. PPD si es de alto riesgo Prueba de glaucoma a los 35 años junto con exámenes físicos de rutina Perfil de colesterol cada 5 años, si es normal Perfil de colesterol cada año si es límite Valoración (Véase en *Adolescentes*)

	MMR (Si nació en 1957 o después, una o más dosis) Neumococo Diabetes mellitus	
Adulto de mediana edad (40 a 59 años)	Educación para la salud: continuar con adultos jóvenes Calcio 1 000 a 1 500 mg al día Vitamina D 400 unidades diarias Cambios a la mitad de la vida, consejos para hombres y mujeres (véase también Adulto joven) "Síndrome del nido vacío" Orientación anticipada para la jubilación Menopausia Ser abuelos Higiene oral y dental cada 6 a 12 meses Inmunizaciones Serie de tres dosis para hepatitis B Hepatitis A (2) Si se necesita una dosis de Tdap, después Td cada 10 años en adelante Influenza anual Neumococo (3) a los 65 años para todos aquellos que no tenían alto riesgo de vacunación antes	Examen físico completo cada 5 a 6 años con evaluación completa de laboratorio (análisis de suero/orina, radiografías, ECG) Densitometría ósea (valoración para hombres y mujeres con alto riesgo de osteoporosis) una vez y luego según sea necesario Mujer: BSE mensual Hombre: TSE mensual PSA anual después de los 40 años para afroamericanos e hispanos y después de los 50 años para los demás Todas las mujeres: mamografía cada 1 a 2 años (40 a 49 años) luego mamografía anual de los 50 años en adelante Pruebas de detección (Refiérase a sección de *Adolescentes*) Tonometría de Schiotz (glaucoma) cada 3-5 años Colonoscopia a los 50 y 51, luego a intervalos determinados después de la colonoscopia de referencia. Examen anual de sangre oculta en heces a los 50 años y después anualmente
Adulto mayor (60 a 74 años)	Educación para la salud: continúe con el asesoramiento previo Seguridad en el hogar Jubilación Pérdida de cónyuge, familiares, amigos Necesidades especiales de salud Calcio 1 000 a 1 500 mg al día Vitamina D 400 unidades al día	Examen físico completo cada 2 años con pruebas de laboratorio Presión arterial anual Mujer: BSE mensual, Pap cada 1 a 3 años mamografía anual Hombre: TSE mensual, PSA anual Examen anual de sangre oculta en heces Colonoscopia (intervalo determinado por los resultados de referencia) Examen anual completo del ojo Densitometría ósea una vez y según sea

	Cambios en la audición o la visión Higiene oral y dental cada 6 a 12 meses Inmunizaciones Tdap una dosis luego Td cada 10 años Influenza anual Serie de 3 dosis para hepatitis B Hepatitis A (2) Neumococo (3) Herpes zoster 60 años o más a menos que una vacuna viva esté contraindicada	necesario Valoración para detectar alto riesgo Depresión Suicidio Abuso de alcohol y drogas "Maltrato a personas de edad avanzada"
Adulto de edad avanzada (mayores de 75 años)	Higiene oral y dental cada 6 a 12 meses Inmunizaciones Tétanos cada 10 años Influenza, anual Neumococo, si no se ha recibido aún	

Promover el compromiso en la persona que intenta promover la salud

Valorar los conocimientos para la prevención primaria

- Seguridad: prevención de accidentes (p. ej., coche, maquinaria, seguridad en el exterior, laborales).
- Control de peso.
- Evitar el abuso de sustancias (p. ej., alcohol, drogas, tabaco).
- Evitar infecciones de transmisión sexual.
- Higiene dental/oral (p. ej., diaria, dentista).
- Inmunizaciones.

Determinar si está indicado derivar a la persona a otro profesional (p. ej., servicios sociales, servicios de ayuda doméstica, salud domiciliaria)

Identificar estrategias para mejorar el acceso de las poblaciones vulnerables (p. ej., sin seguro, desplazado, indigentes, pobres)

- Centros comunitarios, clínicas escolares, planificación familiar, centros de comunidades religiosas.

- Programas de ayuda de los laboratorios farmacéuticos, medicamentos alternativos genéricos.

Intervenciones en adultos mayores

Determinar con la persona lo que pueden hacer

Discutir sus sentimientos acerca su vida

- ¿Qué les gusta de su vida?
- ¿Qué da sentido a su vida?
- Hablar acerca de lo que le gustaría hacer, pero no lo hace.
- Hable acerca de si es realista. ¿Se puede modificar?
- ¿Hay otra opción aceptable?
- Explore si necesita ayuda, ¿quién o cuál es la fuente?

Gestión ineficaz de la salud

Definición de la NANDA-1*

Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.

Características definitorias

Dificultades con el tratamiento prescrito

No incluye el régimen de tratamiento en la vida diaria

No emprende acciones para reducir los factores de riesgo

En su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud

Factores relacionados

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con:

Complejidad del régimen terapéutico

Complejidad del sistema sanitario

Déficit de conocimiento del régimen terapéutico

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con:

Apoyo social insuficiente	Percepción de la gravedad de su condición
Percepción de barreras	Percepción de susceptibilidad
Percepción de beneficios	Impotencia

Relacionados con barreras para la comprensión secundarias a:

Deterioros cognitivos	Motivaciones
Fatiga	Ansiedad
Discapacidad auditiva	Problemas de memoria
Falta de educación	

Nota de la autora

En 2010, los costes de la atención de la salud en Estados Unidos superaron los $2.7 billones y representaron el 17.9% del producto interno bruto. Las proyecciones indican que la atención de la salud representará el 20% del producto interno bruto de Estados Unidos para el año 2020. De 20 a 30% de los dólares gastados en el sistema de salud de Estados Unidos han sido identificados como un despilfarro. Los proveedores y administradores han sido desafiados a contener los costos al reducir el desperdicio y mejorar la efectividad de la atención prestada. La falta de apego de los pacientes a los medicamentos prescritos se asocia con malos resultados terapéuticos, progresión de la enfermedad y una carga estimada de miles de millones al año en costos de atención médica directa evitables (Iuga y McGuire, 2014).

Algunas razones para la no adherencia pueden ser la baja alfabetización en salud, finanzas y falta de o estrategias de enseñanza insatisfactorias. El *Manejo ineficaz de la salud* de la autoayuda es un diagnóstico muy útil para las enfermeras en la mayoría de los entornos. Los individuos y las familias que experimentan varios problemas de salud, agudos o crónicos, por lo general se enfrentan a programas de tratamiento que requieren cambios en el funcionamiento anterior o en el estilo de vida. La falta de apego a la medicación es un contribuyente significativo a los pobres resultados y costos de atención médica relacionados con el uso de servicios de emergencia y hospitalizaciones.

El *Manejo ineficaz de la salud* se enfoca en ayudar a la persona y la familia a identificar los obstáculos en el manejo de la condición y prevenir complicaciones en el hogar.

El diagnóstico enfermero *Riesgo de mantenimiento ineficaz de la salud* es útil para describir a una persona que necesita la educación o derivarla antes del alta de un centro de cuidados intensivos para prevenir problemas con el mantenimiento de la salud en el hogar o en la comunidad.

La *Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud*, aprobada en 2006, es diferente. Este diagnóstico se centra en los hábitos o estilos de vida que no son sanos y pueden agravar una condición existente o contribuir al desarrollo de una enfermedad.

NOC

Comportamiento de adherencia, control de síntomas, creencias de salud comportamiento del tratamiento para enfermedades y lesiones.

Objetivos

La persona verbalizará la intención de modificar un comportamiento para manejar el problema de salud, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Describe la relación del estilo de vida actual para sus problemas de salud.
- Identifica dos recursos a los cuales tener acceso después del alta.
- Establece una fecha para iniciar el cambio.

NIC

Educación de la salud, establecer objetivos mutuos, responsabilidad de sí mismo, enseñanza: proceso de la enfermedad, proceso de toma de decisiones.

Intervenciones

Llenar una conciliación de medicamentos durante el ingreso

- Desarrollar una lista de medicamentos actuales.
- Desarrollar una lista de medicamentos por prescribir.
- Comparar los medicamentos en las dos listas.
- Tomar decisiones clínicas basadas en la comparación.
- Comunicar la nueva lista a la persona y cuidadores apropiados.

Hacer las siguientes preguntas a la persona/integrante de la familia de cada medicamento

- ¿Por qué está tomando cada medicamento?
- ¿Está tomando los medicamentos según lo prescrito? Especifique una vez al día, dos veces al día, y así sucesivamente.
- ¿Está omitiendo alguna dosis? ¿A veces se queda sin medicamentos?
- ¿Con qué frecuencia toma el medicamento prescrito "si es necesario como medicamento para el dolor"?
- ¿Ha dejado de tomar alguno de estos medicamentos?
- ¿Cuánto le cuesta tomar sus medicamentos?

- ¿Está tomando algún otro medicamento?

Participar en una negociación de colaboración

- Preguntar: ¿cómo podría sentirse más sano? Concentrarse en el área elegida por la persona.
- Evalúe:
  - Idioma primario, capacidad para leer y escribir en el idioma principal.
  - Inglés como segundo idioma.
  - Inglés como idioma principal, capacidad para leer y escribir.

Identificar las alertas de bajo nivel de escolarización (DeWalt y cols., 2010)

- Perder citas con frecuencia.
- Formularios de registro incompletos.
- Falta de apego a los medicamentos.
- No puede nombrar los medicamentos y explicar el propósito o la dosis.
- Identifica las pastillas al verlas sin leer la etiqueta.
- Incapaz de dar una historia coherente y en secuencia.
- Hacer menos preguntas.
- Falta de seguimiento en las pruebas o referencias.

Para comprensión de la persona, la enfermera debe aceptar que hay tiempo limitado y que el uso de este tiempo se mejora mediante

Usar cada tiempo de contacto para enseñar algo (DeWalt y cols., 2010)

- Desarrollar un encuentro relajado.
- Usar el contacto visual.
- Hablar más despacio: dividir lo que dirá en oraciones cortas.
- Limitar el contenido: concentrarse en dos o tres conceptos.
- Usar un lenguaje sencillo.
- Involucrar a la persona/familia en la conversación.
- Utilizar gráficos.
- Explicar lo que está haciendo a la persona/familia y por qué.
- Pedir a la persona que repita lo que le enseñó. Solicitar que use sus propias palabras.
- Evitar la sobrecarga de información con los adultos mayores y con aquellos con bajo nivel de escolarización. Considerar una visita de evaluación de la enfermera de salud en el hogar para valorar las competencias en el hogar.

Usar el método de enseñanza recíproca

- Explicar/demostrar
  - Explicar un concepto (p. ej., medicamento, condición, cuándo llamar al médico).
  - Demostrar un procedimiento (p. ej., carga de apósito, uso de inhalador).
- Evaluar
  - Quiero asegurarme, me expliqué _____ con claridad, ¿me puede decir _____?
  - Dígame lo que le dije.
  - Muéstreme cómo _____.
  - Evitar preguntas como: "¿entendió?"
- Aclarar
  - Explicar un poco más si no está satisfecho de lo que entiende la persona o puede realizar la actividad.
  - Si la persona no puede darle la información, no repita la misma explicación; reformule.

Preguntas de la enseñanza recíproca (ejemplos)

- ¿Cuándo debe llamar a su médico?
- ¿Cómo sabe si la incisión se está curando?
- ¿Qué alimentos debe evitar?
- ¿Con qué frecuencia debe revisar su nivel de azúcar en la sangre?
- ¿Qué debe hacer para disminuir el azúcar en la sangre?
- ¿Qué aumento de peso debe informar a su médico?
- ¿Cuál es su inhalador de rescate?
- ¿Hay algo que se le haya pedido que haga que no comprenda?
- ¿Qué debe traer al consultorio de su médico?
- ¿Tiene alguna pregunta?

Enseñar el autocuidado o el cuidado en el hogar por direccionamiento

La condición

Condiciones médicas

- ¿Qué sabe usted de su condición?
- ¿Cómo cree usted que esta afección le afectará después de salir del hospital?
- ¿Qué es lo que desea saber acerca de su condición?

Procedimiento quirúrgico

- ¿Qué sabe usted de la cirugía que le hicieron?
- ¿Tiene preguntas sobre su cirugía?
- ¿Cómo le afectará la cirugía cuando salga del hospital?

Medicamentos

- Renovar todos los medicamentos que la persona continuará tomando en su casa.
- Explicar cuáles son los medicamentos de venta sin receta que no debe tomar.
- Finalizar todos los medicamentos como los antibióticos.
- Solicitar a la persona que no tome ningún medicamento que esté en casa a menos que esté aprobado por el médico.
- Indicarle que lleve todos sus medicamentos a la siguiente visita al médico (p. ej., recetados, de venta sin receta, vitaminas, hierbas medicinales).
- De acuerdo con el nivel de escolarización de la persona/familia.
  - Proporcionar una lista de cada medicamento, para qué se usó, cuándo tomar, con alimentos o sin alimentos.
  - Elaborar una tarjeta con columnas para las pastillas.
    - Imágenes de la pastilla
    - Términos simples usados
    - Hora usando símbolos con imágenes de las pastillas en los espacios

Evaluar las implicaciones económicas de los medicamentos recetados

- ¿La persona tiene cobertura de medicamentos asegurados? En caso afirmativo, ¿cubre el medicamento ordenado? En caso afirmativo, ¿cuál es el copago? ¿Puede pagarlo la persona?
- De no tener cobertura de seguro o de medicamentos, ¿cómo tendrá la persona acceso a estos medicamentos?
- ¿Hay un medicamento genérico económico disponible?
- ¿Qué medicamentos son críticos y se necesitan de inmediato?
- Explicar que la mayoría de las compañías farmacéuticas proporciona medicamentos libres de marca (no genéricos) a través de programas asistidos para pacientes. Se puede tener acceso a las solicitudes a través del sitio en internet de la empresa farmacéutica. Los departamentos de servicio social también pueden ayudar con este proceso.
- Algunos medicamentos pueden adquirirse gratuitamente (p. ej., medicamentos diabéticos orales, antibióticos) en supermercados o a bajo costo.
- Recomendar a la persona/familia que llame a la oficina del médico si no desea continuar con un medicamento.

Recomendaciones alimenticias

- Solicitar a la persona/familia que informe si hay alguna limitación dietética.
- Asegurarse de que haya instrucciones escritas.
- Explicar por qué se deben evitar algunos alimentos/bebidas (p. ej., evitar las aceitunas, los encurtidos en una dieta baja en sal).

Ocupaciones

- Proporcionar instrucciones sobre las actividades permitidas y las restringidas.
- Cuándo puede conducir.
- Volver al trabajo; ¿qué tipo de trabajo tiene?

Tratamientos

- Explicar que en casa debe continuar con cada tratamiento.
- Hacer una lista de equipos necesarios, frecuencia del tratamiento.
- Anotar los signos y síntomas que se deben reportar (p. ej., disminución en la salida del catéter).

Competencia

- ¿Este tratamiento puede proporcionarse de manera segura por la persona o el cuidador?
- De no ser así, consultar con el especialista de transición en la oficina de cuidados de la salud.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Remitir a una oficina de salud en el hogar para una evaluación en el hogar.
- Proporcionar enseñanza específica para el manejo de un trastorno médico o atención posoperatoria o atención posparto, signos de complicaciones, restricciones de actividad, recomendaciones alimentarias, medicamentos prescritos y cuidados de seguimiento.
- Recomendar los libros de texto médicos sobre cirugía y los libros de texto de especialidad para la información específica para cada trastorno médico relacionado con la condición de la persona.
- Recomendar Carpenito-Moyet, L. J. (2014). *Nursing Care Plans: Transitional Patient and Family Centered Care* con respecto al contenido específico para enseñar a la persona/familia sobre el autocuidado en el hogar en el caso de 68 condiciones médicas y quirúrgicas.

DETERIORO DEL MANTENIMIENTO DEL HOGAR

Definición de la NANDA-1*

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

Características definitorias

Mayores (deben estar presentes una o más)

Expresiones u observaciones de:

- Dificultad para mantener la higiene doméstica
- Dificultad para mantener un hogar seguro
- Incapacidad para mantener la casa
- Falta de recursos económicos suficientes

Menores (pueden estar presentes)

- Infecciones repetidas
- Infestaciones
- Desechos acumulados
- Utensilios sin lavar
- Olores desagradables
- Hacinamiento

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con discapacidad funcional secundaria a enfermedad debilitante crónica**

- Diabetes mellitus
- Artritis
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Esclerosis múltiple
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Accidente cerebrovascular
- Enfermedad de Parkinson
- Distrofia muscular
- Cáncer

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con alteración de la capacidad funcional de (especificar al miembro familiar) secundaria a:

Lesión* (fractura de extremidad, lesión de la médula espinal)

Cirugía (amputación, ostomía)

Deterioro del estado mental (lapsos de memoria, depresión, ansiedad/angustia intensa)

Abuso de sustancias (alcohol, drogas)

*Relacionados con un sistema de apoyo inadecuado**

Relacionados con la pérdida de un familiar

Relacionados con conocimientos deficientes

*Relacionados con recursos económicos insuficientes**

*Relacionados con la falta de familiaridad con los recursos del vecindario**

De maduración

Lactante

Relacionados con múltiples requerimientos de cuidado secundarios a:
Neonato de alto riesgo.

Adulto anciano

Relacionados con múltiples requerimientos de cuidado secundarios a:
Familiar con déficits (cognitivos, motores, sensitivos).

Nota de la autora

Al aumentar las expectativas de vida y declinar las tasas de mortalidad, el número de adultos mayores aumenta de manera sostenida, y muchos de ellos viven solos en casa. El 80% de las personas de 65 años o más informa que padecen una o más enfermedades crónicas. De los adultos de 65 a 74 años de edad, el 20% informa de limitaciones en la actividad, y el 15 % no puede realizar al menos una actividad de la vida diaria (AVD) de manera independiente (Miller, 2015). Los cambios en los cuidados de la salud llevados a cabo principalmente en los hospitales para lograr reducir la estancia hospitalaria ha dado como resultado el envío a casa de muchas personas con trastornos funcionales. Una suposición errónea frecuente es que alguien asumirá las responsabilidades domésticas hasta que la persona se recupere.

Deterioro del mantenimiento del hogar describe situaciones en las cuales una persona o su familia necesitan educación, supervisión o ayuda en las actividades domésticas. A menudo, una enfermera de salud comunitaria es el profesional más apropiado para completar una valoración del hogar y del funcionamiento de la persona en el mismo. Las enfermeras de los centros de cuidados intensivos pueden llevar a cabo visitas domiciliarias de evaluación.

Una enfermera que diagnostica la necesidad de educación para prevenir problemas domésticos puede usar *Riesgo de deterioro del mantenimiento del hogar* relacionado con conocimientos insuficientes de (especificar).

NOC

Funcionamiento de la familia.

Objetivos

El enfermo o cuidador expresará satisfacción con la situación doméstica, evidenciado por los

siguientes indicadores:

- Identifica los factores que restringen el autocuidado y el manejo del hogar.
- Demuestra capacidad en las habilidades necesarias para el cuidado del hogar.

NIC

Ayuda para el mantenimiento doméstico, manejo del entorno: seguridad, manejo del entorno.

Intervenciones

Las siguientes intervenciones se aplican a muchas personas con deterioro del mantenimiento del hogar, sin importar la etiología.

Valorar los factores causales o contribuyentes

- Falta de conocimiento.
- Fondos insuficientes.
- Falta de equipo o la ayuda necesarios.
- Incapacidad (enfermedad, déficits sensitivos, déficits motores) para realizar las tareas domésticas.
- Deterioro del funcionamiento cognitivo.
- Deterioro del funcionamiento emocional.

Reducir o eliminar los factores causales o contribuyentes, si es posible

Falta de conocimientos

- Determinar con la persona y la familia la información que necesitan:
  - Habilidades de vigilancia (pulso, circulación, orina).
  - Administración de medicamentos (procedimiento, efectos secundarios, precauciones).
  - Tratamiento/procedimientos.
  - Uso/mantenimiento del equipo.
  - Temas de seguridad (p. ej., ambiental).
  - Recursos comunitarios.
  - Cuidados de seguimiento.
  - Guía anticipada (p. ej., necesidades emocionales y sociales, alternativas a los cuidados en casa).
  - Iniciar la enseñanza; dar información detallada por escrito.

Recursos económicos insuficientes

- Consultar con los servicios sociales en busca de ayuda.
- Consultar con organizaciones de servicios (p. ej., American Heart Association, The Lung Association, American Cancer Society) para buscar ayuda.

Falta de equipo o la ayuda necesarios

- Determinar el tipo de equipo necesario, considerando la disponibilidad, los costes y la durabilidad.
- Pedir ayuda a los organismos que alquilan o prestan suministros.
  - Enseñar cómo realizar los cuidados y cómo realizar un buen mantenimiento de los suministros para aumentar su vida útil.
  - Considere la posibilidad de adaptar el equipo para reducir el coste.

Incapacidad para realizar actividades domésticas

- Determinar el tipo de ayuda necesaria (p. ej., comidas, tareas domésticas, transporte); ayudar a la persona a obtenerla.

Comidas

- Discutir con los familiares la posibilidad de congelar comidas completas que sólo haya que calentar (p. ej., recipientes pequeños con sopa, estofado, guisados).
- Determinar la disponibilidad de servicios de comidas para personas enfermas (p. ej., servicios sociales del ayuntamiento, asociaciones religiosas).
- Educar en relación con los alimentos nutritivos que se preparan con facilidad (p. ej., huevos duros, atún, crema de maní).

Trabajo doméstico

- Alentar a la persona a contratar un adolescente para los trabajos domésticos ligeros.
- Remitir a la persona a un centro u organismo para que reciba ayuda.

Transporte

- Determinar la disponibilidad de transporte para las compras y los cuidados de salud.
- Sugerir a la persona que solicite a sus vecinos que la lleven cuando tengan que ir en coche a sitios cercanos a donde va.

Deterioro del funcionamiento cognitivo

- Determinar la capacidad de la persona para mantener la seguridad en casa.
- Véase *Riesgo de lesión* en relación con la falta de conciencia de los riesgos.
- Iniciar las derivaciones a los profesionales apropiados.

Deterioro del funcionamiento emocional

- Valorar la gravedad de la disfunción.
- Véase *Afrontamiento ineficaz* para otras valoraciones e intervenciones.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Remitir a una agencia de enfermería comunitaria para una visita domiciliaria.
- Dar información acerca de cómo hacer que el entorno doméstico sea seguro y limpio (Edelman, Kudzma y Mandle, 2014). Remitir a organismos comunitarios (p. ej., visitantes, programas de comidas, amas de casa, cuidados diurnos para adultos).
- Remitir a grupos de apoyo (p. ej., Asociación local de apoyo para el Alzheimer, American Cancer Society).

DESESPERANZA

Definición de la NANDA-1*

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

Expresa apatía profunda, abrumadora y sostenida en respuesta a una situación percibida como imposible

Fisiopatológicas

Alteraciones en el patrón de dormir
Falta de energía
Disminución de la respuesta a estímulos*

Emocionales

La persona se siente:

Como si no tuviera ningún descanso y no hubiera ninguna razón para creer que lo tendrá en el futuro

Vacía o agotada

Desmoralizada

Impotente

Sin significado u objetivo en la vida

La persona muestra:

Pasividad* y falta de participación en los cuidados

Afectividad disminuida*

Complejo de renuncia-abandono

Conductas de aislamiento

Disminución de la verbalización*

Disminución de ambición, iniciativa* e interés

Fatiga

Cognitivas

Rigidez (p. ej., pensamientos de todo o nada)

Falta de capacidad para imaginar y desear

Incapacidad para identificar o lograr los objetivos y metas deseados

Incapacidad para planificar, organizar, tomar decisiones o resolver problemas

Incapacidad para reconocer fuentes de esperanza

Pensamientos suicidas

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Cualquier enfermedad crónica o terminal (p. ej., cardiopatía, diabetes, nefropatía, cáncer, síndrome de inmunodeficiencia adquirida [sida]) puede causar desesperanza o contribuir a ésta.

Relacionados con deterioro de la capacidad de afrontamiento secundario a:

Estado fisiológico en declive o deterioro

Signos o síntomas nuevos o inesperados de un proceso patológico ya diagnosticado (p. ej., recurrencia de un cáncer) (Brothers y Anderson, 2009)

Dolor, malestar y debilidad prolongados

Deterioro de las capacidades funcionales (ambulación, eliminación, alimentación, vestirse, asearse, hablar, escribir)

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con:

Tratamientos prolongados (p. ej., quimioterapia, radioterapia) que causan dolor, náuseas y disconfort

Tratamientos que alteran la imagen corporal (p. ej., cirugía, quimioterapia)

Estudios de diagnóstico prolongados

Dependencia prolongada de un equipo de apoyo vital (p. ej., diálisis, respirador)

Dependencia prolongada de un equipo para controlar las funciones corporales (p. ej., telemetría)

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con:

Restricción prolongada de la actividad (p. ej., fracturas, lesión de médula espinal, encarcelamiento)

Aislamiento prolongado (p. ej., enfermedades infecciosas, aislamiento inverso por inmunodepresión)

Abandono, separación o ser aislado de los allegados (Brothers y Anderson, 2009)

Incapacidad para lograr objetivos valorados en la vida (matrimonio, educación, hijos)

Incapacidad para participar en actividades deseadas (caminar, deportes, trabajo)

Pérdida de algo o alguien valioso (cónyuge, hijos, amigo, recursos económicos)

Responsabilidades prolongadas de provisión de cuidados (cónyuge, hijo, progenitor)

Exposición a estrés fisiológico o psicológico prolongado

Recurrencia de cáncer de mama (Brothers y Anderson, 2009)

Pérdida de la creencia en valores trascendentales/Dios

Pérdidas continuas, repetitivas en la comunidad relacionadas con el sida

Desastres naturales repetitivos (huracanes, tornados, inundaciones, incendios)

Exposición prolongada a la violencia y la guerra

De maduración

Niño

Pérdida de la autonomía por enfermedad (p. ej., fractura)

Pérdida de las funciones corporales

Pérdida del cuidador

Pérdida de la confianza en un allegado

Incapacidad para realizar tareas del desarrollo (confianza, autonomía, iniciativa, aplicación)

Rechazo, abuso o abandono de los cuidadores

Adolescente

Cambio en la imagen corporal

Incapacidad para lograr una tarea del desarrollo (identidad del rol)

Pérdida de las funciones corporales

Pérdida de un allegado (par, familia)

Rechazo de la familia

Adulto

Aborto

Deterioro de las funciones corporales, pérdida de una parte del cuerpo

Deterioro de las relaciones (separación, divorcio)

Incapacidad para realizar tareas del desarrollo (intimidad, compromiso, productividad)

Pérdida del trabajo, de la profesión

Pérdida de allegados (muerte del cónyuge, hijo)

Aborto espontáneo

Adulto mayor

Déficits cognitivos

Incapacidad para realizar tareas de desarrollo

Pérdida de la independencia

Pérdida de otros seres queridos, cosas (en general)

Déficits motores

Déficits sensitivos

Nota de la autora

Desesperanza describe a una persona que no ve posibilidades de que su vida mejore, y sostiene que nadie puede hacer nada para ayudarla. *Desesperanza* difiere de *Impotencia* en que una persona desesperada no ve solución o modo de lograr lo que desea, ni tan sólo si considera que tiene el control. Al contrario, una persona impotente puede ver una alternativa o respuesta, pero ser incapaz de hacer nada al respecto debido a la falta de control o recursos. La sensación sostenida de impotencia puede llevar a desesperanza. La desesperanza suele relacionarse con duelo, depresión y suicidio. Para una persona en riesgo de suicidio, la enfermera también debe usar el diagnóstico *Riesgo de suicidio*. La desesperanza es un concepto distinto y no simplemente un síntoma de depresión.

NOC

Toma de decisiones, control de la depresión, esperanza, calidad de vida.

Objetivos

- Demostrará un aumento de la energía, evidenciado por un incremento de las actividades (p. ej., autocuidados, ejercicio, aficiones).
- Expresará expectativas deseables para el futuro cercano. Describirá sus propios significado

y objetivo en la vida.

- Demostrará iniciativa, autodirección y autonomía en la toma de decisiones. Demostrará estrategias eficaces para la resolución de los problemas.
- Redefinirá el futuro, planteando objetivos realistas con expectativas de cumplirlos.

La persona se esfuerza por alcanzar los objetivos enumerados antes, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Comparte el sufrimiento de manera abierta y constructiva con los demás.
- Recuerda y revisa su vida de manera positiva.
- Considera los valores y el significado de la vida.
- Expresa optimismo por el presente.
- Practica la conservación de energía.
- Desarrolla, mejora y mantiene relaciones positivas con los demás.
- Participa en un rol significativo.
- Expresa creencias espirituales.

NIC

Instilación de esperanza, clasificación de valores, apoyo en la toma de decisiones, apoyo espiritual, fomento del sistema de apoyo.

Intervenciones

Ayudar a la persona a identificar y expresar sus sentimientos

- Escuchar activamente, tratar a la persona como un ser individual, y aceptar sus sentimientos. Transmitir empatía para promover la verbalización de dudas, temores y preocupaciones.
- Corroborar las impresiones y reflexionar sobre ellas con la persona. Es importante advertir que los enfermos de cáncer suelen tener su propia realidad, que puede diferir de la de la enfermera.
- Ayudar a la persona a reconocer que la desesperanza es parte de la vida de todo el mundo y que demanda reconocimiento. La persona puede usarla como una fuente de energía, imaginación y libertad para considerar las alternativas. La desesperanza puede llevar al autodescubrimiento.
- Ayudar a la persona a comprender que puede manejar los aspectos de desesperanza de la vida separándolos de los aspectos de esperanza. Ayudarla a identificar y reconocer áreas de desesperanza. Ayudarla a distinguir entre lo posible y lo imposible.
- La enfermera moviliza los recursos internos y externos de la persona para promover e instilar esperanza. Ayudar a las personas a identificar sus motivos personales para vivir, que

dan significado y objetivo a sus vidas.

Valorar y movilizar los recursos internos de la persona (autonomía, independencia, racionalidad, pensamiento cognitivo, flexibilidad, espiritualidad)

- Poner de relieve las fortalezas, no en las debilidades.
- Elogiar el aspecto o los esfuerzos de la persona, según sea apropiado.
- Identificar áreas de éxito y utilidad; poner de relieve los logros pasados. Usar esta información para establecer objetivos con la persona.
- Ayudar a la persona a identificar actividades con las que disfruta y que percibe como divertidas. Tales actividades pueden servir como distracciones ante el disconfort y permitir a la persona pasar al confort cognitivo (*Hinds, Martin y Vogel, 1987).
- Ayudar a la persona a adaptarse y establecer objetivos realistas a corto y largo plazos (avanzar de lo más simple a lo más complejo; puede usar un "cartel de objetivos" para indicar los tipos específicos de objetivos y el tiempo para alcanzarlos). Las expectativas asequibles promueven la esperanza.
- Alentar el pensamiento "medios-fin" en términos positivos (es decir, "Si hago esto, entonces seré capaz de...").
- Fomentar la alegría y compartir los recuerdos inspiradores.

Ayudar a la persona en la resolución de problemas y la toma de decisiones

- Respetar la competencia de la persona para tomar decisiones; tratar con respeto sus decisiones y deseos.
- Alentar la verbalización para determinar la percepción de opciones de la persona.
- Aclarar los valores de la persona para determinar qué es importante.
- Corregir la información errónea.
- Ayudar a la persona a identificar aquellos problemas que no puede resolver para pasar a los que sí puede resolver. En otras palabras, ayudar a la persona a dejar de vivir en lo imposible y sin esperanza y comenzar a abordar asuntos realistas y esperanzadores.
- Evaluar las percepciones que tiene la persona sobre sí misma y los demás en relación con la talla. (Las personas con desesperanza a menudo perciben a los demás como corpulentos y difíciles de tratar, y se ven a sí mismas pequeñas.) Si las percepciones no son realistas, ayudar a la persona a reevaluarse para restablecer la escala correcta.
- Promover la flexibilidad. Alentar a la persona a intentar alternativas y correr riesgos.

Alentar a la persona a pensar más allá del momento

- Explicar los beneficios de la distracción de los eventos negativos.
- Enseñe y ayude con técnicas de relajación antes de los eventos estresantes previstos.
- Fomentar la imaginación mental para promover procesos de pensamiento positivos.

- Enseñar a la persona a maximizar las experiencias estéticas (p. ej., el olor del café, un masaje en la espalda, la calidez del sol, la brisa) que pueden inspirar esperanza.
- Enseñar a la persona a anticipar las experiencias con que disfruta durante el día (p. ej., caminar, leer el libro favorito, escribir una carta).
- Enseñar a la persona maneras de conservar y generar energía por medio del ejercicio físico moderado.
- Alentar la musicoterapia, la aromaterapia y el masaje con aceites esenciales para mejorar el estado físico y mental.

Determinar y movilizar los recursos externos de la persona

Familia o allegados

- Hacer partícipe a la familia y los allegados de la planificación de los cuidados.
- Alentar a la persona a dedicar más tiempo o pensamientos a los seres queridos en relaciones sanas.
- Enseñar a los familiares su rol para mantener la esperanza a través de relaciones positivas de apoyo.
- Discutir con la familia los objetivos asequibles de la persona.
- Empoderar a las personas con enfermedades crónicas infundiéndoles esperanza a través de sistemas de apoyo.
- Transmitir esperanza, información y confianza a la familia, porque ella a su vez transmitirá sus sentimientos a la persona.
- Usar el tacto y la cercanía con la persona para demostrar a la familia su capacidad de aceptación (dar privacidad).
- Herth (1993) descubrió las siguientes estrategias para fomentar la esperanza en cuidadores de enfermos terminales:
  - *Reencuadre cognitivo*: hablarse a sí mismo de modo positivo, orar/meditar, visualizar imágenes de esperanza (esto puede implicar abandonar las expectativas de que las cosas serán diferentes).
  - *Reenfoque del tiempo*: concentrarse menos en el futuro y más en la vida diaria.
  - *Creencia en un poder mayor que el propio*: empoderar la esperanza del cuidador.
  - *Equilibrio de la energía disponible*: escuchar música o realizar otras actividades favoritas para empoderar la esperanza del cuidador aumentando la energía.

Equipo de cuidados de la salud

- Establecer una relación positiva y de confianza entre la enfermera y la persona mediante:
  - Aclaración de dudas.

  - Respeto por los sentimientos de la persona.
  - Proporcionar un cuidado constante.
  - Seguimiento continuo de las solicitudes.
  - Contacto.
  - Proporcionar confort.
  - Ser honesto.
  - Transmitir una actitud positiva.
- Transmitir la actitud de "Nos preocupamos demasiado por usted para simplemente dejarle rendirse" o "Puedo ayudarle".
- Organizar conferencias y compartir los objetivos de la persona con el equipo de cuidados.
- Compartir los avances tecnológicos y las investigaciones sobre el tratamiento de las enfermedades.
- Tener una lista de recursos para hacer reír (p. ej., libros, películas).
- Dar a enfermeras y cuidadores apoyo en momentos de desastre.

Grupos de apoyo

- Alentar a la persona a que comparta sus preocupaciones con otros que han tenido un problema o una enfermedad similares y experiencias positivas al abordarlos de manera eficaz.
- Dar información sobre grupos de autoayuda (p. ej., "Haga que el día de hoy valga la pena": 40 capítulos en Estados Unidos y Canadá, "Yo puedo afrontarlo": serie para personas con cáncer, "Podemos disfrutar el fin de semana": para familias de personas con cáncer).

Dios u otros poderes superiores

- Evaluar el sistema de apoyo en que la persona cree (valores, experiencias pasadas, actividades religiosas, relación con Dios, significado y objetivo de la oración; véase *Sufrimiento espiritual*).
- Crear un ambiente en el cual la persona se sienta libre para expresar su espiritualidad.
- Dar a la persona tiempo y oportunidades para reflexionar sobre el significado del sufrimiento, la muerte y la agonía.
- Aceptar, respetar y apoyar la esperanza del enfermo en Dios.

RIESGO DE COMPROMISO DE LA DIGNIDAD HUMANA

Definición de la NANDA-1*

Vulnerable a una percepción de pérdida del respeto y del honor.

Factores de riesgo

Decisiones del final de la vida*

Relacionados con tratamientos que fueron percibidos como inútiles para enfermos en fase terminal (p. ej., transfusiones sanguíneas, quimioterapia, trasplantes de órganos, ventilación mecánica)

Relacionados con actitudes de conflicto hacia las voluntades anticipadas

Relacionados con la participación de acciones para salvar la vida cuando éstas sólo prolongan la agonía.

Decisiones de tratamiento

Relacionados con el desacuerdo entre los profesionales de la salud, los integrantes de la familia y la persona con respecto a:

Tratamientos

Traslado al hogar, casa de un familiar o centro de cuidado de enfermería de la comunidad

Testamento vital de la persona

Cuidados al final de la vida

Relacionados con la negativa de la persona/familia a los tratamientos considerados apropiados por el equipo de salud

Relacionados con la incapacidad de la familia para tomar la decisión de detener el tratamiento con ventilador del paciente con enfermedad terminal

Relacionados con los deseos de una familia de continuar el apoyo vital aunque no sea lo mejor para la persona

Relacionados con llevar a cabo un procedimiento que aumenta el sufrimiento de la persona

Relacionados con proveer cuidado que no alivia el sufrimiento de la persona

Relacionados con los conflictos entre querer dar a conocer una mala práctica médica y el deseo de mantener la confianza en el médico

Conflictos culturales

Relacionados con las decisiones tomadas para las mujeres por parte de los integrantes masculinos de la familia

Relacionados con los conflictos culturales con el sistema de salud estadounidense

Nota de la autora

El diagnóstico *Riesgo de compromiso de la dignidad humana* fue aceptado por la NANDA-I en 2006.

Este diagnóstico enfermero presenta una nueva aplicación para la práctica de enfermería. Todas las personas corren el riesgo de presentar este diagnóstico. Respetar y honrar a todas las personas, familias y comunidades es un elemento básico y muy importante de la enfermería. Evitar que se comprometa la dignidad humana es algo fundamental en todas las intervenciones enfermeras. Es el concepto central de toda profesión de la salud.

Este diagnóstico también puede aplicarse a prisioneros, quienes como parte de su pena serán privados de algunos derechos, como los de privacidad y ambulación. Sin embargo, los prisioneros siempre deben ser tratados con respeto, sin torturas ni humillaciones. Las enfermeras tienen la obligación de honrar y "no dañar" en todos los entornos en los que ejerzan.

La autora recomienda que este diagnóstico se desarrolle e integre en un Estándar de cuidados del Departamento enfermero para todas las personas y las familias. Los pronósticos e intervenciones se aplican a todas las personas, familias y grupos. Estos estándares para la práctica enfermera también podrían incluir *Riesgo de infección, Riesgo de transmisión de infecciones, Riesgo de caídas* y *Riesgo de compromiso del afrontamiento familiar.*

NOC

Protección contra el abuso, nivel de confort, muerte digna, procesamiento de la información, conocimientos: atención de enfermedades, autoestima, bienestar espiritual.

Objetivos

La persona informará que recibe cuidados respetuosos y considerados, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Respeto por la privacidad.
- Consideración de las emociones.
- Anticipación de los sentimientos.
- Disponibilidad opciones y control.
- Pedir permiso.
- Dar explicaciones.
- Minimización de la exposición de partes del cuerpo.
- No participación de personal innecesario durante las intervenciones estresantes.

NIC

Protección de los derechos del enfermo, orientación previa, orientación, apoyo emocional, información sensorial preparatoria,

apoyo familiar, humor, establecimiento conjunto de objetivos y educación: intervención/tratamiento, tacto.

Intervenciones

Determinar y aceptar su propia responsabilidad moral

- ¿Una enfermera puede mantener y defender la dignidad de una persona o un grupo si no puede mantener y defender su propia dignidad?

Determinar si la agencia tiene una política para prevenir la dignidad humana comprometida (Nota: este tipo de política o norma se puede titular de otra manera)

- Revisar la política. ¿Incluye (*Walsh y Kowanko, 2002) lo siguiente?
  - Protección de la privacidad y del espacio privado.
  - Solicitar permiso de manera continua.
  - Concesión de tiempo para la toma de decisiones.
  - Gestión a favor de la persona.

Cuando considere apropiado, solicitar a la persona o los integrantes de la familia que proporcionen la siguiente información

- Persona de contacto en caso de emergencia.
- Persona a quien el individuo confía decisiones personales, poder notarial.
- Firma o deseo de firmar un testamento en vida.
- Decisión sobre la donación de órganos.

Durante los cuidados

- Cuidar de las personas y los familiares como esperaría o desearía que se hiciera con sus propios familiares, cónyuge, hijo, amigos o colegas.
- Cuando se realiza una intervención, incluir a la persona en las conversaciones; actuar como si la situación fuera algo natural a fin de reducir la vergüenza; recurrir al humor si es apropiado; hablar a la persona incluso si no reacciona.
- Explicar la intervención a la persona durante procedimientos dolorosos o penosos, y explicar lo que sentirá.
- Determinar si hay personas que no son necesarias antes de iniciar un acontecimiento vulnerable o estresante (p. ej., un código o una intervención dolorosa o embarazosa) indicarles que no se requiere su participación.
- Dar a la persona la oportunidad de compartir sus sentimientos después de una situación difícil, y mantener en secreto la información del enfermo y sus respuestas emocionales.
- Cuando se han planificado o se han llevado a cabo medidas extremas estériles para la persona, véase *Sufrimiento moral*.

CONDUCTA DESORGANIZADA DEL LACTANTE

Conducta desorganizada del lactante

Riesgo de conducta desorganizada del lactante

Definición de la NANDA-1*

Desintegración de las respuestas fisiológicas y neurocomportamentales del lactante respecto al entorno.

Características definitorias

(Hockenberry y Wilson, 2015; *Vandenberg, 1990)

Sistema autónomo (neurovegetativo)

Cardíacas

Aumento de la frecuencia

Respiración

Pausas
Taquipnea
Jadeo

Cambios del color de la piel*

Palidez alrededor de las narinas
Tono ceniciento peribucal
Piel moteada
Cianosis
Tono gris de la piel
Rubor/rubicundez

Viscerales

Hipo*
Esfuerzos como si fuera a defecar
Gruñidos
Salivación
Arcadas

Motores

Convulsiones
Estornudos*
Temblores/sobresalto*
Bostezo
Fasciculaciones*
Suspiros*
Tos*

Sistema motor

Tono fluctuante

Flacidez de:

Tronco
Cara
Extremidades

Hipertonía

Extensión de las piernas
Arqueo del cuerpo
Movimiento de saludo
Dedos extendidos*
Postura "de avión"
Extensión de la lengua
Postura sedente sin apoyo
Puños cerrados*

Hiperflexiones

Del tronco
Postura fetal
De las extremidades

Actividad difusa frenética

Sistema organizativo (alcance)

Dificultad para mantener el control del estado
Dificultad en las transiciones de un estado a otro

Sueño

Fasciculaciones*
Lloriqueos
Ruiditos
Gesticulaciones
Movimientos espasmódicos
Agitación durante el sueño
Respiraciones irregulares

Vigilia

Movimientos incontrolables de los ojos
Pánico, preocupación,* aspecto taciturno
Ojos vidriosos
Llanto débil
Tensión, agitación
Irritabilidad*
Mirada fija*
Cambios repentinos de estado
Aversión a la mirada*

Sistema de atención-interacción

Los intentos de inducir conductas causan estrés

Dificultad para consolarle

Factores relacionados

(Askin y Wilson, 2007)

Fisiopatológicos

Relacionados con inmadurez o trastorno del sistema nervioso central (SNC) secundaria a:

- Prematuridad*
- Factores perinatales
- Hiperbilirrubinemia
- Hipoglucemia
- Dificultad respiratoria
- Hemorragia intraventricular
- Anomalías congénitas
- Exposición prenatal a drogas/alcohol
- Disminución de la saturación de oxígeno
- Infección

Relacionados con déficits nutricionales secundarios a:

- Reflujo
- Intolerancias a la alimentación*
- Problemas de deglución
- Emesis
- Cólico
- Coordinación deficiente de succión/deglución

Relacionados con estimulación excesiva secundaria a:

Hipersensibilidad bucal
Manipulación y cambios de posición frecuentes

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con estimulación excesiva secundaria a:

- Procedimientos invasivos*
- Movimiento
- Luces
- Administración de medicamentos
- Restricciones
- Ruido (p. ej., alarma prolongada, voces, entorno)
- Fisioterapia respiratoria
- Alimentación
- Sondas, esparadrapo

Relacionados con la incapacidad para ver a los cuidadores secundaria a parches oculares

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con interacciones impredecibles secundarias a cuidadores múltiples

Relacionados con el desequilibrio entre el contacto "de trabajo" y el contacto para confortar

Relacionados con la disminución de la capacidad de autorregularse secundaria a (Holditch-Davis y Blackburn, 2007):

- Movimiento súbito
- Fatiga

Ruido

Prematuridad*

Ciclos de sueño-vigilia interrumpidos

Estimulación que excede el umbral de tolerancia del lactante

Demandas ambientales

Nota de la autora

Conducta desorganizada del lactante describe a un lactante que tiene dificultad para regular los estímulos externos y adaptarse a ellos, debido al desarrollo neuroconductual inmaduro y al aumento de los estímulos ambientales en unidades neonatales. Cuando un lactante se estimula en exceso o se estresa, utiliza su energía para adaptarse; y esto agota el suministro de energía disponible para el crecimiento fisiológico. El objetivo de los cuidados enfermeros es ayudar a conservar la energía reduciendo los estímulos ambientales, dando al lactante tiempo suficiente para adaptarse a la manipulación, y proporcionando estímulos sensitivos apropiados a su estado fisiológico y neuroconductual.

NOC

Estado neurológico, organización para el lactante prematuro, sueño, nivel de comodidad.

Objetivos

El lactante demostrará mayores signos de estabilidad, evidenciados por los siguientes indicadores:

- Respira de un modo estable y uniforme; coloración rosada estable; tono constante; mejor postura; atención centrada, calmado; sueño bien modulado; responde a estímulos visuales y sociales.
- Demuestra habilidades de autorregulación como succión, movimiento de la mano a la boca, prensión, sujeción, flexión de los dedos de manos y pies, postura fetal.

Los progenitores/cuidadores describirán técnicas para reducir el estrés ambiental en la institución, en el hogar o en ambos sitios.

- Describen situaciones que estresan al lactante.
- Describen signos/síntomas de estrés en el lactante.
- Describen maneras de apoyar los intentos del lactante de tranquilizarse por sí mismo (Vandenberg, 2007).

NIC

Manejo del entorno, vigilancia neurológica, fomento del sueño, atención del neonato, educación parental: colocación del neonato.

Intervenciones

Véanse factores relacionados.

Reducir o eliminar los factores contribuyentes, si es posible

- Los bebés prematuros deben adaptarse al ambiente extrauterino con sistemas corporales subdesarrollados, por lo general en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) (Kenner y McGrath, 2010; *Merenstein y Gardner, 2002).

Dolor

- Observar si hay respuestas que difieren de las respuestas de referencia y se han vinculado con respuestas del neonato al dolor (*Bozzette, 1993):
  - Respuestas faciales (boca abierta, cejas prominentes, gesticulación, temblor del mentón,surco nasolabial, lengua tensa).
  - Respuestas motoras (gestos, rigidez muscular, puños apretados, aislamiento) (*AAP, 2006).
- Proporcionar analgesia farmacológica o no farmacológica (o ambas) en todas las intervenciones dolorosas, como la colocación de una sonda nasogástrica para alimentación, retirada de esparadrapo, inserción de agujas, punción del talón, inserción y extracción de sondas torácicas, intubación, ventilación mecánica prolongada, exámenes oculares, circuncisión, cirugía.
- Los anestésicos tópicos pueden reducir el dolor en intervenciones como venopunción, punción lumbar y venoclisis.
- Intervenciones no farmacológicas:
  - Se ha demostrado que los cuidados del desarrollo que incluyen la atención a las claves ambientales y la reducción de los estímulos del entorno son eficaces para reducir el dolor de procedimien tos menores.
  - Facilitar la adopción de la postura fetal.
  - Arroparle
  - Apoyarle en la cuna.
  - Ponerle de lado.
  - Método de canguro.
  - Succión no nutritiva.
  - Se ha demostrado que la solución de sacarosa oral combinada con succión es eficaz para reducir el dolor de muchos procedimientos menores.

Interrupción de los ciclos diurnos de 24 horas

- Evaluar la necesidad de cada intervención y la frecuencia con que debe realizarse.
- Considerar la asignación de los cuidados en un lapso de 24 h y la cuidadora principal, para

dar cuidados constantes durante el día y la noche al lactante desde el ingreso. Esto es importante para responder a ciclos de sueño y capacidad de alimentación cada vez más maduros, y en particular al desarrollo emocional.

- Considerar dar apoyo a la transición del lactante al sueño y al mantenimiento del mismo evitando picos de actividad frenética y agotamiento, preservando de manera continua un entorno y un horario constantes y tranquilos, y estableciendo un patrón fiable y repetible de transición gradual al sueño en posiciones de decúbito prono y de costado en la incubadora o la cuna.

Experiencias de alimentación problemáticas

- Observar y registrar la disponibilidad del lactante para participar en la alimentación.

Indicios de hambre

- Transición a somnolencia o estado de alerta.
- Abrir la boca, buscar con la boca o succionar.
- Llevarse las manos a la boca.
- Llanto que no es aliviado solamente por el chupete o la succión no nutritiva.

Estabilidad fisiológica

- Observar en busca de patrones respiratorios regulados, color estable, digestión estable.
- Proporcionar un asiento confortable (ser especialmente sensible a las necesidades posparto de las madres: p. ej., cojines blandos, escabel para elevar las piernas, almohadas de lactancia).
- Alentar la envoltura laxa del lactante para facilitar la flexión y el equilibrio del tono muscular durante la alimentación.
- Explorar métodos de alimentación que satisfagan los objetivos del lactante y la familia (p. ej., lactancia materna, lactancia con leche maternizada, sonda nasogástrica).

Apoyar los esfuerzos autorreguladores del lactante

- Cuando se practican intervenciones dolorosas o estresantes, considerar acciones para favorecer la calma.
- Considerar apoyar la transición del lactante al sueño y mantenerlo evitando picos de actividad frenética y agotamiento; manteniendo de manera continua la calma y un entorno y un horario regulares; y estableciendo un patrón repetible, fiable de transición gradual al sueño en decúbito prono y de costado en la incubadora o la cuna.
- Considerar empezar a tranquilizar al bebé en los brazos del cuidador y luego transferirlo a la cuna según sea necesario. Para otros lactantes esto puede excitarlos y la transición es más fácil en la incubadora cuyos límites son estables y un encierro sin ninguna estimulación.

Reducir los estímulos ambientales (Kenner y McGrath, 2010; *Merenstein y Gardner, 1998; *Thomas, 1989)

Ruido

- No golpetear la incubadora.
- Poner una manta plegada encima de la incubadora si es la única superficie de trabajo disponible.
- Abrir y cerrar lentamente los accesos.
- Acolchar las puertas de la incubadora para reducir el ruido al abrir y cerrar.
- Usar recipientes de plástico y no metálicos para los desechos.
- Eliminar el agua de la tubería del ventilador.
- Hablar en voz baja al lado de la cama y sólo cuando sea necesario.
- Colocar con suavidad la cabeza del neonato en el colchón.
- Eliminar los aparatos de radio.
- Cerrar las puertas con suavidad.
- Colocar la cama del lactante lejos de las fuentes de ruido (p. ej., teléfono, intercomunicador, equipo de la unidad).
- Considerar los siguientes métodos para reducir ruido innecesario en la UCIN:
  - Realizar las rondas lejos de los lados de las camas.
  - Adaptar el equipo de envergadura para eliminar ruido y ajetreo.
  - Alertar al equipo de cuidados cuando el nivel de ruido en la unidad exceda de 60 db (p. ej., por medio de una luz conectada a un medidor de sonido). Establecer 10 min de tranquilidad para reducir el ruido.
  - Trasladar a los lactantes más vulnerables lejos de las zonas de tráfico habitual de la unidad.

Luces

- Usar junto a la cama luces de espectro completo en vez de luz blanca. Evitar luces fluorescentes.
- Cubrir por completo cunas, incubadoras y calentadores radiantes durante el sueño y parcialmente durante los períodos de vigilia.
- Instalar interruptores reguladores, persianas y cortinas. Evitar las luces intensas.
- Proporcionar sombra en los ojos de los lactantes con una manta a modo de tienda o biombo.
- Evitar los estímulos visuales en la cuna.
- Proteger los ojos de luces intensas durante los procedimientos. Evitar los parches excepto en la fototerapia.

Colocar al lactante en posturas que permitan la flexión y minimicen el balanceo

- Considerar la reorganización y estabilización *no apresuradas* de la regulación del lactante apoyando al bebé en decúbito prono ligeramente flexionado, dándole el dedo del cuidador y succionar, arropando el tronco y la nuca entre las manos, provocando el reflejo de inhibición en las plantas de los pies.
- Colocar en decúbito prono/de costado. Evitar el decúbito supino.
- De ser posible, envolver al bebé de modo que se conserve la flexión.
- Crear un nido usando ropa de cama suave (p. ej., una badana natural, algodón suave, franela).

Reducir el comportamiento desorganizado durante las intervenciones activas y el transporte

- Tener un plan para el transporte, con roles asignados a cada miembro del equipo.
- Establecer con la enfermera responsable las señales conductuales de estrés de este lactante antes del transporte.
- Minimizar la estimulación sensorial:
  - Hablar de manera calmada y en voz baja.
  - Proteger de la luz los ojos del lactante.
  - Proteger al lactante del contacto innecesario.
- Apoyar con las manos las posturas suavemente flexionadas del lactante y ofrecerle algo que sujetar (un dedo o la esquina de una manta o un paño suave).
- Envolver al lactante o colocarlo en un nido hecho de mantas.
- Asegurarse de que esté listo el equipo para el transporte (p. ej., el ventilador). Calentar el colchón o usar una badana.
- Mover de manera cuidadosa y suave al lactante. Evitar hablar, de ser posible.
- Considerar la realización de los cuidados habituales mientras uno o ambos padres o el cuidador designado sostienen al lactante, siempre que sea posible.
- Cambiar de posición cada 2 a 3 h o antes si la conducta del lactante sugiere disconfort.

Involucrar a los padres en la planificación de los cuidados

- Alentarlos a hablar de sus sentimientos, temores y expectativas.
- Hacer participar a los padres en el establecimiento de un plan de desarrollo familiar:
  - Mis fortalezas son: _____.
  - Señales para tomarme un tiempo de respiro: _____.
  - Lo que me estresa: _____.
  - Cómo puede usted ayudarme: _____.
- Enseñar a los cuidadores a observar todo el tiempo las capacidades cambiantes, a fin de

determinar las opciones para colocar y acostar al bebé adecuadamente; por ejemplo, es posible que el lactante luche contra la contención (Hockenberry y Wilson, 2015).

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

Revisar la siguiente información relacionada con el crecimiento y desarrollo del lactante y la familia en la orientación previa para el hogar

Preocupaciones de salud

- Alimentación.
- Higiene.
- Enfermedad.
- Infección.
- Seguridad.
- Temperatura.
- Crecimiento y desarrollo.

Modulación del sistema organizativo

- Estimulación apropiada.
- Patrones de sueño-vigilia.

Interacción progenitor-lactante

- Señales conductuales.
- Signos de estrés.

Entorno del lactante

- Estimulación animada e inanimada.
- Juego con el lactante.
- Rol del padre y los hermanos.

Afrontamiento y apoyo parentales

- Red de apoyo.
- Desafíos.
- Resolución de problemas.

Discutir la transición a apoyos de la comunidad (cuidados enfermeros de respiro, grupos sociales y comunitarios, comunidades religiosas) Remitir para visitas domiciliarias de seguimiento

Riesgo de conducta desorganizada del lactante

Definición de la NANDA-1*

Vulnerable a sufrir una alteración en la integración y modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y conductual del lactan te (p. ej., sistemas autónomo, motor, organizativo, autorregulador y de atención-interacción) que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Véase factores relacionados.

Factores relacionados

Véase *Conducta desorganizada del lactante*.

Intervenciones

Véase *Conducta desorganizada del lactante*.

RIESGO DE INFECCIÓN

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

Véase factores relacionados.

Factores relacionados

Diversos problemas de salud y situacionales pueden crear situaciones favorables para el desarrollo de infecciones. Algunos factores frecuentes son:

Fisiopatológicos

Relacionados con alteración de las defensas del huésped secundaria a:

Cáncer

Alteración o insuficiencia de leucocitos
Artritis
Trastornos respiratorios
Enfermedad periodontal
Insuficiencia renal
Trastornos hematológicos
Trastornos hepáticos
Diabetes mellitus*
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)
Alcoholismo
Inmunosupresión*
Inmunodeficiencia secundaria a (especificar)

Relacionados con trastorno de la circulación secundario a:

Linfedema
Obesidad*
Vasculopatía periférica

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con un sitio para la invasión del organismo secundario a:

Cirugía
Vías invasivas
Diálisis
Intubación
Nutrición parenteral total
Alimentación enteral

Relacionados con deterioro de las defensas huésped secundario a:

Radioterapia
Trasplante de órganos
Farmacoterapia (especificar, p. ej., quimioterapia, inmunosupresores)

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con deterioro de las defensas huésped secundario a:

Antecedentes de infecciones
Desnutrición*
Inmovilidad prolongada
Estrés
Estancia hospitalaria prolongada
Tabaquismo

Relacionados con un sitio para la invasión de microorganismos secundario a:

Traumatismo (accidental, intencionado)

Período posparto	Lesiones térmicas
Mordeduras/picaduras (animal, insecto, humano)	Calor, humedad y ambiente oscuro (pliegues cutáneos, escayola)

Relacionados con contacto con agentes contagiosos (hospitalarios o extrahospitalarios)

De maduración

Neonatos

Relacionados con una mayor vulnerabilidad del lactante secundaria a:

Madre infectada por el VIH	Adicción a sustancias por parte de la madre
Falta de anticuerpos maternos (dependiente de la exposición materna)	Heridas abiertas (umbilical, circuncisión)
Falta de flora normal	Sistema inmunitario inmaduro

Lactante/niño

Relacionados con falta de inmunización

Adolescente

Relacionados con falta de inmunización

Relacionados con múltiples parejas sexuales

Adulto mayor

Relacionado con una mayor vulnerabilidad secundaria a:

Disminución de la respuesta inmunitaria	Respuesta del ambiente cálido, húmedo, oscuro (pliegues cutáneos, escayola)
Debilidad generalizada	Enfermedades crónicas

Nota de la autora

Todas las personas están en riesgo de infección. El control de las secreciones, el control ambiental y el lavado de manos antes y después de atender a un enfermo reducen el riesgo de transmisión de microorganismos. Dentro de la población de personas en riesgo de infección se incluye un grupo más pequeño con un alto riesgo de infección. *Riesgo de infección* describe a una persona cuyas defensas están disminuidas, lo que eleva la susceptibilidad a los organismos patógenos del entorno o a su propia flora endógena (p. ej., una persona con disfunción hepática crónica o con una sonda). Las intervenciones enfermeras para tal persona se concentran en minimizar la introducción de microorganismos e incrementar la resistencia a

la infección (p. ej., mejorando el estado de nutrición). La situación de una persona con infección se describe mejor mediante el problema de colaboración *Riesgo de complicación de sepsis*.

El *Riesgo de transmisión de infecciones* describe a una persona con un alto riesgo de transferir un microorganismo infeccioso a otros. En algunas personas es alto el riesgo tanto de adquirir microorganismos oportunistas como de transmitir microorganismos infecciosos, lo cual hace necesario usar tanto *Riesgo de infección* como *Riesgo de transmisión de infecciones*.

NOC

Estado de la infección, curación de las heridas: primera intención, estado inmunitario.

Objetivos

La persona informará los factores de riesgo relacionados con la infección y las precauciones necesarias, evidenciados por los siguientes indicadores:

- Demuestra una técnica meticulosa de lavado de manos en el momento del alta.
- Describe los métodos de transmisión de la infección.
- Describe la influencia de la nutrición en la prevención de infecciones.

NIC

Control de infecciones, cuidado de la herida, cuidado de la incisión, educación para la salud.

Intervenciones

Identificar a los enfermos con riesgo alto de infecciones hospitalarias

- Véase factores de riesgo.

Usar precauciones universales apropiadas para cada persona

Higiene antiséptica de las manos (Citado de Diaz y Newman, 2015, Centers for Disease Prevention and Control [CDC], 2015)

- Lavar con jabón antiséptico y agua durante al menos 15 segundos, seguido de frotarse las manos con alcohol. Si las manos no estuvieron en contacto con cualquier persona o cosa en la habitación, frótese las manos con un producto a base de alcohol hasta que se sequen (CDC, 2015).
- El jabón común es bueno para reducir el número de bacterias, pero el jabón antimicrobiano es mejor, y frotarse las manos con productos con base de alcohol es preferible (CDC, 2015).
- Lavado de manos:
  - Antes de ponerse los guantes y después de quitárselos.
  - Antes y después de tocar a un paciente, antes de manipular un dispositivo invasivo (sonda

Foley, catéter venoso periférico), independientemente de si se usan o no guantes.

- Después del contacto con líquidos corporales o secreciones, membranas mucosas, piel no intacta o apósitos para heridas.
- Si pasa de un sitio del cuerpo contaminado a otro durante el cuidado del mismo individuo.
- Después del contacto con superficies y objetos inanimados (incluyendo equipo médico) en las inmediaciones del paciente.
- Después de retirarse los guantes estériles o no estériles.
- Antes de manipular medicamentos o preparar alimentos.

Considerar factores individuales que aumentan el riesgo de cicatrización tardía de heridas

- Véase *Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica*.

Equipo de protección personal (EPP)

- Usar EPP cuando una interacción indique que puede ocurrir contacto con sangre/líquidos corporales.

Guantes

- Usar guantes cuando proporcione cuidados directos. Después de quitarse los guantes, lávese las manos con agua y jabón.

Máscaras

- Usar EPP (máscaras, gafas protectoras, caretas) para proteger las membranas mucosas de los ojos, la boca y la nariz durante los procedimientos y actividades de cuidado directo que pueden generar salpicaduras o rociar sangre, líquidos corporales, secreciones y excreciones.

Batas

- Usar una bata cuando tenga contacto directo con secreciones o excreciones no contenidas.
- Retirar la bata y realizar la higiene de las manos antes de salir de la habitación o el cubículo.
- No utilizar de nuevo las batas incluso para el cuidado del mismo paciente.

Al succionar la secreción oral

- Usar guantes y tapabocas/anteojos protectores o un protector de la cara, a veces una bata (CDC, 2013).

Educar a todo el personal, visitantes y pacientes sobre la importancia de prevenir la transmisión de gotitas de sí mismos a otros

- Proporcionar un tapabocas quirúrgico a las personas con tos y explique la razón.
- Dar instrucciones para:

- Cubrirse la boca y la nariz durante la tos y los estornudos.
- Usar pañuelos desechables para contener secreciones respiratorias con la eliminación inmediata en un recipiente sin contacto y lavarse las manos con agua y jabón.
- Apartar la cabeza de los demás y mantener un espacio de amortiguamiento, de preferencia un metro, al toser.

- Informar de inmediato sobre cualquier situación que aumente el riesgo de transmisión de infección a personas, visitantes o personal.

Iniciar precauciones específicas para el agente sospechoso; seguir con la prevención de la infección según la institución o el centro para el control de la enfermedad en caso de

- Meningitis: precauciones con gotas, contaminantes en el aire.
- Erupción maculopapular con tos, fiebre.
- Rubéola: precauciones con contaminantes en el aire.
- Absceso *Clostridium difficile*, esporas de mano a boca o contaminación fecal.
- SARM: contacto, precauciones de gotas.
- Tos/fiebre/infiltrado pulmonar en personas infectadas por el VIH o en personas con alto riesgo de infección por el VIH.
- Tuberculosis: en el aire/por contacto (respiradores).

Reducir la entrada de organismos

Infección en el sitio quirúrgico (ISQ)

- Identificar a las personas con alto riesgo de retraso en la cicatrización de heridas (véanse los Criterios de valoración).
- Mantener la normotermia.
  - Vigilar la temperatura cada 4 h; avise al médico/enfermera profesional si la temperatura es mayor que 38.2 ºC (100.8 °F).
  - Informar a los fumadores que el riesgo de infección de la herida se triplica en los fumadores (Armstrong y Mayr, 2014).
  - Manejo agresivo del dolor posoperatorio mediante la prevención en comparación con la administración de medicamentos cuando sea necesario.
- Prevenir la hipovolemia.
  - Valorar el estado nutricional para proporcionar una ingesta proteica y calórica adecuada para la curación.

Infección de vías urinarias relacionada con sondas

- Insertar las sondas sólo en el caso de indicaciones apropiadas.

- Considerar las sondas de preservativos o la sonda permanente, como cateterización intermitente si es posible.
- Si hay una sonda colocada, recordar al médico cada 2 días que reconsidere si todavía se indica la sonda (p. ej., usar protocolos de recordatorio o instituya el protocolo de enfermería, lo que permite reevaluar y determinar si la sonda puede ser retirada).
- Asegurarse de lo siguiente:
  - Sujetar al muslo con un dispositivo de sujeción.
  - La bolsa de drenaje de la sonda vesical permanente está por debajo del nivel de la vejiga en todo momento.
  - La bolsa de drenaje se vacía cada 8 horas y cuando esté llena dos tercios o antes de cualquier traslado. Vaciar en un recipiente recolector separado y limpio para cada individuo.
- Consultar con un médico o enfermero el uso inapropiado o prolongado del catéter permanente en un paciente en particular.
- Una vez que se retira una sonda vesical, ofrezca al paciente un cómodo si no puede caminar con seguridad al baño.

Sitios de acceso invasivo

- Seguir el protocolo en el caso de sitios de acceso invasivo para su inserción y mantenimiento. Algunas intervenciones generales son (O'Grady y cols., 2011) las siguientes:
  - Evaluar diario el sitio de inserción del catéter por palpación a través del vendaje para apreciar la sensibilidad y por inspección si se usa un apósito transparente.
  - Retirar los catéteres venosos periféricos si el individuo desarrolla signos de flebitis (calor, sensibilidad, eritema o cordón venoso palpable), infección o un catéter que funciona mal.
  - Mantener la técnica aséptica para todos los dispositivos invasivos, sitios de cambio, apósitos, sondas y soluciones según el calendario de políticas.
  - Usar precauciones de barrera estériles máximas, incluyendo el uso de una gorra, tapabocas, bata estéril, guantes estériles y un paño estéril de cuerpo completo, para la inserción de catéter venoso central (CVC), catéter central de inserción periférica (CCIP) o intercambio del alambre guía.
  - Usar una solución de clorhexidina al 2% en lugar de jabón y agua para la limpieza diaria de la piel.

Infecciones de las vías respiratorias

Practique las medidas de protección

- Mantener la higiene respiratoria (con tapabocas, pañuelos desechables, productos para la higiene de las manos, lavamanos designados y receptáculos de desperdicio sin contacto).

- Evaluar los hábitos de higiene personal del individuo; corrija cualquier conducta que aumente el riesgo de infección.
- Si está indicado, usar salas de aislamiento de infecciones en el aire.
- Vigilar la temperatura al menos cada 8 h y reportar al médico si es mayor de 38.2 °C (100.8 °F).
- Evaluar las características del esputo en cuanto a frecuencia, purulencia, presencia de sangre y olor.
- Valorar los ruidos pulmonares cada 8 h o según se requiera.
- Cada hora, indicar a la persona que tosa y respire profundamente.
- Si la persona ha sido anestesiada, vigilar la eliminación apropiada de secreciones en los campos pulmonares.
- Determinar la necesidad de aspiración si la persona no puede eliminar las secreciones de manera adecuada.
- Valorar un posible riesgo de aspiración, manteniendo la cabecera de la cama elevada 30° a menos que esté contraindicado.
- Garantizar un manejo óptimo del dolor para mejorar la eficacia al toser.

Intervenciones pediátricas

- Vigilar en busca de signos de infección (p. ej., letargo, dificultades para la alimentación, vómitos, inestabilidad térmica, cambios sutiles de coloración).

Neonatos

- Proporcionar cuidados del cordón umbilical. Enseñar el procedimiento y los signos de infección (p. ej., enrojecimiento, drenaje purulento).
- Enseñar los signos de infección de la zona circuncidada (p. ej., hemorragia, enrojecimiento o tumefacción inusual).

Intervenciones geriátricas

- Explicar que tal vez no estén presentes los signos habituales de infección (p. ej., fiebre, escalofríos).
- Valorar la presencia de anorexia, debilidad, alteración del estado mental o hipotermia.
- Vigilar la piel y el aparato urinario en busca de signos de hongos, virus o micobacterias patógenos.

RIESGO DE TRANSMISIÓN DE INFECCIONES [18]

Definición

Vulnerable a la transferencia de un agente oportunista o patógeno a otros.

Factores de riesgo

Presencia de factores de riesgo (véase factores relacionados)

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con:

Colonización por un organismo muy resistente a los antibióticos

Exposición a la transmisión por vía aérea (estornudos, tos, expectoración)

Exposición a la transmisión por contacto (directo, indirecto, por gotitas)

Exposición a la transmisión por vehículos (alimentos, agua, fármacos o sangre contaminados, sitios contaminados [IV, sonda])

Exposición a la transmisión por vectores (animales, roedores, insectos)

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con exposición a una herida contaminada

Relacionados con dispositivos con un drenaje contaminado:
Sondas urinarias, torácicas y endotraqueales
Equipo de succión

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con:

Condiciones de vida antihigiénicas (aguas residuales, higiene personal)

Regiones consideradas de alto riesgo de enfermedades transmitidas por vectores (paludismo, rabia, peste bubónica)

Regiones consideradas de alto riesgo de enfermedades transmitidas por vehículos (hepatitis A, *Shigella*, *Salmonella*)

Exposición a fuentes de infección como:

- Uso de drogas intravenosas/intranasales/intradérmicas (compartir agujas, u otros objetos utilizados en el consumo de drogas)
- Juguetes sexuales contaminados
- Múltiples parejas sexuales

Desastre natural (p. ej., inundación, huracán)

Desastre con material infeccioso peligroso

De maduración

Neonato

Relacionados con nacimiento fuera del entorno hospitalario en un ambiente no controlado

Relacionados con la exposición durante el período prenatal o perinatal a enfermedad transmisible a través de la madre

NOC

Estado relativo de la infección, control de riesgos, detección de riesgos.

Objetivos

La persona describirá el modo de transmisión de la enfermedad en el momento del alta, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Relata la necesidad de estar aislada hasta que no resulte infecciosa (p. ej., tuberculosis).
- Relata los factores que contribuyen a la transmisión de la infección.
- Relata los métodos para reducir o para prevenir la transmisión de infecciones.
- Demuestra el lavado meticuloso de manos.

NIC

Enseñanza: proceso de la enfermedad, control de infecciones, protección contra infecciones.

Intervenciones

Iniciar precauciones específicas para el agente sospechoso; seguir la prevención de infecciones según la institución o el centro para el control de enfermedades en caso de

- Meningitis: gotas, precauciones en el aire.
- Erupción maculopapular con tos, fiebre.
- Rubéola: precauciones en el aire.
- Absceso *Clostridium difficile*, esporas de mano a boca o contaminación fecal.
- SARM: contacto, precauciones de gotas.
- Tos/fiebre/infiltrado pulmonar en personas infectadas por el VIH o en personas con alto riesgo de infección por el VIH.
- Tuberculosis: aerotransportada/por contacto (respiradores).

Reducir la transferencia de patógenos

- Aislar a las personas con infecciones transmisibles por vía aérea (Tabla I.4).
- Asegurar la asignación apropiada de habitaciones dependiendo del tipo de infección y de las prácticas higiénicas de la persona infectada.

Tabla I.4 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR VÍA AÉREA

Enfermedad	Aplicar precauciones aéreas durante	Comentarios
Carbunco (ántrax), inhalación	Duración de la enfermedad	Informe de inmediato a la oficina de control de infecciones
Varicela (varicela)	Hasta que todas las lesiones cicatricen	Las personas inmunes no necesitan usar una mascarilla. Las personas susceptibles expuestas deberían estar en una habitación individual especial con flujo entrante de aire con una SEÑAL de STOP que sirva de alerta desde 10 días después de la exposición inicial hasta 21 días después de la última exposición Informar a epidemiología
Difteria, faríngea	Hasta que dos cultivos de nariz y garganta tomados al menos 24 horas después de suspender la terapia antimicrobiana son negativos para *Corynebacterium diphtheriae*	Informar cuanto antes a epidemiología
Epiglotis, por *Haemophilus influenzae*	Durante 24 h después del cese de la terapia antimicrobiana	Informar a epidemiología
Eritema infeccioso	Durante 7 días después del inicio	Informar a epidemiología
Fiebres hemorrágicas	Duración de la enfermedad	Informar inmediatamente al departamento de epidemiología. Se puede llamar a los servicios de epidemiología de las comunidades autónomas y de la administración central para obtener información sobre cómo tratar un caso sospechoso
Herpes zóster diseminado (virus de la varicela zóster)	Duración de la enfermedad	Localizado; No requiere la SEÑAL DE STOP
Fiebre de Lassa	Duración de la enfermedad	Llamar inmediatamente al departamento de epidemiología

Enfermedad del virus de Marburgo		Para obtener información sobre cómo tratar un caso sospechoso debe acudirse a los servicios de epidemiología de las comunidades autónomas y de la administración central
Sarampión (rubéola)	Hasta 4 días después del comienzo del exantema, excepto en personas inmunodeficientes, en las que las precauciones deben mantenerse durante toda la enfermedad	Las personas inmunes no necesitan usar una mascarilla. Las personas susceptibles expuestas deberían estar en una habitación privada especial con flujo de aire con una SEÑAL DE STOP que sirva de alerta a partir del 5.º día tras la exposición inicial hasta 21 días después de la última exposición
Meningitis, *Haemophilus influenzae* conocido o sospechado	Durante 24 h después del inicio de la terapia antibiótica efectiva	Llamar a epidemiología para informar
Confirmación o sospecha de *Neisseria meningitidis* (meningococos)	Hasta 24 h después del comienzo de la antibioticoterapia eficaz	Informar cuanto antes a epidemiología
Neumonía meningocócica	Hasta 24 h después del comienzo de la antibioticoterapia eficaz	Informar cuanto antes a epidemiología
Meningococemia	Hasta 24 h después del comienzo de la anti-bioticoterapia eficaz	Consultar con epidemiología
Microorganismos multirresistentes	Hasta que los cultivos sean negativos o según lo determine epidemiología	Consultar con epidemiología
Paperas (parotiditis infecciosa)	Hasta 9 días después del inicio de la tumefacción	Las personas con antecedentes de paperas no necesitan usar una mascarilla. Llamar al departamento de epidemiología para informar
Pertusis (tos ferina)	Hasta 7 días después del comienzo del tratamiento eficaz	Llamar a epidemiología para informar
Peste neumónica	Hasta 3 días después del comienzo del tratamiento eficaz	Informar cuanto antes a epidemiología
Neumonía, *Haemophilus* en	Hasta 24 h después del comienzo	Llamar a epidemiología

lactantes y niños de cualquier edad	del tratamiento eficaz	
Neumonía, meningocócica	Hasta 24 h después del comienzo de la anti-bioticoterapia eficaz	Informar cuanto antes a epidemiología
Rubéola (sarampión)	Hasta 7 días después del inicio del exantema	Las personas inmunes no necesitan usar una mascarilla. Informar cuanto antes a epidemiología
Confirmación o sospecha de tuberculosis, bronquial, laríngea, pulmonar	Los enfermos no se consideran infecciosos si cumplen estos criterios: Tratamiento adecuado durante 2 a 3 semanas Respuesta clínica favorable al tratamiento Tres frotis de esputo negativos consecu tivos (de esputo obtenido en distintos días)	Llamar a epidemiología para informar; el uso rápido de fármacos antituberculosos eficaces es el mejor modo de limitar la transmisión

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov

- Aplicar precauciones universales para prevenir la transmisión a uno mismo o a otro huésped susceptible. Véase el Protocolo de Control de Infecciones para la institución o el de los CDC (2012).

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado y discutir el modo de transmisión de la infección con el enfermo, la familia y los allegados

RIESGO DE LESIÓN

Riesgo de lesión

Riesgo de aspiración

Riesgo de caídas

Riesgo de intoxicación

Riesgo de asfixia

Riesgo de lesión térmica

Riesgo de traumatismo

Riesgo de lesión postural perioperatoria

Riesgo de lesión en el tracto urinario

Definición de la NANDA-1*

Vulnerable a una lesión física debido a la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Presencia de factores de riesgo (véase factores relacionados).

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con alteración del funcionamiento cerebral secundaria a hipoxia

Relacionados con síncope

Relacionados con vértigo o mareo

Relacionados con trastorno de la movilidad secundario a:

Un accidente cerebrovascular	Parkinsonismo
Artritis	Extremidad(es) artificial(es)

Relacionados con trastorno de la visión

Relacionados con deterioro auditivo

Relacionados con fatiga

Relacionados con hipotensión ortostática

Relacionados con trastornos vestibulares

Relacionados con falta de conciencia de los peligros ambientales secundaria a:
Confusión
Entorno poco familiar

Relacionados con movimientos tónico-clónicos secundarios a convulsiones:

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con el reposo en cama prolongado

Relacionados con efectos de (especificar) o el sensorio

Ejemplos:

Sedantes	Antiespasmódicos	Vasodilatadores
Fenotiazina	Diuréticos	Psicotrópicos
Hipoglucemiantes	Antihipertensivos	

Antihistamínicos Analgésicos Relajantes musculares

Relacionados con escayolas/muletas, bastones, andadores

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con la disminución o pérdida de la memoria a corto plazo

Relacionados con trastornos del juicio secundarios a:

Estrés
Abuso de drogas
Abuso de alcohol
Deshidratación
Depresión

Relacionados con peligros domésticos (especificar):

Pasillos inseguros
Suelos resbaladizos
Cuartos de baño (bañera, inodoro)
Escaleras
Iluminación inadecuada
Venenos almacenados incorrectamente
Juguetes peligrosos
Cableado eléctrico inseguro
Alfombras

Relacionados con peligros en los vehículos:

No utilizar el cinturón de seguridad o las sillitas para niños

Vehículo con problemas mecánicos

Relacionados con riesgo de incendio

Relacionados con entorno poco familiar (hospital, residencia para ancianos)

Relacionados con el calzado inadecuado

Relacionados con descuido del cuidador

Relacionados con uso incorrecto de dispositivos auxiliares (muletas, bastón, andador, sillas de ruedas)

Relacionados con antecedentes de accidentes

Relacionados con la marcha inestable

De maduración

Lactante/niño

Relacionados con falta de conciencia de los peligros

Adulto anciano

Relacionados con trastornos del juicio, déficits cognitivos secundarios

Relacionados con modo de vida sedentario y pérdida de la fuerza muscular

Nota de la autora

Este diagnóstico tiene seis subcategorías: *Riesgo de aspiración, Riesgo de intoxicación, Riesgo de asfixia, Riesgo de lesión térmica, Riesgo de traumatismo* y *Riesgo de lesión en el tracto urinario.*

Las intervenciones para prevenir la intoxicación, la asfixia, las caídas y los traumatismos se presentan bajo la categoría general de *Riesgo de lesión.* Si la enfermera elige aislar las intervenciones sólo para la prevención de la intoxicación, asfixia o traumatismo, serán útiles los diagnósticos *Riesgo de intoxicación, Riesgo de asfixia, Riesgo de caídas, Riesgo de trauma-tismo* o *Riesgo de lesión en el tracto urinario.*

Las intervenciones enfermeras relacionadas con *Riesgo de lesión* se concentran en evitar que la persona sufra lesiones y en enseñarle precauciones para reducir el riesgo de lesión. Cuando la enfermera enseña a una persona o a su familia medidas de seguridad para prevenir las lesiones pero no se cuenta con protección en el sitio (comunidad, consultas externas, o planificación para el alta), tal vez sea más apropiado el diagnóstico *Riesgo de lesión relacionado con conocimientos insuficientes de las precauciones de seguridad.*

NOC

Control de riesgos, entorno doméstico seguro, caídas, conducta de prevención de caídas.

Objetivos

La persona notificará ausencia o disminución de las lesiones, evidenciadas por los siguientes indicadores:

- Identifica los factores que incrementan el riesgo de lesión.
- Comunica la intención de usar medidas de seguridad para prevenir las lesiones (p. ej., retirar o fijar las alfombras).
- Relata la intención de poner en práctica las medidas de prevención seleccionadas (p. ej., usar gafas de sol para reducir el deslumbramiento).
- Aumentar la actividad diaria, si es posible.

NIC

Prevención de caídas, manejo del entorno: seguridad, educación para la salud, vigilancia: seguridad, identificación de riesgos.

Intervenciones

Véanse factores relacionados.

Reducir o eliminar los factores causales o contribuyentes, si es posible

Entorno poco familiar

- Orientar a cada persona respecto al entorno al ingreso; explicar el sistema de llamada y determinar su capacidad para usarlo. Usar una luz de noche.
- Supervisar de cerca a la persona durante las primeras noches para valorar su seguridad.
- Alentar a la persona a pedir ayuda durante la noche.
- Explicar cuáles son los efectos secundarios de algunos medicamentos (p. ej., mareo, fatiga).
- Mantener la cama en el nivel más bajo por la noche.
- Considerar el uso de un monitor con detección de movimiento (alarma en la cama o personal), si es necesario.

Deterioro de la visión

- Proporcionar iluminación segura y enseñar a la persona a:
  - Asegurar la iluminación adecuada en todas las habitaciones, con luz tenue por la noche.
  - Tener un interruptor a su alcance, cerca de la cama.
  - Contar con una iluminación tenue de fondo.
- Enseñar cómo reducir el deslumbramiento de la siguiente manera:
  - Evitar superficies reflectoras (p. ej., cristal, suelos muy pulidos).
  - Usar una luz difusa más que directa; usar pantallas que oscurezcan la habitación.
  - Girar la cabeza al encender una luz brillante.
  - Usar gafas de sol, sombrero o sombrilla para reducir el deslumbramiento en el exterior.
  - Evitar mirar directamente la luz brillante (p. ej., faros).

Disminución de la sensibilidad táctil

- Enseñar medidas preventivas:
  - Controlar la temperatura del agua del baño y de las almohadillas eléctricas antes de usarlas.
  - Utilizar termómetros para el agua del baño.
  - Valorar a diario las extremidades en busca de lesiones inadvertidas.
  - Mantener los pies calientes y secos y la piel suave con un bálsamo emoliente (a base de lanolina o aceite mineral). (Nota: usar calcetines con suela antideslizante después de ponerse el bálsamo, para evitar resbalones/caídas.)

Hipotensión ortostática

- Véanse más intervenciones en *Riesgo de lesión relacionada con vértigo secundario a hipotensión ortostática*.

Disminución de la fuerza/flexibilidad

- Realizar a diario ejercicios de fortalecimiento (*Schoenfelder, 2000). El sitio en internet de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades describe un programa de ejercicios iniciales seguro para adultos mayores con calentamiento y enfriamiento (CDC, 2015):
  - Sentadillas.
  - Flexiones de pared.
  - Soportes de punta.
  - Caminar sobre los dedos.
- Realizar ejercicios de fortalecimiento para el tobillo todos los días (Schoenfelder, 2000). El siguiente es un ejemplo de los soportes de punta (CDC, 2015).
  - Enseñar a:
    - Colocarse de pie frente a un mostrador o una silla resistente, con los pies separados a la altura de los hombros. Utilizar la silla o el mostrador para el equilibrio.
    - Contar cuatro, empujar lentamente hacia arriba hasta donde pueda, sobre los metatarsos y mantener presionados durante dos o cuatro segundos (p. ej., un segundo equivale a contar, 1 Mississippi, 2 Mississippi, 3 Mississippi, y así sucesivamente).
    - A continuación, a la cuenta de cuatro, bajar lentamente los talones de nuevo al piso.
  - Repetir de 5 a 10 veces para una serie. Descansar de 1 a 2 minutos. Luego completar una segunda serie de 5 a 10 repeticiones. Aumentar las repeticiones a medida que aumenta la fuerza.
- Caminar al menos 2 o 3 veces por semana.
  - Realizar ejercicios para los tobillos como calentamiento antes de la caminata.
  - Comenzar andando 10 min, si es necesario acompañado de alguien.
  - Aumentar el tiempo y la velocidad según las capacidades.
- Si tiene problemas cognitivos, véase *Confusión crónica*.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

Enseñar sobre la seguridad con equipo potencialmente peligroso (American Academy of Orthopedic Surgeon, 2012)

- Enseñar a leer instrucciones con detenimiento antes de usar un nuevo aparato o pieza del aparato.
- Enseñar a los niños a mantenerse alejados de todas las podadoras de césped en funcionamiento.
- No se debe permitir que los niños jueguen en o cerca de donde se usa una podadora de césped.

- Nunca permitir que un niño u otro pasajero se suba a una podadora de césped, incluso con los padres. Los doctores comúnmente describen a los niños con lesiones graves en los pies por montar en la parte posterior de una podadora de césped con un padre o abuelo.
- Los niños deben tener por lo menos 12 años de edad antes de empujar una podadora de césped y tener 16 años para operarla.
- Retirar piedras, juguetes y otros objetos del césped antes de comenzar a podarlo.
- Desconectar y apagar cualquier aparato que no esté en operación antes de examinarlo (p. ej., podadora de césped, sopladora de nieve, batidora eléctrica).
- La mayoría de las lesiones ocurre cuando se intenta limpiar el sinfín/colector o el conducto de descarga con las manos.
- No quitar los dispositivos de seguridad, las protecciones ni los protectores de los interruptores y mantener las manos y los pies alejados de las partes móviles.
- Agregar combustible antes de encender el motor, no cuando esté en funcionamiento o caliente.
- Usar una manija o palo de escoba –no sus manos o pies– para remover escombros en podadoras de césped o sopladoras de nieve.
- No dejar una podadora de césped o una sopladora de nieve sin atender cuando esté en funcionamiento. Si requiere alejarse de la máquina, recuerde apagar el motor.

Intervenciones pediátricas

- Enseñar a los padres a esperar cambios frecuentes en las habilidades de los lactantes y niños, y a tomar precauciones (p. ej., un lactante que de improviso gira sobre sí mismo por primera vez podría estar desatendido en el cambiador).
- Discutir con los padres la necesidad de vigilar constantemente a los niños pequeños.
- Explicar que los andadores son peligrosos y, además, el *uso de un andador por lo regular retrasa el desarrollo motor y el desarrollo cognitivo*. Permite al niño caminar más rápido lo cual puede hacer que se rueden por las escaleras y alcancen más alto (p. ej., derramar el café caliente, agarre los mangos de las ollas sobre la estufa, tocar radiadores, chimeneas o calefactores, American Academy of Pediatrics, 2015).
- Enseñar a los padres a esperar que los niños los imiten y a los niños lo que pueden hacer con o sin supervisión (p. ej., cinturón de seguridad, casco, conducción segura).
- Explicar determinadas reglas y esperar su cumplimiento (dependiendo de la edad) con respecto a:
  - Calles.
  - Equipo de la zona de juegos.
  - Agua (p. ej., piscinas, bañeras).

- Bicicletas.
- Fuego.
- Animales.
- Desconocidos.
- Para un excelente recurso para padres y familias, véase al sitio en internet de Children's Hospitals and Clinics of Minnesota "Making Safe Simple" (2014).

- Remitir al departamento de bomberos de la localidad para obtener ayuda en la realización de simulacros de incendio en el hogar.
- Alentar a los padres para que aprendan técnicas básicas de salvamento (p. ej., maniobra de Heimlich, reanimación cardiopulmonar).
- Enseñar a los niños a llamar al número de urgencias.

Intervenciones geriátricas

- Antecedentes médicos recientes de pérdida potencial de volumen (vómito, diarrea, restricción de líquidos, fiebre).
- Antecedentes médicos de insuficiencia cardíaca congestiva, malignidad, diabetes, alcoholismo.
- Evidencia de antecedentes neurológicos y examen del parkinsonismo, ataxia, neuropatía periférica o disautonomía (p. ej., respuesta pupilar anormal, antecedentes de constipación o disfunción eréctil).
- Trastornos cardiovasculares (hipertensión sistólica, insuficiencia cardíaca, infarto cerebral, anemia, disritmias).
- Desequilibrios líquidos o electrolíticos.
- Diabetes.
- Ciertos medicamentos (diuréticos, antihipertensivos, α-bloqueantes, β-bloqueantes anticolinérgicos, bituratos, vasodilatadores, anti-depresivos, fármacos antipsicóticos: olanzapina, risperidona).
- Antihipertensivos, nitratos, inhibidores de la monoaminooxidasa, fenotiazina, narcóticos, sedantes, relajantes musculares, vasodilatadores, anticonvulsivos (Perlmuter, 2013).
- Uso de alcohol.
- Edad de 75 años o más.
- Tiempo prolongado en cama.
- Simpatectomía quirúrgica.
- Maniobra de Valsalva durante la micción o eliminación.

- Artritis (espuelas en las vértebras cervicales).

Valorar la hipotensión ortostática

- Tome la presión braquial bilateral con la persona en posición de decúbito supino.
- Si las presiones braquiales son diferentes, usar el brazo con la lectura más alta y tomar la presión arterial inmediatamente después de que la persona se levante rápido. Reportar las diferencias al médico.
- Pedir a la persona que describa las sensaciones (p. ej., aturdimiento, mareo).
- Valorar la piel y los signos vitales.

Enseñar técnicas para reducir la hipotensión ortostática

- Cambiar de posiciones muy lentamente, en especial por la mañana cuando la tolerancia ortostática es más baja.
- Pasar del decúbito a la posición de pie en varias etapas:
  - Sentarse en la cama.
  - Bajar primero una pierna, luego la otra, sobre el lado de la cama.
  - Esperar unos minutos antes de continuar con cada paso.
  - Levantarse gradualmente de una posición sentada a una posición de pie.
  - Colocar una silla, andador, bastón u otro dispositivo de ayuda cerca a fin de usarlo para tener estabilidad al levantarse de la cama.
- Dormir con la cabeza de la cama elevada de 10 a 20°.
- Durante el día, descansar en un asiento reclinable y no en la cama.
- Evitar el reposo prolongado en la cama.
- Evitar permanecer de pie durante mucho tiempo.
- Evitar inclinarse para recoger algo del suelo; utilizar un dispositivo de ayuda disponible en un departamento de ortopedia o en una tienda de autoayuda.
- Evitar tensarse, toser y caminar cuando hace calor; estas actividades reducen el retorno venoso y empeoran la hipotensión ortostática.
- Mantener la hidratación y evitar el sobrecalentamiento. Beber agua antes de la exposición al calor.
- Referir a un proveedor de prescripción para una discusión sobre la posible eficacia de las medias a la cintura.
- Valorar la presencia de hipotensión ortostática. Comparar la presión arterial braquial (p. ej., en decúbito supino, de pie).
- Discutir con la persona la fisiología de la hipotensión ortostática.

- Enseñar técnicas para reducir la hipotensión ortostática.
  - Cambiar de posición lentamente.
  - Del decúbito a la posición de pie en varias etapas.
  - Durante el día, descansar en un asiento reclinable y no en la cama.
  - Evitar permanecer de pie durante mucho tiempo.
- Enseñar a evitar la deshidratación y la vasodilatación (p. ej., bañeras).
- Enseñar ejercicios para aumentar la fuerza y la flexibilidad. Véanse intervenciones anteriores en esta sección.

Riesgo de aspiración

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a que penetren en el árbol traqueobronquial secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

Fisiopatológicos

Relacionados con disminución del nivel de conciencia secundaria a:

Demencia presenil	Consumo de alcohol o drogas
Traumatismo craneal	Coma
Accidente cerebrovascular	Convulsiones
Enfermedad de Parkinson	Anestesia

Relacionados con la depresión de los reflejos tusígeno/nauseoso faríngeo

Relacionados con el aumento de la presión intragástrica secundario a:

Posición de litotomía	Obesidad
Ascitis	Aumento de tamaño del útero

Relacionados con el deterioro de la deglución o la disminución de los reflejos laríngeo y glótico secundarios a:

Acalasia	
Accidente cerebrovascular	Estados debilitantes
Miastenia grave	Esclerosis múltiple

Catatonia
Distrofia muscular
Estenosis esofágicas
Esclerodermia
Enfermedad de Parkinson
Síndrome de Guillain-Barré

Relacionados con fístula traqueoesofágica

Relacionados con deterioro de los reflejos protectores secundario a:

Cirugía o traumatismo facial/bucal/cervical*

Paraplejía o hemiplejía

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con depresión de los reflejos laríngeo y glótico secundarios a:

Traqueostomía/sonda endotraqueal*
Sedación
Alimentación por sonda

Relacionados con deterioro de la capacidad de toser secundario a:

Cerclaje mandibular*

Decúbito prono impuesto

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con capacidad escasa o nula de elevar la parte superior del cuerpo

Relacionados con comer en estado de ebriedad

De maduración

Prematuro

Relacionados con deterioro de los reflejos de succión/deglución

Neonato

Relacionados con disminución del tono muscular del esfínter esofágico inferior

Adulto anciano

Relacionados con deterioro de la dentición

Nota de la autora

Riesgo de aspiración es un diagnóstico de utilidad clínica para personas con alto riesgo de aspiración por disminución del nivel de conciencia, déficits estructurales, dispositivos mecánicos y trastornos neurológicos y gastrointestinales. Las personas con dificultades para la deglución a menudo están en riesgo de aspiración; el diagnóstico enfermero *Deterioro de la deglución* debe usarse para describir a una persona con dificultad para deglutir que también

está en riesgo de aspiración. *Riesgo de aspiración* debe usarse para describir a personas que requieren intervenciones enfermeras para prevenir la aspiración, pero que no tienen un problema de deglución.

NOC

Control de la aspiración.

Objetivos

La persona no sufrirá aspiración, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica las medidas para prevenir la aspiración.
- Nombra los alimentos o líquidos con alto riesgo de causar aspiración.

El progenitor reducirá los riesgos de aspiración, evidenciados por los siguientes indicadores:

- Retira los objetos pequeños del alcance del niño.
- Inspecciona los juguetes en busca de los objetos pequeños que se desprendan.
- Disuade al niño de llevarse objetos a la boca.

NIC

Precauciones contra la aspiración, manejo de las vías respiratorias, postura, aspiración de las vías respiratorias.

Intervenciones

Evaluar los factores causales o contribuyentes

- Véanse factores relacionados.
- Consultar con un patólogo del habla-lenguaje.

Reducir el riesgo de aspiración en:

Personas con disminución de la fuerza, deterioro sensorial o trastornos autonómicos

- Mantener la cabecera de la cama elevada en un ángulo de 30 a 45°, a menos que esté contraindicado.
- Usar los sedantes con la mayor moderación posible.

Personas con sonda y alimentación gastrointestinal

- Confirmar que la colocación de la sonda se verificó por radiografía o aspiración de líquido verdoso (verificar la política del hospital o la institución acerca del método preferido).
- Observar el cambio en la longitud de la porción externa de la sonda de alimentación, según lo determinado por el movimiento de la parte marcada del tubo (American Association of Critical Care Nurses, 2011).

- Si hay alguna duda sobre la posición de la sonda, solicite una radiografía.
- Mantener la cabecera de la cama elevada en un ángulo de 30 a 45°, a menos que esté contraindicado.
- Aspirar el contenido residual antes de cada alimentación en el caso de las sondas gástricas.
- Medir los volúmenes residuales gástricos [VRG] (cada 4 horas en personas gravemente enfermas. Retorne la alimentación del tubo si el VRG es mayor que 150 ml.
- Regular la alimentación gástrica de manera intermitente, permitiendo períodos para vaciar el estómago entre los intervalos de alimentación. Vigilar la tolerancia a la alimentación enteral, observar la distensión abdominal y las quejas de dolor abdominal, así como el paso de gases y heces a intervalos de 4 horas (American Association of Critical Care Nurses, 2011).
- Evitar las comidas en bolo en aquellas personas con alto riesgo de aspiración.

Adulto mayor con dificultad para masticar y deglutir

- Véase *Deterioro de deglución*.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Instruir a la persona y su familia sobre las causas y la prevención de la aspiración.
- Mantener la higiene bucal para prevenir la neumonía relacionada con aspiración de bacterias bucales.
- Hacer que la familia demuestre la técnica de alimentación por sonda.
- Remitir a la familia a las enfermeras comunitarias para la ayuda a domicilio.
- Enseñar a la persona el peligro de comer cuando está bajo los efectos del alcohol.
- Enseñar la maniobra de Heimlich o de empuje abdominal para expulsar cuerpos extraños aspirados.

Riesgo de caídas

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico y que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Fisiopatológicos

Relacionados con alteración del funcionamiento cerebral secundaria a hipoxia

Relacionados con síncope, vértigo o mareo

Relacionados con trastorno de la movilidad secundario a accidente cerebrovascular, artritis y parkinsonismo

Relacionados con la pérdida de una extremidad

Relacionados con trastorno de la visión

Relacionados con deterioro auditivo

Relacionados con fatiga

Relacionados con hipotensión ortostática

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con falta de conocimientos de los peligros ambientales secundarios a la confusión

Relacionados con uso incorrecto de dispositivos auxiliares (muletas, bastón, andadores, sillas de ruedas)

Relacionados con dispositivos de anclaje (p. ej., IV, Foley, terapia de compresión, telemetría)

Relacionados con reposo en cama prolongado

Relacionados con los efectos secundarios de los fármacos

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con la historia de caídas

Relacionados con calzado inadecuado

Relacionados con marcha inestable

Adulto mayor

Relacionados con juicios inadecuados secundarios a déficits cognitivos

Relacionados con modo de vida sedentario y pérdida de la fuerza muscular

Relacionados con el miedo a caídas y la consiguiente falta de acondicionamiento fisiológico

Nota de la autora

Este diagnóstico enfermero puede usarse específicamente para una persona en riesgo de caídas. Si la persona corre el riesgo de sufrir diversos tipos de lesiones (p. ej., una persona con deterioro cognitivo), es más útil el diagnóstico más amplio de *Riesgo de lesión.*

NOC

Véase *Riesgo de lesión.*

Objetivos

La persona comunicará caídas controladas o ausencia de las mismas, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Notifica el propósito de usar medidas de seguridad para prevenir caídas.
- Demuestra las medidas de prevención seleccionadas.

NIC

Véase *Riesgo de lesión*.

Intervenciones

Involucrar a todo el personal del hospital en cada turno en el programa de prevención de caídas

- Siempre echar una mirada a la habitación de una persona de alto riesgo al pasar por ahí.
- Alertar a otros departamentos de personas de alto riesgo cuando estén fuera de la unidad para realizar pruebas o procedimientos.
- Hacer referencia a la prevención de caídas y los riesgos entrega y transferencia.
- Identificar factores de riesgo reversibles en todas las personas. Tener en cuenta el cambio de las condiciones individuales y un cambio en el estado del riesgo.
- Identificar en una sala de conferencias privada el número mensual de caídas de la unidad (p. ej., cartel).

Identificar el riesgo de caídas de la persona

- Identificar a las personas de alto riesgo e iniciar las normas y el protocolo de la institución para prevenir caídas.

Reducir o eliminar factores contribuyentes para las caídas

Relacionados con un entorno desconocido

- Orientación hacia su entorno (p. ej., ubicación del cuarto de baño, controles de la cama, llamada de timbre). Dejar una luz en el baño por la noche. Asegurarse de que el camino al baño esté despejado.
- Enseñarle a mantener la cama en la posición baja con los barandales laterales levantados por la noche.
- Garantizar que el teléfono, anteojos, cómodo y pertenencias personales de uso frecuente estén al alcance de la mano.
- Dar instrucciones de solicitar ayuda cuando sea necesario.
- En el caso de personas con dificultad para ir al baño:
  - Si existe urgencia, valorar si hay infección de vías urinarias.

- Proporcionar la oportunidad de usar el cuarto de baño/cómodo cada 2 horas mientras esté despierto, a la hora de acostarse y al despertar.

- Explorar con frecuencia el piso en caso de áreas húmedas y objetos en el piso.
- Implementar un protocolo de eliminación (p. ej., ir al baño cada hora para ofrecer asistencia en el baño).

Relacionado con los problemas de inestabilidad/equilibrio de la marcha

- Explicar que los problemas de la marcha y el equilibrio se deben a la subutilización y la falta de acondicionamiento, *no al envejecimiento*.
- Advertir a las personas que posiblemente no tengan la capacidad de prevenir una caída si se tropiezan.
- Procurar que se incluya un nivel de vitamina D y vitamina B_{12} en las siguientes pruebas de laboratorio. Explicar que el rango normal es de 30 a 100 nmol/L.
- Véase la Introducción para estrategias y ejercicios para mejorar la marcha y el equilibrio en thePoint en http://thePoint.lww.com/Carpenito6e
- Instruir a la persona para que use zapatos con suela antideslizante o calcetines con superficie no deslizante.

Relacionado con dispositivos de anclaje (IV, Foley, telemetría, dispositivos de compresión)

- Valorar si se pueden interrumpir los dispositivos de anclaje por la noche.
- ¿Puede la IV convertirse en un puerto salino?
- Si el paciente es competente, enseñarle cómo caminar de forma segura con los dispositivos al cuarto de baño o recomendarle que llame para recibir ayuda.

Relacionado con los efectos secundarios de los medicamentos

- Revisar la conciliación de los medicamentos de la persona que se llenó al ingreso.
  - Preguntar sobre el consumo de alcohol.
- Revisar con el farmacéutico/los médicos/enfermeras profesionales los medicamentos actuales y evalúe aquellos que pueden contribuir a los mareos, y si deben interrumpirse, reducir la dosis o reemplazarlos por una alternativa (Kaufman y Kaplan, 2015; *Riefkohl, Bieber, Burlingame y Lowenthal, 2003).
  - Antidepresivos (p. ej., ISRS).
  - Antipsicóticos.
  - Benzodiacepinas.
  - Antihistamínicos (p. ej., difenhidramina, hidroxizina).
  - Anticonvulsivos.

- Fármacos antiinflamatorios no esteroideos.
- Relajantes musculares.
- Analgésicos narcóticos.
- Antiarrítmicos (tipo 1A).
- Digoxina.

Si una persona cae o informa de una caída

- Solicitar ayuda de inmediato y continuar atendiendo a la persona.
- Implementar lo siguiente:
  - No mover a la persona inicialmente.
  - Si la persona se golpea la cabeza o si no se sabe, inmovilizar la columna cervical.
  - Evaluar si presentó pérdida de conciencia, se queja de dolor, o la persona está confundida.
  - Tomar los signos vitales basales, glucosa en sangre.
  - Determinar la escala de coma de Glasgow de referencia.
  - Evaluar el riesgo de un sangrado intracraneal (anticoagulantes, trombocitopenia, coagulopatía).
  - Evaluar si hay laceraciones, fracturas, contusiones y disminución de la ROM.

SBAR

Situación (***S**ituation*): Preguntar a los testigos y personas qué sucedió. ¿A qué hora? ¿Ubicación? ¿Quién fue testigo?

Antecedentes (***B**ackground*): ¿Puntaje de riesgo anterior? ¿Antecedentes de caídas?

Evaluación (***A**ssessment*): Evaluar lo siguiente:

Barandales laterales arriba/abajo	Alertas de riesgo de caídas presentes (pancartas, banda de muñeca)	
Posición de la cama	Luz de llamada accesible	Cuidador/niñera presente
Calzado antiderrapante	Uso de dispositivos auxiliares	Visitantes presentes
Presencia de desorden	Alarma de la cama encendida	Presencia de IV, Foley
Proporción de personal		

Recomendación (***R**ecomendation*): Comunicar los factores identificados que causaron o contribuyeron a la caída.

- Limpiar y vendar las heridas.
- Implementar revisiones neuroquímicas 2 horas durante 24 horas.
- Mantenerse en contacto con el médico/enfermera correspondiente para hablar sobre los hallazgos y las implicaciones.

- Participar en un grupo posterior a caídas en menos de 1 hora de la caída. Involucrar a todo el personal. Evitar culpar durante las discusiones. Véase el protocolo de la institución para las pautas de la documentación de los grupos posterior a caídas.

Riesgo de intoxicación

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una exposición o ingestión accidental de drogas o productos peligrosos en dosis suficientes para comprometer la salud.

Factores de riesgo

Presencia de factores de riesgo (véase Factores de riesgo en *Riesgo de lesión*)

Riesgo de asfixia

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a la falta de aire disponible para inhalación que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Presencia de factores de riesgo (véase Factores de riesgo en *Riesgo de lesión*).

Riesgo de lesión térmica

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a un daño en la piel y las membranas mucosas debido a temperaturas extremas que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo*

Deterioro cognitivo (p. ej., demencia, psicosis)

Nivel de desarrollo (lactantes, ancianos)

Exposición a temperaturas extremas

Fatiga

Supervisión inadecuada

Falta de atención

Intoxicación (alcohol, droga)

Falta de conocimientos (enfermo, cuidador)

Falta de ropa protectora (p. ej., ropa de cama ignífuga, guantes, protección para los oídos)

Deterioro neuromuscular (p. ej., accidente cerebrovascular, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple)

Neuropatía

Tabaquismo

Efectos secundarios de un tratamiento (p. ej., fármacos)

Ambiente inseguro

Nota de la autora

Riesgo de lesión térmica es un nuevo diagnóstico de la NANDA-I que se concentra exclusivamente en las lesiones térmicas. Los factores de riesgo enumerados son los que se relacionan con la mayoría de los tipos de lesiones. Tal vez sea más útil usar *Riesgo de lesión,* para cubrir todos los tipos de lesiones, incluidas las térmicas. Las personas en riesgo de lesión térmica también están en riesgo de una multitud de lesiones. *Riesgo de lesión térmica* podría usarse en un estándar de cuidados para poner en relieve los peligros del entorno como combustibles, fuegos artificiales, calefactores, fogatas.

Objetivos

Véase *Riesgo de lesión* relacionado con falta de conciencia de los peligros ambientales.

Intervenciones

Véase *Riesgo de lesión* relacionado con falta de conciencia de los peligros ambientales.

Riesgo de traumatismo

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una lesión tisular accidental (p. ej., herida, quemadura, fractura) que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Presencia de factores de riesgo (véase factores de riesgo en *Riesgo de lesión*).

Riesgo de lesión postural perioperatoria

Definición de la NANDA-1

Vulnerable a cambios anatómicos y físicos inadvertidos como consecuencia de la postura o equipo usado durante un procedimiento quirúrgico/invasivo que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

Presencia de factores de riesgo (véase factores relacionados).

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con mayor vulnerabilidad secundaria a (Webster, 2012):

Preexistencia de neuropatía generalizada. Anomalía estructural/anomalía congénita (p. ej., constricción de salida torácica o surco condilar, o estrechamiento del espacio articular)

Enfermedad crónica
Cáncer
Constitución corporal delgada
Radioterapia
Osteoporosis
Afección del sistema inmunitario
Disfunción renal, hepática
Infección

Relacionados con compromiso de la perfusión tisular secundario a:

Diabetes mellitus
Anemia
Ascitis
Enfermedad cardiovascular
Hipotermia
Deshidratación
Enfermedad vascular periférica
Antecedentes de trombosis
Edema*

Relacionados con vulnerabilidad del estoma durante la colocación en la posición deseada

Relacionados con contracturas o deterioro físico preexistentes secundarias a:

Artritis reumatoide

Poliomielitis

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con requerimientos de posición y pérdida de las respuestas sensitivas protectoras normales secundarios a anestesia

Relacionados con intervenciones quirúrgicas de 2 h o más

Relacionados con la vulnerabilidad de implantes o prótesis (p. ej., marcapasos) durante la colocación en la posición deseada

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con deterioro de la circulación secundaria a:

Obesidad*	Embarazo	Quirófano frío
Tabaquismo	Lactancia	Ancianidad

De maduración

Relacionados con aumento de la vulnerabilidad a las lesiones tisulares secundario a:

Nota de la autora

Este diagnóstico se concentra en identificar la vulnerabilidad a las lesiones tisulares, nerviosas y articulares que resultan de las posturas requeridas para la cirugía. La adición de *postura perioperatoria* a *Riesgo de lesión* añade la etiología a la denominación.

Si una persona no tiene factores de riesgo preexistentes que la hagan más vulnerable a sufrir lesiones, este diagnóstico podría usarse sin factores relacionados porque éstos son evidentes. Si se desea incluir factores relacionados, el enunciado podría ser *Riesgo de lesión postural perioperatoria relacionado con requerimiento de posición para cirugía y pérdida de las medidas sensitivas protectoras normales secundario a anestesia.*

Cuando una persona tiene factores de riesgo preexistentes, el enunciado debe incluirlos; por ejemplo, *Riesgo de lesión postural perioperatoria relacionado con compromiso de la irrigación tisular secundario a enfermedad arterial periférica.*

NOC

Estado circulatorio, estado neurológico, perfusión tisular: periférica.

Objetivos

La persona no sufrirá lesión neuromuscular relacionada con la posición quirúrgica,

evidenciado por los siguientes indicadores:

- Se usa acolchamiento para la intervención según está indicado.
- Se aseguran las extremidades si están en riesgo.
- Se flexionan las extremidades si está indicado.

NIC

Posición intraoperatoria, vigilancia, control de la presión.

Intervenciones

Determinar si la persona tiene factores de riesgo preexistentes (véase Factores de riesgo); comunicar las observaciones al equipo quirúrgico

Antes de colocar a la persona, se deben valorar y documentar:

- Capacidad de amplitud de movimiento.
- Anomalías físicas (piel, contracciones).
- Prótesis o implantes externos o internos.
- Estado neurovascular.
- Estado circulatorio.

Avisar de la presencia de cualquier factor preexistente y determinar si se le pondrá en la posición requerida antes o después de la anestesia

- Discutir con el cirujano la posición quirúrgica deseada.
- Pasar a la persona de la camilla de transporte a la mesa del quirófano.
  - Contar con un mínimo de dos personas que tengan las manos libres (p. ej., que no estén sosteniendo una bolsa IV).
  - Explicar la transferencia a la persona. Trabar las ruedas de la camilla y de la mesa de quirófano.
  - Pedir a la persona que se desplace con lentitud a la mesa del quirófano. Ayudarla durante el proceso. No tirar de ella ni arrastrarla.
  - Cuando la persona está en la mesa del quirófano, colocar un cinturón de seguridad unos centímetros por encima de las rodillas, con holgura de tres dedos.
  - Revisar que las piernas no estén cruzadas y que los pies estén ligeramente separados y no sobresalgan del borde de la mesa de quirófano.
  - No dejar a la persona desatendida.
- Siempre pedir permiso al anestesista para mover o recolocar a una persona anestesiada. Mueva a la persona despacio y con suavidad, cuidando de todos los tubos, drenajes, líneas y otros.

- Reducir la vulnerabilidad a las lesiones (tejidos blandos, articulaciones, nervios, vasos sanguíneos).
  - Alinear el cuello y la columna vertebral todo el tiempo.
  - Manipular con suavidad las articulaciones. No colocar en abducción de más de 90°.
  - No dejar que las extremidades sobresalgan de la mesa del quirófano. Recolocar con lentitud y suavidad.
  - Usar una sábana de tracción por encima de los codos para recoger los codos a los lados o colocar los brazos en abducción sobre un tablero acolchado.
- Proteger ojos y oídos de lesiones.
  - Usar acolchamiento o un apoyo especial para la cabeza a fin de proteger las orejas, nervios superficiales y vasos sanguíneos de la cara si la cabeza está ladeada.
  - Asegurarse de que la oreja no quede doblada al colocar la cabeza.
  - Si es necesario, proteger los ojos de abrasiones con parches o protectores.
- Dependiendo de la posición quirúrgica usada, proteger las zonas vulnerables, y documentar la posición y las medidas de protección aplicadas (Rothrock, 2003).
- Lentamente, cambiar de posición o devolver a la persona al decúbito supino después de determinadas posiciones quirúrgicas (p. ej., Trendelenburg, litotomía, Trendelenburg inverso, decúbito prono modificado, lateral).
  - Evaluar el estado de la piel al concluir la cirugía; documentar las observaciones; continuar evaluando y liberando la presión sobre las zonas vulnerables después de la operación.

Riesgo de lesión en el tracto urinario

Definición

Vulnerable a un daño en las estructuras del tracto urinario como consecuencia del uso de catéteres que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Condición que impida fijar un catéter (p. ej., quemaduras, traumatismo, amputación)

Uso del catéter urinario a largo plazo

Cateterización múltiple

Balón de retención inflado a ≥ 30 ml

Uso de catéter urinario de alto calibre

Nota de la autora

Este nuevo diagnóstico enfermero de la NANDA-I representa la prevención de traumatismos en la uretra durante el cateterismo y con el uso prolongado del catéter. Las estrategias preventivas para reducir o eliminar el traumatismo de uretra son parte de los protocolos para prevenir la infección. Las intervenciones primarias están evitando cateterizaciones innecesarias, reduciendo el tiempo y el manejo del catéter con el fin de prevenir traumatismos e infección. Por tanto, este diagnóstico se incorpora a *Riesgo de infección*.

Objetivos

Véase *Riesgo de infección*.

Intervenciones

Nota: estas intervenciones también se encuentran en *Riesgo de infección*.

Insertar catéteres sólo en indicaciones apropiadas

- Presencia de retención urinaria aguda u obstrucción de la salida de la vejiga.
- Necesidad de medidas precisas de la producción urinaria en personas gravemente enfermas.
- Uso perioperatorio para procedimientos quirúrgicos seleccionados:
  - Aquellos sometidos a cirugía urológica u otra cirugía en estructuras contiguas al tracto genitourinario.
  - Manejo de hematuria asociada a coágulos.
  - Manejo de pacientes con vejiga neurogénica.
  - Duración prolongada esperada de la cirugía.
  - Necesidad de vigilancia intraoperatoria de la producción urinaria.
  - Se espera que las personas reciban infusiones o diuréticos de gran volumen durante la cirugía.
  - Para ayudar en la curación de las heridas abiertas sacra o perineal en las personas incontinentes.
  - Terapia farmacológica intravesical (p. ej., cáncer de vejiga).
  - Inmovilización prolongada prescrita (p. ej., columna torácica o lumbar potencialmente inestable, lesiones traumáticas múltiples tales como fracturas pélvicas).
  - Mejorar la comodidad de los cuidados al final de la vida, de ser necesario.
- Considerar los catéteres de preservativos o alternativas al catéter permanente, como

cateterización intermitente, si es posible.

- Seguir un procedimiento con base en la evidencia para la inserción y manejo del catéter.
  - Utilizar un paquete de un solo uso de gel lubricante en el catéter, que es importante en la colocación de cualquier catéter, y se debe tener criterio clínico al decidir si se debe usar lubricante anestésico o lubricante simple.
  - Utilizar el catéter de calibre más pequeño posible.
  - Mantener el flujo de orina sin obstrucciones; evitar que se tuerzan los tubos.
  - Limpiar el área genital del paciente con un limpiador aséptico antes de la inserción del catéter. No limpiar el área periuretral con antisépticos para evitar CAUTI (infecciones urinarias asociadas al catéter) mientras el catéter está colocado. Higiene de rutina (p. ej., la limpieza de la superficie meatal durante el baño diario o la ducha) es apropiada.
- Sujetar el catéter al muslo.
- Mantener la bolsa de drenaje del catéter urinario permanente (IUC, por sus siglas en inglés) por debajo del nivel de la vejiga en todo momento.
- Vaciar la bolsa de drenaje cada 8 horas, cuando la bolsa esté a dos tercios o antes de todos los traslados del paciente. Vaciar con un recipiente recolector separado y limpio para cada persona.
- Consultar con un médico o enfermero el uso inapropiado o prolongado del catéter permanente en un paciente en particular.
  - Comodidad del personal de enfermería.
  - La persona tiene incontinencia.
  - Acceso para obtener orina para cultivo u otras pruebas de diagnóstico cuando la persona puede eliminar de manera voluntaria.
  - Para una duración posoperatoria prolongada sin indicaciones adecuadas (p. ej., reparación estructural de la uretra o estructuras contiguas, efecto prolongado de la anestesia epidural).
  - Si la IUC ha estado colocado durante más de 2 días, enviar un recordatorio diario al proveedor de atención médica para evaluar la necesidad continua del dispositivo.
  - Una vez que se retira una IUC, si la persona no elimina en un lapso de 4 a 6 horas, utilizar un escáner de vejiga para determinar el volumen de la orina. Si el volumen es superior a 500 ml colocar y retirar el catéter en el paciente; evitar reemplazar una IUC.
  - Una vez que se retira una IUC, ofrecer a la persona un cómodo de cabecera si no puede caminar con seguridad al baño.

---

[13]Esta definición ha sido añadida por la autora para claridad y conveniencia.

[14]Este diagnóstico no está en la NANDA-I, pero se ha añadido para mayor claridad y conveniencia.

[15]Estas cuatro características definitorias no definen la salud de la comunidad, sino que son factores relacionados que contribuyen a la *salud deficiente de la comunidad*.

[16]Esta definición ha sido añadida por Lynda Juall Carpenito para mayor claridad y utilidad.

[17]Esta definición ha sido añadida por Lynda Juall Carpenito, la autora, para mayor claridad y utilidad.

[18]Este diagnóstico no está actualmente en la NANDA, pero se ha incluido para claridad o utilidad.

DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD ADAPTATIVA INTRACRANEAL

Definición de la NANDA-I*

Compromiso de los mecanismos dinámicos 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

Mayores (deben estar presentes)*

Repetidos aumentos de la PIC > 10 mm Hg durante más de 5 min después de diferentes estímulos externos.

Menores (pueden estar presentes)

Aumentos desproporcionados de la PIC después de un estímulo Onda de la PIC P2 elevada*

Variación en la prueba de respuesta volumen/presión (relación volumen/presión 2, índice volumen/presión ≥ 10 mm Hg)*

Onda de la PIC de gran amplitud*

Nota de la autora

Este diagnóstico representa aumento de la presión intracraneal. Se trata de un problema de colaboración porque requiere de dos disciplinas para el tratamiento: enfermería y medicina. Además, requiere monitorización invasiva para el diagnóstico. El problema de colaboración *Riesgo de complicaciones de aumento de la presión intracraneal* representa esta situación clínica. Véanse las intervenciones en la Sección 3, Problemas de colaboración.

ICTERICIA NEONATAL

Ictericia neonatal

Riesgo de ictericia neonatal

Véase *Riesgo de complicaciones de hiperbilirrubinemia* en la Sección 3, Problemas de

colaboración.

Definición de la NANDA-I*

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 de más de 2 mg/dl: trastorno hereditario; bilirrubina sérica total en el intervalo de alto riesgo en el nomograma específico para la edad en horas)

Equimosis cutáneas anormales

Piel amarilla-anaranjada

Escleróticas amarillas

Factores relacionados*

Pérdida de peso anómala (> 7 a 8% en el neonato con lactancia materna; 15% en el lactante a término)

Patrón de alimentación no bien establecido

El lactante experimenta dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina

Neonato de 1 a 7 días de edad

Retraso en la expulsión de heces (meconio)

Nota de la autora

Este diagnóstico de la NANDA-I es un problema de colaboración que requiere una prueba de laboratorio para el diagnóstico y el tratamiento médico y enfermero. Véase *Riesgo de complicaciones de hiperbilirrubinemia* en la Sección 3, Problemas de colaboración para neonatos con riesgo de experimentar hiperbilirrubinemia.

Riesgo de ictericia neonatal

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a coloración amarillo-anaranjada de la piel y de las membranas mucosas del

recién nacido que se produce después de 24 horas de vida como resultado de la presencia de bilirrubina no conjugada en la circulación, que puede poner en peligro la salud.

Factores de riesgo*

Pérdida de peso anómala (> 7 a 8% en el neonato con lactancia materna; 15% en el lactante a término)

Patrón de alimentación no bien establecido

El lactante experimenta dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina

Neonato de 1 a 7 días de edad

Prematuridad

Retraso en la expulsión de heces (meconio)

Nota de la autora

Véase Nota de la autora en *Ictericia neonatal*.

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias

Conductas exageradas*

Comportamientos inapropiados (p. ej., histeria, hostilidad, agitación, apatía)*

Verbalización de un problema

Seguimiento inexacto de las instrucciones*

Realización inadecuada de las pruebas*

Factores relacionados*

Alteración en el funcionamiento cognitivo

Falta de exposición

Interpretación errónea de la información

Interés insuficiente en el aprendizaje

Alteración de la memoria

Conocimiento insuficiente sobre los recursos

Nota de la autora

Conocimientos deficientes no constituye una respuesta humana ni una alteración o patrón de disfunción; se trata más bien de un factor etiológico o contribuyente (Jenny, 1987). La falta de conocimientos puede contribuir a una variedad de respuestas (p. ej., ansiedad, déficits de autocuidados). Todos los diagnósticos enfermeros conllevan enseñanza de la persona/familia como parte de las intervenciones enfermeras (p. ej., *Deterioro de la eliminación fecal, Deterioro de la comunicación verbal*). Cuando la enseñanza está relacionada directamente con un diagnóstico enfermero específico, ésta se incluye en el plan de cuidados. Cuando está indicado dar una enseñanza específica antes de una intervención, puede usarse el diagnóstico *Ansiedad relacionada con un entorno poco familiar o una intervención*. Si se da información para ayudar a una persona o familia con los autocuidados en casa, puede estar indicado el diagnóstico *Manejo ineficaz del régimen terapéutico*. Los nuevos diagnósticos enfermeros añadidos por esta autora en esta edición *Participación comprometida* y *Riesgo de participación comprometida* se centran específicamente en estrategias para aumentar la motivación y reducir las barreras a la participación en la mejora de los resultados de salud.

RESPUESTA ALÉRGICA AL LÁTEX

Respuesta alérgica al látex

Riesgo de respuesta alérgica al látex

Definición de la NANDA-I*

Reacción de hipersensibilidad a los productos de goma de látex natural.

Características definitorias

Prueba cutánea o sérica positiva al extracto de látex natural.

Después de la exposición a la proteína del látex:	Prurito
Dermatitis de contacto que avanza hasta	Edema (p. ej., facial,

producir síntomas generalizados	palpebral, lingual)
Rubor	Conjuntivitis alérgica
Enrojecimiento de la piel	Asma
Eczema	Rinitis
Sibilancias	Urticaria

Factores relacionados

Biofisiopatológicos

Relacionados con respuestas de hipersensibilidad al componente proteínico del látex natural

NOC

Control de la hipersensibilidad inmunitaria.

Objetivos

La persona informará ausencia de exposición al látex, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Describe los productos de látex natural.
- Describe estrategias para evitar la exposición.

NIC

Tratamiento de la alergia, precauciones con el látex, protección contra los riesgos ambientales.

Intervenciones

Valorar la presencia de factores causales y contribuyentes

Eliminar la exposición a productos de látex

Usar productos alternativos sin látex

- Bolsas desechables transparentes de color ámbar.
- Tetinas de silicona.
- Apósitos de gasa de 5 × 5 cm con esparadrapo de seda en lugar de vendajes adhesivos.
- Sondas de plástico o catéteres Silastic® transparente.

- Guantes de vinilo o neopreno.
- Gasa tipo Kling.

Para trabajadores sanitarios y otros que usan guantes regularmente (CDC, 2015)

- Evitar los guantes de látex hipoalergénicos.

Proteger de la exposición al látex

- Cubrir la piel con tela antes de aplicar el manguito del esfigmomanómetro.
- Evitar que los tubos de caucho del estetoscopio toquen a la persona.
- No inyectar a través de las partes de caucho (p. ej., llaves de tres vías en bloqueos con heparina); usar jeringa y llave de paso.
- Cambiar de agujas después de cada punción del tapón de caucho.
- Cubrir con esparadrapo las partes de caucho.

Enseñar qué productos suelen estar hechos de látex

Equipo médico

- Guantes de látex natural, con o sin talco, incluidos los que se comercializan como *hipoalergénicos*.
- Manguitos para la toma de la presión arterial.
- Estetoscopios.
- Torniquetes.
- Almohadillas de los electrodos.
- Vías aéreas, sondas endotraqueales.
- Émbolos de jeringas, jeringas de bulbo.
- Mascarillas para anestesia.
- Delantales de caucho.
- Catéteres y sondas, drenajes para heridas.
- Puertos de inyección.
- Tapones de ampollas multidosis.
- Esparadrapo.
- Bolsas de ostomía.
- Acolchados de sillas de ruedas.
- Calzones con elástico.
- Acolchados para muletas.

- Algunas jeringas precargadas.

Productos para la oficina y el hogar

- Gomas de lápiz.
- Bandas elásticas.
- Guantes de limpieza.
- Globos.
- Preservativos, diafragmas.
- Tetinas de biberón, chupetes.
- Pelotas y juguetes de goma.
- Mangos de raquetas.
- Manillares de bicicleta.
- Neumáticos.
- Bolsas de agua caliente.
- Alfombras.
- Suelas de los zapatos.
- Elásticos de ropa interior.
- Pegamento plástico.

Iniciar la educación para la salud, según esté indicado

- Explicar la importancia de evitar por completo el contacto directo con todos los productos de látex natural.
- Indicar que una persona con antecedentes de reacción cutánea leve al látex está en riesgo de anafilaxia.
- Explicar a la persona que tiene que llevar un brazalete de alerta médica que diga "Alergia al látex" y epinefrina autoinyectable.
- Indicar a la persona que advierta a todos los profesionales sanitarios que le visiten (p. ej., dentista, médico, cirujano) de su alergia.
- Refiera a los interesados a la publicación de los CDC, "Alergia al látex: Guía de prevención" en el sitio en internet de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- Consultar la página web de la American Latex Allergy Association donde encontrará una lista completa de productos que contienen látex.

Riesgo de respuesta alérgica al látex

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una reacción de hipersensibilidad a los productos de goma de látex natural que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Biofisiopatológicos

Relacionados con antecedentes de eczema atópico

Relacionados con antecedentes de rinitis alérgica

*Relacionados con antecedentes de asma**

Relacionados con el tratamiento

*Relacionados con múltiples procedimientos quirúrgicos, en especial si comienzan en la infancia**

Relacionados con sondaje urinario frecuente (p. ej., personas con espina bífida, lesión medular, vejiga neurogénica)

Relacionados con extracción frecuente de heces retenidas

Relacionados con intervenciones quirúrgicas frecuentes

Relacionados con enema de bario (antes de 1992)

Situacionales (personales, ambientales)

*Relacionados con antecedentes de alergias**

Relacionados con antecedentes de anafilaxia de etiología incierta, en especial durante cirugías pasadas, hospitalización, o visitas dentales (American Association of Nurse Anaesthetists, 2014):

Antecedentes de alergia al plátano, kiwi, aguacate, nueces, frutas tropicales (mango, papaya, maracuyá), plantas del género *Poinsettia,** tomate, patata cruda, melocotón

Antecedentes de alergia a los guantes, preservativos, etcétera.

Antecedentes de exposición mayor a productos de látex debido a procedimientos obstétricos, exámenes ginecológicos y contacto con anticonceptivos (American Association of Nurse Anaesthetists, 2014).

Exposición laboral frecuente a látex natural,* como:

Trabajadores de manufacturas a base de látex natural

Manipuladores de alimentos

Trabajadores de invernaderos

Trabajadores en el ámbito de la salud

Personas que realizan tareas domésticas

Esteticistas (American Association of Nurse Anaesthetist, 2014)

Nota de la autora

La exposición frecuente a partículas de látex suspendidas en el aire ha contribuido a las alergias al látex. Todas las personas sin tales alergias deben usar guantes de látex sin talco (DeJong, Patiwael, de Groot, Burdorf y Gerth van Wijk, 2011).

NOC

Control de la hipersensibilidad inmunitaria.

Objetivos

Véase *Respuesta alérgica al látex*.

NIC

Tratamiento de la alergia, precauciones para el látex, protección contra los riesgos ambientales.

Intervenciones

Véase *Respuesta alérgica al látex*.

ESTILO DE VIDA SEDENTARIO

Definición de la NANDA-I*

Informa acerca de hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

Características definitorias*

Elige una rutina diaria sin actividad física

Demuestra mala condición física

Verbaliza preferencia por actividades con poca actividad física

Factores relacionados*

Fisiopatológicos

Relacionados con baja resistencia física por obesidad[19]

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con conocimientos insuficientes de los beneficios de la actividad física para la salud

Relacionados con conocimientos insuficientes sobre rutinas de ejercicio[19]

Relacionados con recursos insuficientes (dinero, acceso a instalaciones)

Relacionados con percepción de falta de tiempo

Relacionados con falta de motivación

Relacionados con falta de interés

Relacionados con falta de entrenamiento para la realización de ejercicio físico

Nota de la autora

Éste es el primer diagnóstico enfermero propuesto por un enfermero de otro país y aceptado por la NANDA. Felicitaciones a J. Adolf Guirao-Goris de Valencia, España.

NOC

Conocimiento: conductas de salud, aptitud física.

Objetivos

La persona verbalizará el aumento de su actividad física o su intención de aumentarla, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Se fija un objetivo de ejercicio semanal.
- Identifica una actividad o un ejercicio que desea realizar.

NIC

Promoción del ejercicio, cinesiterapia.

Intervenciones

Discutir los beneficios del ejercicio

- Reduce la absorción calórica.
- Mejora la postura corporal.
- Incrementa la tasa metabólica.

- Preserva la masa muscular magra.
- Suprime el apetito.
- Mejora la autoestima.
- Reduce la depresión, la ansiedad y el estrés.
- Proporciona esparcimiento, recreación, diversión.
- Incrementa la captación de oxígeno.
- Eleva el gasto calórico.
- Mantiene la pérdida de peso.
- Aumenta el sueño reparador.
- Incrementa la resistencia a la degeneración relacionada con la edad.

Ayudar a la persona a identificar un programa de ejercicio realista; considerar:

- Limitaciones físicas (consultar a la enfermera o al médico).
- Preferencias personales.
- Estilo de vida.
- Recursos de la comunidad (p. ej., sitios seguros para hacer ejercicio).
- Las personas deben aprender a controlar su pulso antes, durante y después del ejercicio a fin de ayudar a alcanzar la frecuencia cardíaca objetivo y no exceder el valor máximo aconsejable para la edad.

Edad (años)	*Frecuencia cardíaca máxima (lpm)*	*Frecuencia cardíaca objetivo (lpm)*
30	190	133 a 162
40	180	126 a 153
50	170	119 a 145
60	160	112 a 136

- Un programa de ejercicio regular debe:
  - Ser placentero.
  - Quemar un mínimo de 400 calorías en cada sesión.
  - Mantener una frecuencia cardíaca de aproximadamente de 120 a 150 latidos por minuto.
  - Contraer y relajar de manera alterna y rítmica los músculos.
  - Estar integrado en el estilo de vida de la persona y realizarse de 4 a 5 días a la semana durante un mínimo de 30 a 60 minutos.

Discutir el inicio del programa de ejercicio

- Comenzar despacio y con ejercicios simples; obtener el permiso del médico.
- Leer, consultar a expertos, y hablar con amigos/compañeros que hacen ejercicio.
- Planificar un programa para andar a diario:
  - Comenzar en 5 a 10 manzanas hasta llegar a un total de 800 m/ día a 1 500 m/día; aumentar una manzana o 150 m/semana.
  - Aumentar de manera gradual la velocidad y la distancia que se camina; recordar avanzar con lentitud.
  - Evitar estresarse o presionarse y por tanto fatigarse en exceso.
  - Suspender el ejercicio de inmediato en caso de:
    - Sensación de debilidad, dolor precordial.
    - Mareo, desvanecimiento.
    - Disnea intensa.
    - Pérdida del control muscular.
    - Náuseas.
- Si el pulso es de 120 lpm a los 4 min de haber suspendido el ejercicio o de 100 lpm a los 10 min, o si ocurre disnea a los 10 min, reducir la velocidad o la distancia recorrida durante una semana hasta el punto previo al de aparición de los signos y luego comenzar a aumentar una manzana o 150 m cada semana.
- Caminar al mismo paso; controlar el tiempo con un cronómetro o que otra persona lo controle; después de llegar a las 10 manzanas (1.5 km), tratar de aumentar la velocidad.
- Recuérdese, aumentar sólo la velocidad o la distancia cada vez.
- Establecer una hora fija para el ejercicio, con el objetivo de hacerlo de 3 a 5 veces a la semana durante 15 a 45 min y con una frecuencia cardíaca del 80% en la prueba de esfuerzo o aproximado (170 lpm entre 20 y 29 años de edad). Reducir 10 lpm por cada década adicional de edad (p. ej., 160 lpm entre 30 y 39 años; 150 lpm entre 40 y 49 años).
- Alentar a las personas allegadas a participar en el programa de caminatas.
- Agregar alguna actividad complementaria (p. ej., aparcar el coche lejos, trabajar en el jardín, subir por las escaleras, dedicar los fines de semana a actividades que requieran caminar).
- Hacer hasta 1 h de ejercicio al día por lo menos cuatro días a la semana.
- Evitar períodos de más de dos días entre las sesiones de ejercicio.

Ayudar a la persona a aumentar el interés y la motivación

- Elaborar un contrato en el que se detallen objetivos realistas a corto y largo plazos.
- Llevar el registro de los ingresos/actividad.
- Incrementar los conocimientos leyendo y hablando con amigos y compañeros conscientes de la salud.
- Hacer amistad con personas conscientes de la salud.
- Pedir a un amigo que siga el programa o que le apoye.
- Tomar conciencia de las justificaciones (p. ej., la falta de tiempo puede ser más bien falta de prioridad).
- Hacer una lista de resultados positivos.

RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA

Véase también *Riesgo de complicaciones de disfunción hepática* en Problemas de colaboración en la Sección 3.

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una disminución en el funcionamiento del hígado, que puede poner en peligro la salud.

Factores de riesgo*

Fármacos hepatotóxicos (p. ej., paracetamol, estatinas) Coinfección por el VIH Abuso de sustancias (p. ej., alcohol, cocaína)

Infección viral (p. ej., hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C, virus de Epstein-Barr)

Nota de la autora

Este diagnóstico representa una situación que requiere una intervención en colaboración con el médico. La autora recomienda usar en cambio el problema de colaboración *Riesgo de complicaciones de disfunción hepática*. Véanse las intervenciones en http://thePoint.lww.com/CarpenitoHB14e. Los estudiantes deben consultar con sus profesores para orientación sobre el uso del *Riesgo de insuficiencia hepática* o *Riesgo de complicaciones de la disfunción hepática*.

RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA DÍADA

MATERNO/FETAL

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una alteración de la díada simbiótica materno/fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo que puede comprometer la salud del feto.

Factores de riesgo*

Complicaciones del embarazo (p. ej., rotura prematura de las membranas, placenta previa, atención prenatal tardía, embarazo múltiple)

Trastorno del transporte de oxígeno (p. ej., anemia, cardiopatía, asma, hipertensión, convulsiones, trabajo de parto prematuro, hemorragia)

Trastorno del metabolismo de la glucosa (p. ej., diabetes, consumo de esteroides)

Abusos físicos

Adicciones (p. ej., tabaco, alcohol, drogas)

Efectos secundarios de tratamientos (p. ej., fármacos, cirugía, quimioterapia)

Nota de la autora

Este diagnóstico enfermero de la NANDA-I representa numerosos factores o situaciones que pueden afectar a una embarazada, al feto o a ambos. La principal responsabilidad de la enfermera es vigilar el estado de la madre, el feto y el embarazo y colaborar con el médico en la vigilancia (p. ej., monitorización fetal, Doppler, pruebas de laboratorio) y el tratamiento.

Véase la Sección 3 *Condiciones obstétricas/ginecológicas* para intervenciones respecto a este problema de colaboración genérico. También son aplicables problemas de colaboración más específicos como los siguientes:

- *Riesgo de complicaciones del trabajo de parto prematuro*
- *Riesgo de complicaciones del estado fetal preocupante*
- *Riesgo de complicaciones de hemorragia prenatal*
- *Riesgo de hipertensión relacionada con el embarazo*
- *Riesgo de complicaciones de hemorragia posparto*

Por ejemplo, si una embarazada consume cocaína, sería válido el problema de colaboración *Riesgo de complicaciones de disfunción reproductiva secundario al consumo de cocaína* porque esta droga causa trabajo de parto prematuro y

complicaciones fetales. En otra situación, como en el caso de placenta previa, sería válido *Riesgo de complicaciones de hemorragia prenatal*

DETERIORO DE LA MEMORIA

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias*

Mayores (deben estar presentes, una o más)

Informes de experiencias de olvido

Incapacidad de recordar si se ejecutó una conducta

Incapacidad de aprender o retener nuevas habilidades o información

Incapacidad de ejecutar una habilidad aprendida antes

Incapacidad de recordar información factual

Incapacidad de recordar acontecimientos

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con trastornos neurológicos secundarios a:*

Enfermedad cerebral degenerativa	Lesión cerebral
Lesión	Accidente cerebrovascular

Relacionados con reducción de la cantidad y la calidad de la información procesada secundaria a:

Déficits visuales	Hábitos de aprendizaje
Déficits auditivos	Habilidades intelectuales
Mala condición física	Nivel escolar
Fatiga	

Relacionados con deficiencias nutricionales (p. ej., vitaminas C y B_{12}, folato, niacina,

tiamina)

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con el efecto de los fármacos (especificar) en la capacidad de la memoria

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con satisfacción de las expectativas personales

Relacionados con concentración y preocupación excesivas por uno mismo secundarias a:

Duelo	Depresión
Ansiedad	

Relacionados con consumo de alcohol

Relacionados con falta de motivación

Relacionados con falta de estimulación

Relacionados con dificultad para concentrarse secundaria a:

Estrés	Falta de estimulación intelectual
Dolor	Trastornos del sueño
Distracciones	

Nota de la autora

Este diagnóstico es útil cuando se puede ayudar a la persona a funcionar mejor mejorando su memoria. Si la memoria de la persona no puede mejorarse debido a degeneración cerebral, este diagnóstico no es apropiado. En este caso, la enfermera debe valorar los efectos del deterioro de la memoria en el funcionamiento, tales como *Déficits de autocuidados* o *Riesgo de lesión*. El objetivo de las intervenciones para estos diagnósticos enfermeros sería mejorar el autocuidado o la protección, no mejorar la memoria.

NOC

Orientación cognitiva, memoria.

Objetivos

La persona informará de una mayor satisfacción con la memoria, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica tres técnicas para mejorar la memoria.
- Relata los factores que afectan a la memoria.

NIC

Orientación en la realidad, adiestramiento de la memoria, gestión del entorno.

Intervenciones

Discutir las creencias de la persona acerca de los déficits de la memoria

- Corregir la información errónea.
- Explicar que las expectativas negativas pueden causar déficits de la memoria.

Valorar la presencia de factores que pueden afectar negativamente la memoria (p. ej., fisiopatológicos, escolaridad, factores estresantes)

Si la persona tiene dificultad para concentrarse, explicar los efectos favorables de la relajación y la imagen guiada

Enseñar a la persona dos o tres de los siguientes métodos para mejorar la capacidad memorística (Maier-Lorentz, 2000; Miller, 2015)

- Escribir las cosas (p. ej., usar listas, calendarios, cuadernos).
- Usar recordatorios auditivos (p. ej., alarmas, despertador) junto con recordatorios escritos.
- Usar recordatorios ambientales (p. ej., cambiar algo de lugar, y volver a colocarlo en su sitio habitual una vez que ha servido a su propósito de hacer recordar algo).
- Tener sitios específicos para objetos específicos; mantener los objetos en el sitio asignado (p. ej., colgar las llaves en un gancho junto a la puerta).
- Repetir en voz alta o poner por escrito las cosas que se desea recordar.
- Usar la autoinstrucción: decir las cosas en voz alta (p. ej., "Pongo las llaves en el mostrador para recordar apagar la estufa antes de irme").
- Usar la primera o las primeras letras de las palabras por recordar y hacer asociaciones (p. ej., para recordar comprar pepinillos, zanahorias, rábanos, manzanas, huevos y bolsas de té, armar una palabra como *pezaramahuete*).
- Recorrer el alfabeto mientras se concentra en lo que se trata de recordar (p. ej., para recordar el nombre de alguien, comenzar con nombres que comiencen con "A" y continuar con nombres que comiencen con cada letra del alfabeto hasta que venga a la memoria el nombre correcto).

Cuando se intenta aprender o recordar algo

- Minimizar las distracciones.
- No apresurarse.
- Mantener alguna forma de organización de las tareas rutinarias.
- Llevar una agenda o calendario o usar recordatorios escritos.

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

Deterioro de la movilidad física

Deterioro de la movilidad en la cama

Deterioro de la posición sedente

Deterioro de la posición bípeda

Deterioro de la ambulación

Deterioro de la movilidad en silla de ruedas Deterioro de la habilidad para la traslación

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias

(Levin, Krainovitch, Bahrenburg, & Mitchell, 1989)

Deterioro de la capacidad de moverse a voluntad en el entorno (p. ej., movilidad en la cama, traslado, ambulación)

Limitaciones de la amplitud de movimiento

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con disminución de la fuerza y la resistencia musculares* secundarias a:*

Deterioro neuromuscular

Alteraciones autoinmunitarias (p. ej., esclerosis múltiple, artritis)

Enfermedades del sistema nervioso (p. ej., Parkinson, miastenia grave)

Afecciones respiratorias (p. ej., enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC])

Distrofia muscular

Aumento de la presión intracraneal

Déficits sensitivos

Deterioro musculoesquelético

Fracturas

Enfermedades del tejido conjuntivo (lupus eritematoso sistémico)

Cáncer

Cardiopatías

Aumento de la presión intracraneal

Parálisis parcial (lesión de la médula espinal, accidente cerebrovascular)

Déficits sensitivos

Deterioro musculoesquelético

Tumor del sistema nervioso central (SNC)

Traumatismo

Relacionados con rigidez o contracturas articulares* secundarias a:*

Enfermedad articular inflamatoria

Enfermedad articular degenerativa

Tras una prótesis o una intervención quirúrgica de la columna

Enfermedad discal degenerativa

Relacionados con edema

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con el equipo (p. ej., ventiladores, terapia enteral, diálisis, nutrición parenteral total)

Relacionados con dispositivos externos (escayolas o férulas, aparatos ortopédicos)

Relacionados con falta de fuerza o resistencia para la ambulación con (especificar):

Prótesis

Caminador

Muletas

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con:

Fatiga

Estado de ánimo deprimido*

Baja motivación

Dolor*

Desacondicionamiento*

Obesidad

Disnea

Deterioro cognitivo*

De maduración

Niños

Relacionados con la marcha anormal secundaria a:

Deficiencias esqueléticas congénitas

Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes

Displasia congénita de cadera

Osteomielitis

Adulto mayor

Relacionados con reducción de la agilidad motora

*Relacionados con disminución de la masa y la fuerza musculares**

Nota de la autora

El *Deterioro de movilidad física* describe a una persona con la pérdida de acondicionamiento de la inmovilidad que resulta de una condición médica o quirúrgica. La bibliografía está llena de los efectos de inmovilidad en la función del sistema corporal. Los programas de movilidad progresiva temprana o el protocolo de actividad de movilidad progresiva (PMAP, por sus siglas en inglés) están diseñados para prevenir estas complicaciones. Estos programas son apropiados para personas en UCI, otras unidades de hospital y centros de cuidado de enfermería especializada.

Estos programas requieren la atención de enfermería continua. Se han identificado varias barreras potenciales para mantener el PMAP como falta de educación de movilidad, problemas de seguridad y falta de colaboración interdisciplinaria (King, 2012). Gillis, MacDonald y MacIssac (2008) informaron que las limitaciones de tiempo debido al aumento de agudeza y problemas de personal han reducido la prioridad y el tiempo disponible para la movilidad básica.

Los niveles de agudeza en las unidades deben hacer referencia a la carga de trabajo relacionada con el PMAP y factorizar esto en el número de personal disponible. Varios estudios han demostrado la rentabilidad del PMAP con disminución de estancias en la UCI, menor uso del ventilador y disminución de las estancias hospitalarias. Además, las complicaciones de la inmovilidad, por ejemplo, redujeron los episodios de trombosis venosa profunda, neumonía relacionada al ventilador y delirio.

Las intervenciones de enfermería para el *Deterioro de movilidad física* se centran en la movilización temprana, fortalecimiento muscular y función restauradora, y prevenir el deterioro. El *Deterioro de la movilidad física* describe a una persona con un uso limitado de uno o ambos brazos o piernas o con fuerza muscular limitada.

El *Deterioro de movilidad física* es uno de los grupos de diagnósticos en el *Síndrome de riesgo de desuso*. La limitación del movimiento físico también puede ser la etiología de otros diagnósticos enfermeros, como *Déficit de autocuidados* y *Riesgo de lesión*. Las intervenciones enfermeras para *Deterioro de la movilidad física* se concentran en fortalecer y restaurar el funcionamiento y prevenir el deterioro. Si la persona puede realizar ejercicio pero no lo hace, véase *Estilo de vida sedentario*. Si la persona no tiene limitaciones de movimiento pero le falta condición física y tiene baja resistencia, véase *Intolerancia a la actividad*.

NOC

Ambulación, movimiento articular, movilidad, conducta de prevención de caídas.

Objetivos

La persona informará de un aumento de la fuerza y la resistencia de las piernas, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Demuestra el uso de dispositivos adaptativos para incrementar la movilidad.
- Aplica medidas de seguridad para minimizar el potencial de lesión.
- Demuestra medidas para incrementar la movilidad.
- Evalúa el dolor y la calidad del tratamiento.

NIC

Protocolo de movilidad progresiva:[20] movilidad articular: adiestramiento de la fuerza; cinesiterapia: postura, educación: actividad/ejercicio prescritos, prevención de caídas.

Intervenciones

Valorar los obstáculos para la movilización temprana en el entorno del cuidado de la salud. Véase Tabla I.1

TABLA I.1 BARRERAS Y FACILITADORES DE LA ACTIVIDAD DE MOVILIDAD PROGRESIVA (Winkelman & Peereboom, 2010)

FACILITADORES

- La presencia de un protocolo en la institución que orienta las decisiones sobre la preparación para el aumento de la actividad
- Escala de Coma de Glasgow superior a 10
- Camas que proporcionaban una postura de silla
- Orden de quien prescribe
- Consejero experto (enfermera, fisioterapeuta)

BARRERAS

- Ausencia de los facilitadores anteriores
- La percepción de la enfermera sobre la incapacidad de la persona para aumentar su actividad
- Fisioterapeuta no consultado

Consultar con el fisioterapeuta para la valoración y diseño de un plan de movilidad

Promover la movilidad y el movimiento óptimos en todos los entornos del cuidado de la salud con personas

estables, independientemente de la habilidad para caminar

Iniciar un programa de movilidad en la cama dentro en las primeras horas del ingreso si está estable (Vollman, 2012)

- Mantener la HOB 30º, incluyendo a las personas con ventilador, a menos que esté contraindicado.
- Iniciar un horario de turnos en las primeras horas después del ingreso, si está estable.
- Evaluar la tolerancia al cambio de posición de 5 a 10 min después del cambio de aposición.
- Primero girar lentamente hacia la derecha.

Iniciar un protocolo de actividad de movilidad progresiva (PMAP) para personas en todos los entornos conforme aumenta la estabilidad médica (p. ej., unidad de cuidados intermedios, unidades médicas y quirúrgicas, centros de enfermería especializada)

Explicar a la persona y la familia por qué el personal mueve con frecuencia a la persona

Iniciar el protocolo de movilidad progresiva temprana. Consultar con los proveedores de fisioterapia y de prescripción (American Association of Critical Care Nurses [AACN], 2012, American Hospital Association, 2014, Timmerman, 2007, Zomorodi, Topley y McAnaw, 2012)

Paso 1: Examen de valoración (American Association of Critical Care Nurses [AACN], 2012)

- M: Estabilidad **m**iocárdica.
  - No hay evidencia de isquemia miocárdica activa durante 24 horas.
  - No hay disritmia que requiera un nuevo agente antidisrítmico durante 24 horas.
- O: **O**xigenación adecuada en:
  - $FiO_2 < 0.6$.
  - PEEP < 10 cmH_2O.
- V: **V**asopresor(es) mínimo.
  - No hay aumento de vasopresores durante 2 horas.
- E: **E**mplea la adaptación a la voz.
  - Las personas responden a la estimulación verbal.
- Reevaluar en 24 horas.

Antes de iniciar el Paso 2, Nivel 1

- Evaluar la necesidad de analgésicos ante el riesgo de aumento de la sedación antes de la actividad.
- Avanzar cada paso de 30 a 60 minutos de duración según la tolerancia de la persona.
- Repetir cada paso hasta que la persona demuestre tolerancia hemodinámica y física a la actividad/posición durante 60 minutos, luego avance al siguiente paso en el siguiente

período de actividad.

Paso 2: Movilidad progresiva

- Nivel 1
  - Elevar la cabecera de la cama (HOB) ≥ 30º tres veces al día (tid); avance a 45º más las piernas en posición dependiente (posición parcial de la silla).
  - Valorar la amplitud de movimiento tid.
  - Gire cada 2 horas.
  - Amplitud de movimientos pasivos tid con RN, PCT, PT, OT o la familia.
  - Girar cada 2 horas.
  - Resistencia activa a PT.
  - Sentar en la orilla de la cama.
  - Posición sentada de silla completa durante 20 min tid.
- Nivel 2
  - ROM pasivo tid.
  - Girar cada 2 horas.
  - Resistencia activa a PT
  - Posición sentada durante 20 min tid.
  - Sentar en la orilla de la cama.
  - Transferencia activa a una silla 20 min/día.
- Nivel 3
  - Girar por la persona misma o asistida cada 2 horas.
  - Amplitud de movimientos pasivos tid.
  - Girar cada 2 horas con RN, PCT, PT, OT o la familia.
  - Resistencia activa con PT.
  - Elevar la HOB a 65º más las piernas en posición totalmente dependiente (posición de silla completa).
  - Considere bajar el ángulo de la HOB si el abdomen de la persona es grande.
  - Posición sentada durante 20 min tid.
  - Sentar en la orilla de la cama cada 2 h.
  - Transferencia activa a una silla de 20 a 60 min/día.

- Deambulación (marchar en su lugar, caminar en los pasillos) (el paciente debe cumplir con todos los criterios).

- Nivel 4
  - Amplitud de movimientos pasivos tid.
  - Gire cada 2 horas.
  - Resistencia activa a PT.
  - Posición sentada durante 20 min tid.
  - Sentar en la orilla de la cama/estar de pie junto a la cama con RN, PT, OT.
  - Transferencia activa a la silla de 20 a 60 min/día (hora de la comida) tres veces al día.
  - Deambulación (marcha en el lugar, caminar en los pasillos).
  - Alentar a AAROM/AROM tres veces al día con RN, PCT, PT, OT o familia.

Valorar signos y síntomas clínicos que indiquen la terminación de una sesión de movilización (Adler y Malone, 2012)

Ritmo cardíaco

- > 70% de la frecuencia cardíaca máxima pronosticada por la edad.
- > 20% de disminución de la frecuencia cardíaca en reposo.
- < 40 latidos/min; > 130 latidos/minuto.
- Nueva disritmia de inicio.
- Nuevo medicamento antiarrítmico.
- Nuevo infarto de miocardio por ECG o enzimas cardíacas.

Oxímetro de pulso/saturación de oxígeno periférico (SpO_2)

- Disminución > 4 por ciento.
  < 88 a 90 por ciento.

Presión arterial

- Presión arterial sistólica > 180 mm Hg.
- Disminución > 20% de la PA sistólica/diastólica; hipotensión ortostática.
- Presión arterial media < 65 mm Hg; > 110 mm Hg.
- Presencia de medicamento vasopresor; nuevo vasopresor o dosis ascendente de medicamento vasopresor.

Alerta/agitación y síntomas del paciente

- Sedación o coma del paciente: Escala Richmond de agitación por sedación, ≤ –3.

- Agitación del paciente que requiere la adición o aumento escalonado del sedante: Escala Richmond de agitación por sedación, > 2.
- Quejas de disnea intolerable durante el esfuerzo.

Promover la motivación y la adherencia (*Addams y Clough, 1998; Halstead y Stoten, 2010)

- Explicar los efectos de la inmovilidad.
- Explicar el propósito de los ejercicios de movilidad progresiva, pasivos y activos del rango de amplitud.
- Establecer los objetivos a corto plazo.
- Asegurarse de que los ejercicios iniciales sean fáciles y requieran una fuerza y coordinación mínimas.
- Progresar sólo si el paciente tiene éxito en el presente ejercicio.
- Proporcionar instrucciones escritas para los ejercicios prescritos después de demostrar y observar la demostración de retorno.
- Documentar y hablar sobre la mejora específica de (p. ej., puede levantar la pierna 5 cm más arriba).
- Evaluar el nivel de motivación y depresión. Derivar con un especialista según sea necesario.

Aumentar la movilidad de las extremidades y determinar el tipo de ROM adecuado para la persona (pasivo, activos con ayuda, activos, activos con resistencia)

- Para ejercicios de amplitud de movimientos pasivos:
  - Empezar con los ejercicios lentamente, con sólo algunos movimientos al principio.
  - Sujetar la extremidad debajo de la articulación con una mano.
  - Mover la articulación de manera lenta y suave hasta sentir el estiramiento.
  - Mover la articulación hasta el punto de resistencia. Detenerse si la persona se queja de incomodidad u observa una mueca facial.
  - Hacer el ejercicio 10 veces y mantener la posición durante unos segundos.
  - Hacer todos los ejercicios en un lado y luego repetirlos en el lado opuesto, si está indicado.
  - De ser posible, enseñar a la persona o al cuidador cómo hacer ejercicios de amplitud de movimientos pasivos.
  - Véanse los ejercicios de amplitud de movimientos con fotos en el caso de instrucciones específicas y fotos de amplitud de movimientos pasivos.
- Realizar ejercicios de amplitud de movimientos activos con ayuda (frecuencia determinada por el estado de la persona):

- De ser posible, enseñar a la persona/familia a realizar ejercicios de amplitud de movimientos activos en las extremidades no afectadas al menos cuatro veces al día.
- Realizar ejercicios de amplitud de movimientos pasivos con las extremidades afectadas. Realizarlos con lentitud para dar tiempo a que los músculos se relajen, y apoyar la extremidad por encima y por debajo de la articulación para prevenir la tensión en las articulaciones y tejidos.
- Para los ejercicios de amplitud de movimientos, el decúbito supino es la posición más eficaz. La persona que realiza ejercicios de amplitud de movimientos sola puede colocarse en decúbito supino o sentada.
- Efectuar ejercicios de amplitud de movimientos a diario con baño en cama tres veces al día si existen áreas problemáticas específicas. Tratar de incluirlos en las actividades de la vida diaria.

- Apoyar la extremidad con almohadas para prevenir o reducir la tumefacción.
- Dar medicación para el dolor según se requiera, en especial antes de la actividad.
- Aplicar calor o frío para reducir el dolor, la tumefacción y el hematoma según las instrucciones.
- Alentar a la persona a realizar pautas de ejercicios para articulaciones específicas según la prescripción médica, enfermera o del fisioterapeuta (p. ej., isométricos, con resistencia).

Posición alineada para evitar complicaciones

- Usar un tablero para los pies.
- Evitar períodos prolongados de estar sentado o acostado en la misma posición.
- Cambiar posición de las articulaciones del hombro cada 2 a 4 horas.
- Usar una almohada pequeña o ninguna cuando esté en la posición de Fowler.
- Apoyar la mano y la muñeca en alineación natural.
- Si la persona está en decúbito supino o prono, colocar una toalla enrollada o una almohada pequeña bajo la curvatura lumbar o bajo el extremo de la caja torácica.
- Colocar un rollo trocantéreo a lo largo de las caderas y la parte superior de las piernas.
- Si la persona está en la posición lateral, colocar una o más almohadas para apoyar la pierna desde la ingle hasta el pie, y usar una almohada para flexionar ligeramente el hombro y el codo. Si es necesario, apoyar la parte inferior del pie en flexión dorsal con una toalla enrollada o una bota especial.
- En el caso de las extremidades superiores:
  - Colocar los brazos en abducción respecto al cuerpo con almohadas.
  - Los codos en flexión ligera.

- Las muñecas en posición neutra, con los dedos un poco flexionados y el pulgar en abducción y ligera flexión.
- La posición de las articulaciones del hombro se cambia en el transcurso del día (p. ej., aducción, abducción, amplitud de movimientos circulares).

Deterioro de la movilidad en la cama

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias*

Deterioro de la capacidad de volverse de un lado a otro

Deterioro de la capacidad de cambiar del decúbito supino a la posición sedente, y de nuevo al decúbito supino

Deterioro de la capacidad de cambiar de posición por sí solo en la cama Deterioro de la capacidad de cambiar del decúbito supino al prono o a la inversa

Deterioro de la capacidad de cambiar del decúbito supino a la posición recostada, o a la inversa

Factores relacionados

Véase *Deterioro de la movilidad física*.

Nota de la autora

Deterioro de la movilidad en la cama puede ser un diagnóstico de utilidad clínica cuando una persona es candidata a la rehabilitación para mejorar la fuerza, la amplitud de movimientos y la movilidad. La enfermera puede consultar con un fisioterapeuta para formular un plan específico. Este diagnóstico es inapropiado para una persona inconsciente o con una enfermedad en fase terminal.

NOC

Movimiento articular en la ambulación, movilidad, conducta de prevención de caídas.

Objetivos

Véase *Deterioro de la movilidad física*.

NIC

Cinesiterapia: movilidad articular, promoción del ejercicio: entrenamiento de la fuerza, cinesiterapia: ambulación, colocación, educación: actividad/ejercicio prescritos, cuidado de la prótesis.

Intervenciones

Véase *Deterioro de la movilidad física*.

Deterioro de la posición sedente

Definición

Limitación de la capacidad para alcanzar o mantener de forma independiente y objetiva una posición de reposo apoyada en las nalgas y los muslos, en la cual el torso está en posición vertical.

Características definitorias

Deterioro de la capacidad para ajustar la posición de una o ambas extremidades inferiores sobre una superficie irregular

Deterioro de la capacidad para alcanzar una posición equilibrada del torso

Deterioro de la capacidad para flexionar o mover ambas caderas

Deterioro de la capacidad para flexionar o mover ambas rodillas

Deterioro de la capacidad para mantener el torso en posición equilibrada

Deterioro de la capacidad de estrés del torso con el peso corporal

Fuerza muscular insuficiente

Factores relacionados

Deterioro del funcionamiento cognitivo

Deterioro del funcionamiento metabólico

Insuficiencia de resistencia

Insuficiencia de energía

Desnutrición

Trastorno neurológico

Cirugía ortopédica

Dolor

Postura prescrita

Trastorno psicológico

Sarcopenia

Postura de alivio autoimpuesta

Nota de la autora

El *Deterioro de la posición sedente* (un diagnóstico de enfermería recién aceptado por la NANDA-I) puede ser un diagnóstico clínicamente útil cuando una persona es candidata a rehabilitación para mejorar la fuerza, la amplitud de movimiento y el equilibrio. El *Deterioro de la movilidad física* se refiere al deterioro de la posición sedente. Este diagnóstico más específico puede ser clínicamente útil con especialistas en rehabilitación como enfermeras y fisioterapeutas. Las intervenciones más especializadas están fuera del alcance de este libro. La enfermera puede consultar con un fisioterapeuta un plan específico.

Conceptos clave

Véase *Deterioro de la movilidad física*.

Enfoque en los criterios de evaluación

Véase *Deterioro de la movilidad física*.

Deterioro de la posición bípeda

Definición

Limitación de la capacidad para lograr y mantener de forma independiente y objetiva el cuerpo en posición vertical de pies a cabeza.

Características definitorias

Deterioro de la capacidad de ajustar la posición de una o ambas extremidades inferiores sobre una superficie irregular

Deterioro de la capacidad de alcanzar una posición de equilibrio del torso

Deterioro de la capacidad para extender una o ambas caderas

Deterioro de la capacidad para estirar una o ambas rodillas

Deterioro de la capacidad para flexionar una o ambas caderas

Deterioro de la capacidad para flexionar una o ambas rodillas

Deterioro de la capacidad de mantener el torso en posición de equilibrio

Deterioro de la capacidad de estrés del torso con el peso corporal

Fuerza muscular insuficiente

Factores relacionados

Trastorno circulatorio de la perfusión	Trastorno neurológico
Alteración emocional	Obesidad
Deterioro del funcionamiento metabólico	Dolor
Lesión en la extremidad inferior	Postura prescrita
Resistencia insuficiente	Sarcopenia
Energía insuficiente	Postura de alivio autoimpuesta
Desnutrición	Procedimiento quirúrgico

Nota de la autora

Deterioro en la posición bípeda (un diagnóstico enfermero recién aceptado por la NANDA-I) puede ser un diagnóstico clínicamente útil cuando una persona es candidata a rehabilitación para mejorar la fuerza, la amplitud de movimiento y el equilibrio. El *Deterioro de la movilidad física* se refiere al deterioro de la posición bípeda. Este diagnóstico más específico puede ser clínicamente útil con especialistas en rehabilitación como enfermeras y fisioterapeutas. Las intervenciones más especializadas están fuera del alcance de este libro. La enfermera puede consultar con un fisioterapeuta un plan específico.

Deterioro de la ambulación

Definición de la NANDA-I*

Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

Características definitorias*

Deterioro de la capacidad de subir escaleras

Deterioro de la capacidad de caminar las distancias requeridas

Deterioro de la capacidad de caminar en una pendiente

Deterioro de la capacidad de caminar en superficies irregulares

Deterioro de la capacidad de subir y bajar la acera

Factores relacionados

Véase *Deterioro de la movilidad física.*

NOC

Véase *Deterioro de la movilidad física.*

Objetivos

El individuo aumentará las distancias a pie (especifique el objetivo de distancia), evidenciado por los siguientes indicadores:

- Demuestra movilidad segura.
- Usa de manera correcta los dispositivos auxiliares para moverse.

NIC

Véase *Deterioro de la movilidad física.*

Intervenciones

Explicar que la deambulación es una serie compleja de movimientos en que participan los sistemas musculoesquelético, nervioso y cardiovascular y factores cognitivos como actividad mental y orientación

Consultar con un fisioterapeuta para la valoración y planificación antes de comenzar

- Para usar los auxiliares para la ambulación (p. ej., bastón, caminador, muletas), de manera correcta y segura, cerciorarse de que la persona:
  - Usa zapatos de ajuste correcto.
  - Puede deambular en superficies inclinadas o irregulares y puede subir y bajar escaleras.
  - Advierte los peligros (p. ej., suelos mojados, alfombras sueltas).

Iniciar un protocolo de actividad de movilidad progresiva

- Véase *Deterioro de la movilidad física.*

Deterioro de la movilidad en silla de ruedas

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias*

Deterioro de la capacidad de manejar la silla de ruedas manual o eléctrica en una superficie regular o irregular

Deterioro de la capacidad de manejar la silla de ruedas manual o eléctrica durante el ascenso por una pendiente

Deterioro de la capacidad de manejar la silla de ruedas manual o eléctrica durante el descenso por una pendiente

Deterioro de la capacidad de manejar la silla de ruedas en el borde de la acera

Factores relacionados

Véase *Deterioro de la movilidad física*.

NOC

Ambulación: silla de ruedas, conducta de prevención de caídas.

Objetivos

La persona informará de una movilidad satisfactoria y segura en la silla de ruedas, evidenciada por los siguientes indicadores:

- Demuestra el uso seguro de la silla de ruedas.
- Demuestra seguridad a la silla de ruedas o desde ésta.
- Demuestra alivio de la presión y los principios de seguridad.

NIC

Cinesiterapia: ambulación, cinesiterapia: equilibrio, promoción del ejercicio: movilidad articular, promoción del ejercicio: entrenamiento de la fuerza, control muscular, colocación: silla de ruedas, prevención de caídas.

Intervenciones

Consultar con el fisioterapeuta para establecer un plan de colaboración interdisciplinario

Vigilar los puntos de presión de los codos, el sacro, el cóccix, las tuberosidades isquiáticas y los talones de las personas que están sentadas

Remitir con los servicios de enfermeras domiciliarias y fisioterapeuta para la valoración del entorno doméstico

Para información más específica acerca del uso y componentes de la silla de ruedas

- Refiera a la persona/familia a “Silla de ruedas y asientos” en el sitio en internet de la Universidad de Alabama en Birmingham.

Deterioro de la habilidad para la traslación

Definición de la NANDA-I*

Limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas.

Características definitorias*

Deterioro de la capacidad de traslado:

De la cama a la silla y viceversa

Al baño o inodoro y desde ellos

Hacia la bañera o la ducha y desde las mismas

Entre niveles distintos

De la silla al coche o viceversa

De la silla al suelo o viceversa

De la posición erguida al suelo o viceversa

De la cama a la posición erguida o viceversa

De la silla a la posición erguida o viceversa

Factores relacionados

Véase *Deterioro de la movilidad física*.

NOC

Realización de las transferencias, conducta de prevención de caídas.

Objetivos

La persona demostrará que es capaz de trasladarse a la silla de ruedas y desde la misma, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica cuándo requiere ayuda.
- Demuestra capacidad de traslado en diversas situaciones (p. ej., baño, cama, coche, silla, distintos niveles).

NIC

Colocación: silla de ruedas, prevención de caídas.

Intervenciones

Consultar con un fisioterapeuta y derivar al mismo para que valore la capacidad de la persona para transferirse de un sitio a otro

- Considere el peso, la fuerza, la capacidad de movimiento, la tolerancia a los cambios de posición, el equilibrio, la motivación y la cognición.
- Usar la transferencia manual o el levantamiento asistido por un dispositivo.
- Considerar la proporción entre el equipo y las personas que requieren cuidados.

Proceder con el plan de transferencias establecido

- Antes de transferir a la persona, evaluar el número de miembros del equipo necesarios.
- La persona debería transferirse hacia el lado no afectado.
- Colocar a la persona al lado de la cama. Debe tocar el suelo con los pies, y usar zapatos o zapatillas estables con suela antideslizante.
- Para subir o bajar de la cama, alentar a sostener el peso en el lado no afectado o más fuerte.
- Trabar la silla de ruedas antes de la transferencia. Si se usa una silla ordinaria, asegurarse de que no va a moverse.
- Indicar a la persona que use el brazo de la silla más cercano a ella para sostenerse mientras se incorpora.
- Usar un cinturón de traslado (preferentemente) o colocar el brazo alrededor de la caja torácica de la persona y mantener la espalda recta, con las rodillas ligeramente flexionadas.
- Indicar a la persona que coloque los brazos alrededor de la cintura o la caja torácica de quien lo levanta, *no alrededor del cuello*.
- Sostener las piernas de la persona bloqueándolas con las propias. (Mientras se está frente a la persona, bloquear sus rodillas con las propias.)
- Indicar a las personas con hemiplejía que se apoyen en el pie no afectado.

En el caso de personas con debilidad o parálisis de extremidades inferiores, puede hacerse la transferencia con un tablero deslizante para transferencias

- La persona debe llevar pijama, para que no se adhiera al tablero.
- Es necesario que la persona tenga fuerza en las extremidades superiores, para poder deslizar las nalgas de la cama a la silla o la silla de ruedas. (Esta última debe tener brazos extraíbles.)

- Cuando los brazos de la persona son lo suficientemente fuertes, debe avanzar a un traslado en posición sedente sin el tablero si puede levantar las nalgas lo bastante para despegarlas de la cama y el asiento de la silla.
- Si las piernas de la persona se doblan, guiarla con suavidad hasta el suelo y pedir ayuda adicional.
- Consultar y remitir a la persona y su familia a la enfermera domiciliaria para que valore el entorno doméstico y tener acceso a los recursos para el alta.

SUFRIMIENTO MORAL

Sufrimiento moral

Riesgo de sufrimiento moral

Definición

Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/morales elegidas (NANDA-I).

Estado en el cual una persona experimenta desequilibrio psicológico, molestias físicas, ansiedad, angustia o alguna combinación de ellos que resultan cuando se toma una decisión moral que no va seguida del comportamiento moral.[21]

Características definitorias*

Expresa angustia (p. ej., impotencia, culpa, frustración, ansiedad, duda, temor) por la dificultad de actuar conforme a una elección moral.

Factores relacionados

Cuando se usa *Sufrimiento moral* para describir una respuesta en enfermeras, como se explica en esta sección, los factores relacionados no son útiles. Estos diagnósticos no están documentados sino que representan una respuesta que requiere acciones de la enfermera, la unidad, la institución o alguna combinación de ellas.

Los factores relacionados que se enumeran a continuación representan una variedad de situaciones que pueden desencadenar el *Sufrimiento moral*.

Situacionales (personales, ambientales)

Decisiones al final de la vida*

Relacionados con la provisión de tratamientos percibidos como inútiles para enfermos

terminales (p. ej., transfusiones sanguíneas, quimioterapia, trasplantes, ventilación mecánica)

Relacionados con actitudes contradictorias hacia instrucciones previas del enfermo terminal

Relacionados con la participación en medidas de rescate que sólo prolongan la agonía

Decisiones terapéuticas

Relacionadas con el rechazo del enfermo o la familia a tratamientos que el equipo de salud considera apropiados

Relacionadas con incapacidad de la familia para tomar la decisión de desco-nectar del respirador a un enfermo terminal

Relacionadas con los deseos de una familia de continuar la reanimación cardiopulmonar aunque ello contradiga los deseos del enfermo

Relacionadas con una intervención que incrementa el sufrimiento del enfermo

Relacionadas con la prestación de cuidados que no alivian el sufrimiento de la persona

Relacionadas con conflictos entre el deseo de denunciar una práctica médica deficiente y el de conservar la confianza en el médico

Conflictos profesionales

Relacionados con recursos insuficientes para los cuidados (p. ej., tiempo, personal)

Relacionados con exclusión del proceso de toma de decisiones

Relacionados con la asignación de mayor importancia a las habilidades y tareas técnicas que a las relaciones y cuidados

Conflictos culturales

Relacionados con decisiones sobre las mujeres tomadas por sus familiares hombres

Relacionados con conflictos culturales con el sistema de cuidados de la salud

Nota de la autora

Este diagnóstico enfermero de la NANDA-I, aceptado en el 2006, tiene aplicación en todos los entornos en que se desenvuelven las enfermeras. La bibliografía presentada cuando se propuso este diagnóstico se enfocaba principalmente al sufrimiento moral de la enfermera.

Cuando se trata del sufrimiento moral de un enfermo o su familia, esta autora sugiere remitir a un profesional experto en este campo; por ejemplo, un asesor o terapeuta. Véase también *Sufrimiento espiritual*. Las enfermeras deben estar preparadas para experimentar sufrimiento moral al esforzarse por tomar decisiones clínicas que implican

principios éticos contradictorios (Zuzelo, 2007).

La autora presenta el *Sufrimiento moral* como un estándar en el ejercicio de la profesión para el departamento de enfermería. Dicho estándar aborda la prevención del sufrimiento moral con intervenciones individuales específicas de la enfermera, la unidad y el departamento. Se presentan las estrategias para que cada enfermera atienda el sufrimiento moral en unidades del departamento de la institución.

La autora ha desarrollado e incluido el *Riesgo de sufrimiento moral*.

El diagnóstico *Sufrimiento moral* representa estrategias proactivas para las personas, grupos e instituciones a fin de prevenir el sufrimiento moral en las enfermeras. Este diagnóstico aún no se presenta ante la NANDA-I.

En la actualidad, la mayoría de los estadounidenses se preocupa más por la forma en que morirán que por la muerte misma (*Beckstrand, Callister, y Kirchhoff, 2006). Ochenta y seis por ciento de los estadounidenses encuestados afirmó que las enfermeras tienen estándares éticos muy altos o altos, lo cual coloca a las enfermeras por encima de todos los profesionales (encuesta Gallup, 2009).

NOC

No aplicable.

Objetivos

La enfermera relatará estrategias para abordar el sufrimiento moral, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica una o más fuentes de sufrimiento moral.
- Comparte su malestar con una colega.
- Identifica dos estrategias para fomentar la toma de decisiones de los enfermos y familiares.
- Identifica dos estrategias para favorecer la discusión de la situación con el médico.

NIC

No aplicable.

Intervenciones

Identificar fuentes de estrés moral (*AACN, 2004)

- Contratación de personal.
- Competencia de enfermeras, médicos.
- Comunicación entre enfermera y médico.

- Cuidados inútiles.
- Dolor y sufrimiento innecesarios.
- Conflictos acerca de las decisiones del final de vida.
- Engaño/información incompleta.
- Manejo inadecuado de los síntomas.
- Interacciones irrespetuosas.
- Violencia en el puesto de trabajo.

Evitar las justificaciones

"Recurrir a la cadena de mando para compartir y discutir asuntos que van más allá de la capacidad de resolución de problemas o las atribuciones de los inmediatamente implicados" (LaSala y Bjarnason, 2010)

Investigar cómo se manejan en la institución las situaciones clínicas moralmente problemáticas; si existe un comité de ética, determinar su misión y sus procedimientos

De ser posible, iniciar el diálogo con la persona y la familia

- Explorar cómo se percibe la situación (p. ej., "¿Cómo le parece que está actuando su ___?").
- Hacer preguntas (p. ej., "¿Qué opciones tiene usted en esta situación?"). Indagar cómo se sienten los implicados en relación con la situación. ¿Sabe la familia que el enfermo está en fase terminal? ¿Está mejorando el enfermo?
- Contactar con el médico para aclarar la información errónea. Permanecer en la habitación para promover la comunicación.
- Alentar al enfermo/la familia para que planteen preguntas por escrito al médico.
- Estar presente durante la ronda del médico para asegurarse de que el enfermo/la familia le comprenden.
- No engañar ni apoyar el engaño.

Explorar con delicadeza las decisiones del enfermo/la familia acerca del final de la vida

- Explicar las opciones (p. ej., "Si usted o su allegado muere, ¿qué intervenciones prefieren o desean?").
  - Dar medicamentos, oxígeno.
  - Desfibrilación cardíaca (shock).
  - Reanimación cardiopulmonar.
  - Intubación, respirador.
- Indicar al enfermo/la familia que pueden elegir todas las opciones anteriores, algunas de ellas, o ninguna.
- Distinguir entre prolongar la vida y prolongar la agonía.

• Documentar la discusión y las decisiones conforme a las normas de la institución.

Si está indicado, explicar la decisión de "no reanimar" y explicar el centro de atención de los cuidados paliativos que sustituyen a los tratamientos agresivos e ineficaces (p. ej., analgesia, tratamiento sintomático, intervenciones invasivas/dolorosas limitadas o nulas)

Tratar de transferir a la persona de la unidad de cuidados intensivos, si es posible

Dialogar con colegas de la unidad acerca de la situación que causa sufrimiento moral

Buscar apoyo e información de la directora enfermera

Solicitar a una colega que actúe como asistente personal (*coach*), o realizar esta función para una colaboradora

• Buscar el consejo de colegas que llevan a cabo acciones cuando experimentan malestar.

Comenzar con una estrategia que aborde una situación clínica moral insatisfactoria de bajo riesgo; valorar los riesgos antes de emprender las acciones; ser realista

Establecer comunicación abierta con los médicos implicados o la directora enfermera; comenzar la conversación con lo que a una le preocupa, por ejemplo, "No me siento cómoda con...", "La familia pregunta/cuestiona/siente...", "El Sr. X pregunta/cuestiona/siente..."

Dialogar con otros profesionales (capellán, trabajador social) o con el comité de ética

Abogar por el diálogo acerca de las decisiones al final de la vida con todos los enfermos y sus familias, en especial cuando la situación no es crítica; orientar al enfermo para la preparación de documentos escritos con sus decisiones, y orientar a la familia acerca del documento

Riesgo de sufrimiento moral

Definición[22]

Estado en el cual una persona está en riesgo de experimentar desequilibrio psicológico, molestias físicas, ansiedad, angustia o alguna combinación de ellos, que resultan cuando se toma una decisión moral que no va seguida de la correspondiente conducta moral.

Factores de riesgo

Véanse factores relacionados en *Sufrimiento moral*.

NOC

No aplicable.

Nota de la autora

Véanse *Sufrimiento moral*

Objetivos

La enfermera relatará estrategias para prevenir el sufrimiento moral, evidenciado por los

siguientes indicadores:

- Identifica situaciones de riesgo de sufrimiento moral.
- Comparte su malestar con un colega.
- Identifica dos estrategias para favorecer la toma de decisiones de los enfermos y familias.
- Identifica dos estrategias para fomentar los patrones de comunicación con los médicos.
- Participa en programas institucionales para prevenir o reducir el sufrimiento moral.

NIC

No aplicable.

Intervenciones

Las siguientes intervenciones están indicadas para la institución y el departamento enfermero.

Crear una cultura justa que fomente la valentía moral (ANA, 2010a, b)

- Compromiso con la mejora de la organización.
- Resiliencia.
- Misión, visión y valores que apoyen los resultados de alta calidad para la persona y una conciencia situacional cada vez mayor.
- La identificación de conductas de riesgo crea incentivos para conductas saludables.
- Abordar el problema de las conductas que amenazan el desempeño del equipo de cuidados de la salud.
- Hacer elecciones acordes con los valores de la organización.

Explorar el trabajo moral y la acción

- Estudiar sobre el sufrimiento moral. Remitirse a los artículos de la bibliografía.
- Compartir las propias historias de sufrimiento moral. Escuchar las de otras enfermeras.
- Leer relatos de acción moral. Puede consultarse el trabajo de Gordon, *Life Support: Three Nurses on the Front Lines,* y el de Kritek, *Reflections on Healing: A Central Construct* (véase la bibliografía).

Investigar cómo se manejan en la institución las situaciones clínicas moralmente problemáticas; si existe un comité de ética, determinar su misión y sus procedimientos, y la accesibilidad

Aclarar las diferencias entre una unidad de cuidados médicoquirúrgicos, la UCI y la unidad de cuidados paliativos/hospital para enfermos terminales

Abogar por la persona/familia ante el médico antes de que surjan conflictos

- Explorar la comprensión del médico de la situación, y su pronóstico.
- Indagar cómo perciben la situación la persona, la familia o ambas.
- Explorar las expectativas de la persona y la familia.
- Determinar si las expectativas de la persona, la familia o ambas son realistas.
- Ofrecer a los profesionales de la salud implicados (p. ej., directora enfermera, otras enfermeras, médicos) las propias observaciones acerca de la comprensión de la persona/familia de la situación.
- Crear estrategias para la transición de los enfermos de la unidad de cuidados agudos a la de cuidados paliativos.

Si está indicado, explicar la decisión de "no reanimar" y explicar el objetivo de los cuidados paliativos que sustituyen a los tratamientos agresivos e ineficaces (p. ej., analgesia, tratamiento sintomático, intervenciones invasivas/dolorosas limitadas o nulas)

- Si no ha sido determinado el estado de código, preguntar: si (su ___) muriese, ¿qué quiere usted que se haga o qué quiere su ___ si muere?
- Solicitar los servicios de un centro de cuidados paliativos cuando esté indicado.
- Tratar de trasladar a la persona de la unidad de cuidados intensivos, si es posible.
- De ser factible, planificar el alta o el traslado del enfermo desde el hospital. Explorar la "Iniciativa de volver a casa" del Baystate Medical Center, Springfield, Massachusetts (Lusardi y cols., 2011).

Abogar por el diálogo acerca de las decisiones al final de la vida con todos los enfermos y sus familias, en especial cuando la situación no es crítica; orientar al enfermo para que prepare documentos por escrito con sus decisiones, y orientar a la familia acerca del documento

Integrar la promoción de la salud y la reducción del estrés en el propio estilo de vida (p. ej., dejar de fumar, cuidar el peso, hacer ejercicio con regularidad, emprender actividades de ocio significativas)

- Véase *Mantenimiento ineficaz de la salud*.

DESCUIDO PERSONAL

Definición de la NANDA-I*

Constelación de conductas culturalmente determinadas 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 y Ludwick, 2006).

Características definitorias*

Higiene personal insuficiente

Higiene del entorno insuficiente

No adherencia a las actividades saludables

Factores relacionados*

Síndrome de Capgras

Deterioro cognitivo (p. ej., demencia)

Depresión

Incapacidad para el aprendizaje

Temor a la institucionalización

Disfunción del lóbulo frontal y de la capacidad de procesamiento ejecutivo

Deterioro de la capacidad funcional

Elección del estilo de vida

Incapacidad para mantener el control

Simulamiento de la enfermedad

Trastorno obsesivo-compulsivo

Trastorno de personalidad esquizotípica

Abuso de sustancias

Principal factor estresante en la vida

Nota de la autora

Este diagnóstico se concentra en tres problemas: problemas de autocuidados, higiene doméstica e incumplimiento. En la actualidad, tres diagnósticos enfermeros describirían de manera más específica el centro de interés como *Déficit de autocuidados, Deterioro del mantenimiento del hogar* y *Gestión ineficaz de la propia salud*. Véanse estos diagnósticos en el índice.

DESATENCIÓN UNILATERAL

Definición de la NANDA-I*

Deterioro de la respuesta sensorial y motora, la representación mental y la atención espacial del cuerpo y entorno correspondiente, caracterizado por la falta de atención a un lado del cuerpo 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

Mayores (deben estar presentes una o más)

Desatención de las partes corporales implicadas, del espacio extrapersonal, o de ambos (desatención hemiespacial), con o sin negación de la existencia de la extremidad o el lado del cuerpo afectados (anosognosia)

Menores (pueden estar presentes)

Dificultad con tareas espaciales y perceptivas

Hemiplejía (por lo común del lado izquierdo)

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con lesión cerebral secundaria a:

Accidente cerebrovascular*	Traumatismo*
Aneurismas cerebrales	Tumores*
Problemas cerebrovasculares*	

Nota de la autora

La *desatención unilateral* es una alteración del circuito recíproco que ocurre más a menudo en el hemisferio cerebral derecho. Este diagnóstico también podría considerarse sindrómico, *Síndrome de desatención unilateral*. Como se ha mencionado, los diagnósticos sindrómicos comprenden un grupo de diagnósticos enfermeros relacionados con la situación. Las intervenciones enfermeras para *Síndrome de desatención unilateral* se concentrarían en *Déficit de autocuidados, Ansiedad,* y *Riesgo de lesión.*

NOC

Atención del lado afectado; estado neurológico: periférico; función sensorial: propiocepción; adaptación a la discapacidad física; estado del autocuidado.

Objetivos

La persona demostrará capacidad para explorar el campo visual para compensar la pérdida de funcionamiento/sensibilidad en las extremidades afectadas, evidenciada por los siguientes indicadores:

- Identificar los peligros de seguridad en el entorno.
- Describe el déficit y la justificación para el tratamiento.

NIC

Manejo de la desatención unilateral, ayuda para los autocuidados, mejora de la imagen corporal; gestión ambiental: seguridad, terapia de ejercicio.

Intervenciones

Consultar con un neuropsicólogo, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional y una enfermera especialista en rehabilitación para establecer un plan multidisciplinario con el enfermo y para él mismo.

- Asegurarse de que la persona/familia comprenden la desatención unilateral y los planes de enfermería y otros planes de tratamiento, por ejemplo, entrenamiento de exploración visual, entrenamiento para activación de extremidades, adaptación de prismas.

Ayudar a la persona a reconocer el déficit perceptivo

- Inicialmente adaptar el entorno al déficit:
  - Colocar la luz de llamada, mesita de noche, televisor, teléfono y objetos personales en el lado no afectado de la persona.
  - Colocar la cama con el lado no afectado hacia la puerta.
- Abordar y hablar a la persona desde el lado no afectado.
- Si se debe abordar a la persona desde el lado afectado, hay que anunciar su presencia en cuanto entra en la habitación, para no sobresaltarla.
- Enseñar a la persona a inspeccionar el entorno de izquierda a derecha con frecuencia.
- Cambiar de manera gradual el entorno de la persona conforme se le enseña a compensar y aprende a reconocer el campo olvidado, mover el mobiliario y los objetos personales fuera del campo visual. Hablar a la persona desde el lado afectado (después de presentarse desde el lado no afectado).
- Proporcionar un entorno sencillo, bien iluminado y ordenado:
  - Dar unos minutos de reposo entre actividades.
  - Dar claves concretas: “Usted está de lado y hacia la pared”.
- Proporcionar un espejo de cuerpo entero para ayudar a la orientación vertical y para reducir la distorsión de los planos vertical y horizontal, que se manifiesta en que la persona se inclina hacia el lado afectado.
- Para una persona en silla de ruedas, obtener un tablero de regazo (de preferencia de Plexiglás®); colocar el brazo afectado en el tablero con las puntas de los dedos en la línea media. Alentar a la persona a mirar el brazo sobre el tablero.
- Para las personas que andan, proporcionar una férula para impedir que el brazo penda y cause una subluxación del hombro.
- Cuando la persona está en la cama, elevar el brazo afectado sobre una almohada para prevenir el edema postural.
- Dar constantemente claves sobre el entorno.
- Alentar a la persona a que use reloj, un anillo favorito o un brazalete en el lado afectado para atraer su atención hacia el mismo.

Ayudar a la persona con las adaptaciones necesarias para los autocuidados y otras actividades de la vida diaria (AVD)

- Alentar a la persona a usar las gafas correctoras o los audífonos prescritos para

bañarse, vestirse y realizar la higiene tras la eliminación.

- Indicar a la persona que atienda primero el lado afectado cuando realice las AVD.
- Indicar a la persona que siempre observe la extremidad afectada cuando realice las AVD, para saber en todo momento dónde está.
- Enseñar a la persona a vestirse y arreglarse frente a un espejo.
- Sugerir el uso de marcadores con código de color cosidos o colocados dentro de los zapatos o de la ropa para ayudarse a distinguir entre el lado derecho y el izquierdo.
- Alentar a la persona a integrar la extremidad afectada durante el baño y a sentir la extremidad frotándola y masajeándola.
- Usar el equipo adaptativo según sea apropiado.
- Véanse intervenciones adicionales en *Déficit de autocuidados*.
- Para la alimentación:
  - Preparar las comidas de modo que impliquen un mínimo de platos, alimentos y utensilios.
  - Indicar a la persona que coma en cantidades pequeñas y coloque el alimento en el lado no afectado de la boca.
- Indicar a la persona que después de cada bocado use la lengua para desprender los restos de comida acumulada en el lado afectado.
- Tras ingerir alimentos/fármacos, revisar la cavidad bucal en busca de alimento/medicamento que hayan quedado retenidos.
- Proporcionar cuidados bucales tres veces al día y según se requiera.
- Al principio, colocar el alimento en el campo visual de la persona; llevarlo de manera gradual fuera del campo y enseñar a la persona a explorar todo el campo visual.
- Usar un equipo de alimentación adaptativo según sea apropiado.
- Véanse intervenciones adicionales en *Déficit de autocuidados: alimentación*.
- Véase *Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionada con dificultades para la deglución* si la persona tiene dificultad para masticar y deglutir el alimento.

Enseñar medidas para prevenir las lesiones

- Asegurar un entorno ordenado y bien iluminado.
- Readiestrar a la persona para que inspeccione todo el entorno.
  - Indicar a la persona que vuelva la cabeza más allá de la línea media para ver la escena en el lado afectado.

- Realizar actividades que requieren volver la cabeza.
- Recordar a la persona que inspeccione el entorno cuando camine o se desplace en una silla de ruedas.

Usar el tacto para que la persona vuelva a reconocer el brazo o la extremidad afectado

- Indicar a la persona que se frote el lado afectado con la mano no afectada y que observe el brazo o la pierna al hacerlo.
- Frotar materiales de diferentes texturas para estimular la sensibilidad (al calor, al frío, a lo áspero, a lo blando).

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales

- Asegurar las referencias a enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional después de la transición.
- Asegurarse de que tanto el enfermo como la familia comprendan la causa de la desatención unilateral y el objetivo y la justificación de todas las intervenciones.
- Enseñar a la familia cómo facilitar las técnicas de reaprendizaje de la persona afectada (p. ej., indicios, exploración del campo visual).
- Enseñar los principios para el mantenimiento de un entorno seguro.

INCUMPLIMIENTO[23]

Definición

Conducta de una persona, su cuidador o ambos que no coincide con un plan de promoción de la salud o terapéutico acordado por la persona (con o sin la familia o la comunidad) y el profesional de la salud. En presencia de un plan de promoción de la salud o terapéutico acordado, la conducta de la persona o el cuidador es incumplirlo de manera parcial o en su totalidad y puede dar lugar a resultados total o parcialmente ineficaces desde el punto de vista clínico.

Características definitorias

Complicación relacionada con el desarrollo

Exacerbación de los síntomas

Falta de respuesta a los resultados

No asistencia a las visitas

Comportamiento de no apego

Factores relacionados

Sistema de salud

- Dificultad en la relación entre el cliente y el proveedor
- Acceso inadecuado a la atención
- Inconveniencia de la atención
- Baja satisfacción con el cuidado
- Seguimiento insuficiente con el proveedor
- Seguro de salud insuficiente
- Reembolso insuficiente del proveedor
- Habilidad de enseñanza insuficiente del proveedor
- Habilidades ineficaces de comunicación del proveedor
- Percepción de baja credibilidad del proveedor
- Suspensión del proveedor

Planes de cuidados de la salud

- Esquema de tratamiento complejo
- Barreras financieras
- Esquema de alto costo
- Intensidad del esquema
- Duración prolongada del esquema

Individual

- Incongruencia cultural
- Creencias de salud incongruentes con el plan
- Conocimiento insuficiente sobre el esquema
- Habilidades insuficientes para llevar a cabo el esquema
- Expectativa incongruente con la fase de desarrollo
- Motivación insuficiente
- Apoyo social insuficiente
- Valores incongruentes con el plan

Red

- Participación insuficiente de los integrantes en el plan
- Percepción de que las creencias de otro ser querido difieren del plan
- Bajo valor social atribuido al plan

Nota de la autora

El diagnóstico enfermero de *Incumplimiento* se revisó por última vez en 1998. La etiqueta de *Incumplimiento* nunca ha reflejado un enfoque proactivo para una persona/familia que no participaba en tratamientos recomendados o cambios en el estilo de vida. La crítica del término incumplimiento surgió en la literatura hace una década. La literatura reciente sobre cuidados de la salud está llena de estrategias alternativas para que los profesionales en esta área mejoren los resultados de salud con las personas y las familias.

Merriam-Webster define el cumplimiento como el acto o proceso de cumplir con un deseo, una demanda, una propuesta o un esquema, o a la coerción. El cumplimiento se produce cuando una persona obedece una instrucción de un proveedor de cuidados de la salud.

Gruman (2011) escribió, "Decir 'compromiso' cuando el significado 'cumplimiento' respalda la creencia de que somos los únicos que debemos cambiar nuestra conducta... Con ello, se desvirtúa la magnitud de los cambios en la actitud, las expectativas y el esfuerzo que se requieren para todos los interesados en el cuidado de la salud para asegurar que tengamos el conocimiento y el apoyo adecuados para tomar decisiones bien informadas... Y no reconoce que nuestras conductas se conforman en gran medida por muchas contingencias, dinero, cultura, tiempo, condición de la enfermedad y preferencia personal... Estar comprometido con nuestra salud y cuidado no significa seguir las instrucciones de nuestro médico al pie de la letra... Más bien, significa poder sopesar con precisión los beneficios y riesgos de un nuevo medicamento, de dejar de fumar o de hacerse una prueba de PSA en el contexto de muchas otras demandas y oportunidades que influyen en nuestra búsqueda de vidas libres de sufrimiento para nosotros mismos y aquellos a quienes amamos".

Nota: Nosotros = consumidor/clientes/familia

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

Deterioro de la dentición

Deterioro de la deglución

Patrón de alimentación ineficaz del lactante

Definición de la NANDA-I*

Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Características definitorias

La persona que no está en dieta absoluta informa, o la enfermera observa, que su ingesta alimentaria es inferior al aporte diario recomendado (ADR), con o sin pérdida de peso

y

Necesidades metabólicas reales o potenciales superiores a la ingesta con pérdida de peso

Peso entre un 10 y un 20% o más por debajo del peso ideal según estatura y complexión

Medida del pliegue cutáneo del tríceps, perímetro en la mitad del brazo y perímetro del músculo en la mitad del brazo inferiores al 60% de la medida estándar

Debilidad muscular y dolor a la palpación

Irritabilidad o confusión mental

Disminución de la concentración de albúmina sérica

Disminución de la concentración de transferrina sérica o de la capacidad de fijar el hierro

Hundimiento de la fontanela en el lactante

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con aumento de las necesidades calóricas y dificultad para ingerir calorías suficientes secundario a:

Quemaduras (fase posaguda)

Cáncer

Infección

Traumatismo

Dependencia química

Bebés prematuros

Complicaciones/deformidades gastrointestinales

Sida

Relacionados con disfagia secundaria a:

Accidente cerebrovascular (ACV)

Enfermedad de Parkinson

Síndrome de Möbius

Parálisis cerebral

Labio leporino/fisura palatina

Esclerosis lateral amiotrófica

Distrofia muscular Trastornos neuromusculares

Relacionados con disminución en la absorción de nutrientes secundaria a:

Enfermedad de Crohn Enterocolitis necrosante

Intolerancia a la lactosa Fibrosis quística

Relacionados con disminución del apetito secundaria a alteración del nivel de conciencia

Relacionados con vómito autoinducido, ejercicio físico superior a la ingesta calórica o rechazo a comer secundarios a anorexia nerviosa

Relacionados con rechazo a comer por miedo a ser envenenado secundario a una conducta paranoide

Relacionados con anorexia o con agitación física excesiva secundaria a un trastorno bipolar

Relacionados con anorexia y diarrea secundarias a una infección protozoaria

Relacionados con vómitos, anorexia y deterioro de la digestión secundarios a pancreatitis

Relacionados con anorexia, deterioro del metabolismo de lípidos y proteínas y alteración en el almacenamiento de vitaminas secundarios a cirrosis

Relacionados con anorexia, vómitos y deterioro de la digestión secundarios a malformación gastrointestinal o enterocolitis necrosante

Relacionados con anorexia secundaria a reflujo gastroesofágico

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con las necesidades proteínicas y vitamínicas para la cicatrización de heridas y con disminución de la ingesta secundarios a:

Cirugía Medicamentos (quimioterapia

Reconstrucción quirúrgica de la boca

Radioterapia Cerclaje mandibular

Relacionados con absorción inadecuada como efecto secundario de un medicamento (especificar):

Colchicina	Ácido *p*-aminosalicílico
Neomicina	Antiácido
Pirimetamina	

Relacionados con disminución de la ingesta oral, malestar bucal, náuseas y vómitos secundarios a:

Radioterapia	Quimioterapia
Amigdalectomía	Traumatismo bucal

Relacionados con la absorción inadecuada como un efecto secundario de los medicamentos (especificar):

Ejemplo (Gröber y Kisters, 2007):

Colchicina	Dexametasona
Neomicina	Antihipertensivos (nifedipina, espironolactona)
Pirimetamina	
Neutralizador de acidez	Antirretrovirales (ritonavir, saquinavir)
Antiepilépticos	
Antineoplásicos	Herbolaria: kava kava, hierba de San Juan (hiperforina)
Antibióticos (clotrimazol, rifampicina)	

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con una disminución del apetito secundaria a:

Anorexia	Náuseas y vómitos
Aislamiento social	Estrés
Depresión	Alergias

Relacionados con incapacidad para procurarse alimento (limitación física o problemas económicos o de transporte)

Relacionados con incapacidad para masticar (afección dental o falta de dientes, dentadura mal ajustada)

Relacionados con diarrea secundaria a (especificar)*

De maduración

Lactante/niño

Relacionados con la ingesta insuficiente secundaria a:

Falta de estimulación sensorial/emocional	Producción insuficiente de leche materna
Falta de conocimientos del cuidador	

Relacionados con malabsorción, restricciones alimentarias y anorexia secundarias a:

Celiaquía	Fibrosis quística
Intolerancia a la lactosa	Malformación gastrointestinal
Enterocolitis necrotizante	Reflujo gastroesofágico

Relacionados con dificultades de succión (del lactante) y disfagia secundarias a:

Parálisis cerebral	Alteración neurológica
Labio leporino y fisura palatina	

Relacionados con la succión insuficiente, fatiga y disnea secundarias a:

Cardiopatía congénita	Prematuridad
Síndrome vírico	Síndrome de dificultad respiratoria
Hiperbilirrubinemia	Retraso en el desarrollo

Nota de la autora

A causa de su presencia las 24 horas, las enfermeras son las primeras en diagnosticar y a menudo en tratar a las personas para mejorar el estado nutricional. Aunque *Desequilibrio nutricional* no es un diagnóstico difícil de validar, sus intervenciones pueden ser un reto para el profesional.. La valoración secundaria para la persona determinada por estar en un mayor riesgo de déficit nutricional la llevan a cabo los nutricionistas clínicos. Este diagnóstico enfermero se centrará en los déficits nutricionales de las personas en entornos de cuidados de la salud. Además, se presentarán valoraciones e intervenciones para ayudar a la persona o la familia a mejorar la nutrición y la seguridad alimenticia.

Son muchos los factores que influyen en los hábitos alimentarios y el estado nutricional: personales, familiares, culturales, económicos, capacidad funcional, conocimientos sobre nutrición, enfermedades y lesiones, y pautas terapéuticas. El *Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades* se refiere a personas que

pueden ingerir alimentos pero lo hacen en cantidad y calidad insuficientes o desequilibradas. Por ejemplo, la dieta puede ser insuficiente en proteínas o con exceso de grasas. La cantidad puede ser insuficiente debido a un aumento de las necesidades metabólicas (p. ej., cáncer, embarazo, traumatismo o interferencia con el uso de los nutrientes [p. ej., almacenamiento deficiente de vitaminas en la cirrosis]).

El centro de atención de la enfermera ante el *Desequilibrio nutricional* es ayudar a la persona o a la familia a mejorar la ingesta de nutrientes. Los profesionales no deberían utilizar este diagnóstico para referirse a personas que están en dieta absoluta o que no pueden ingerir alimentos. Para referirse a estas situaciones deberían recurrir a los problemas de colaboración *Riesgo de complicaciones de desequilibrio electrolítico* o *Riesgo de complicaciones de equilibrio nitrogenado negativo.*

NOC

Estado nutricional, educación para la salud: nutrición, control de síntomas.

Objetivos

La persona ingerirá diariamente los requerimientos nutricionales acordes con el nivel de actividad y las necesidades metabólicas, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Explica la importancia de una buena nutrición.
- Identifica las deficiencias en la ingesta diaria.
- Refiere los métodos para aumentar el apetito.

Intervenciones

Explicar la necesidad de un consumo adecuado de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y líquidos

Consultar con un nutricionista para establecer las necesidades calóricas diarias y el tipo de alimentos apropiados para la persona

Comentar con la persona las causas posibles de la disminución del apetito

Animar a la persona a descansar antes de las comidas

Ofrecer comidas ligeras y frecuentes en lugar de pocas y abundantes; ofrecer alimentos que se sirvan fríos

En caso de disminución del apetito, restringir los líquidos con las comidas y evitar tomarlos una hora antes y otra después de éstas

Fomentar y ayudar a la persona a mantener una buena higiene bucal

Organizar que se sirvan alimentos muy calóricos y proteínicos a las horas en las que a la persona le apetezca más comer

Tomar medidas para estimular el apetito:

- Determinar los alimentos preferidos de la persona y hacer los arreglos para que se los sirvan según corresponda.

- Eliminar los olores y cualquier cosa que sea desagradable a la vista de la zona donde se come.
- Controlar el dolor y las náuseas antes de las comidas.
- De ser posible, animar a la familia a que lleve al enfermo alimentos permitidos de casa.
- Crear una atmósfera relajada y algo de socialización durante las comidas.

Satisfacer el aumento de las necesidades dietéticas complementarias amplificadas por una enfermedad aguda

Dar a la persona información impresa con los principios generales de una dieta equilibrada que incluya lo siguiente:

- Ingesta elevada de fibra y carbohidratos complejos.
- Ingesta reducida de azúcar, sal, colesterol, grasa total y grasas saturadas.
- Consumo moderado de alcohol.
- Ingesta calórica apropiada para mantener el peso ideal.

Intervenciones pediátricas

- Enseñe a los padres la siguiente información referente a la nutrición infantil:
  - Programación adecuada de la alimentación infantil y requisitos de aumento de peso para crecer: de 100 kcal/kg a 120 kcal/kg diarios.
  - Preparación adecuada de la leche maternizada.
  - Almacenamiento apropiado de la leche materna y de la leche maternizada.
  - Elevación adecuada de la cabeza del bebé durante y justo después de las comidas.
  - Técnicas adecuadas de apoyo de la barbilla y la mejilla para bebés con problemas bucales.
  - Las necesidades nutricionales relacionadas con la edad de sus hijos (consultar un libro apropiado sobre pediatría o nutrición para recomendaciones específicas).
- Si consumen “comidas rápidas”, enseñar opciones más sanas de la siguiente manera:
  - Fomentar el control de las porciones; educar a los niños/adolescentes que “grande”, “extra”, “doble” o “triple” estará alto en calorías y grasa.
  - Recomendar porciones más pequeñas, ya que una porción regular es suficiente para la mayoría de los niños, o compartir con un padre o hermano.
  - Buscar alimentos de grano entero, frutas, verduras y alimentos ricos en calcio.
  - Al planificar ingerir una comida rápida, seleccionar un establecimien- to que promueva opciones más saludables en el punto de compra.
- Buscar estrategias para mejorar la nutrición cuando consuma co-midas rápidas:

    - Tomar leche descremada.
    - Evitar patatas fritas o compartir una orden.
    - Elegir alimentos a la plancha.
    - Comer ensaladas y verduras.
- Explorar alimentos rápidos más saludables en casa (p. ej., cenas congeladas con tres grupos de alimentos).
- Sugerir tentempiés saludables en su casa. Ofrecer frutas frescas, verduras, queso y galletas saladas, leche baja en grasa, jugos fortificados con calcio y yogur congelado como tentempiés.
- Evitar describir alimentos como malos o buenos. Explicar la densidad de nutrientes de los alimentos (*Hunter y Cason, 2006).
- Alimentos que son densos en nutrientes:
    - Frutas y verduras de colores vivos o intensos.
    - Alimentos fortificados.
    - Versiones de grasas más bajas de carnes, leche, productos lácteos y huevo.
- Alimentos que son menos densos en nutrientes:
    - De color más claro o blanco.
    - Contenido con mucha azúcar refinada.
    - Productos refinados (pan blanco en comparación con granos enteros).
    - Contenido de grandes cantidades de grasa para la cantidad de nutrientes en comparación con productos similares (leche sin grasa *versus* helado).
    - Por ejemplo:
        - La manzana es una mejor opción que una bolsa de pretzels con el mismo número de calorías, pero la manzana ofrece fibra, vitamina C y potasio.
        - Una naranja es mejor que el jugo de naranja porque tiene fibra.
    - Permitir que el niño seleccione un tipo de alimento que no tiene que comer.
    - Proporcionar porciones pequeñas (p. ej., 1 cucharada de cada alimento por cada año de edad).
- Hacer que los refrigerios sean nutricionalmente tan importantes como las comidas (p. ej., huevos duros hervidos, verduras crudas cortadas a trozos, galletas saladas, zumos de fruta, queso y fruta fresca).
- Ofrecer alimentos variados.
- Involucrar al niño en el control de la alimentación saludable (p. ej., hacer una tabla que

le permita comprobar diariamente la ingesta de alimentos saludables).

- Sustituir el ver la televisión de manera pasiva por una actividad en grupo (p. ej., jugar a la pelota, ir en bicicleta, caminar).
- Sustituir las comidas rápidas, excesivamente calóricas (p. ej., platos preparados congelados).
- Comentar la importancia de limitar los tentempiés con un contenido elevado de sal, azúcar o grasas (p. ej., refrescos, caramelos, patatas fritas) para limitar los riesgos de cardiopatías, obesidad y diabetes mellitus. Aconsejar a las familias que los sustituyan por refrigerios saludables (p. ej., frutas frescas, palomitas naturales [sin sal ni azúcar], barritas de zumo de fruta congelado, verduras frescas).
  - Más energía total (2,236 *vs*. 2,049 kcal/día).
  - Más grasa total (84 *vs*. 75 g/día).
  - Más carbohidratos totales (303 *vs*. 277 g/día.
  - Más azúcares añadidos (122 *vs*. 94 g/día).
  - Más bebidas gaseosas endulzadas con azúcar (471 *vs*. 243 g/día).
  - Menos leche (236 *vs*. 302 g/día).
  - Menos fibra (13.2 *vs*. 14.3 g/día).
  - Menos frutas y verduras no almidonadas (103 *vs*. 148 g/día).

Intervenciones maternales

- Enseñar la importancia de una ingesta suficiente de calorías y líquidos mientras se da el pecho en relación con la producción de leche materna.
- Explicar los cambios fisiológicos y las necesidades nutricionales durante el embarazo.
- Analizar los efectos del alcohol, la cafeína y los edulcorantes artificiales sobre el feto en desarrollo
- Explicar a las adolescentes embarazadas que sus necesidades nutricionales son mayores, ya que todavía están en desarrollo y ahora están embarazadas (Pillitteri, 2014). Hacer énfasis en el crecimiento del feto.

Intervenciones geriátricas

Considerar una consulta con un dietista registrado si la persona (Chima, 2004; Hammond, 2011)

- Tiene una pérdida significativa de peso no intencional ≥ 4.5 kg (10 lb) en los últimos 1 a 2 meses.
- Desea educación sobre una dieta más nutritiva.

- No puede tomar la alimentación oral o de otro tipo ≥ 5 días antes del ingreso.
- Está bajo alimentación enteral o parenteral.
- Es mayor de 80 años y es ingresado para procedimiento quirúrgico.
- Con descomposición de la piel (úlcera de decúbito) consume alimentos enriquecidos con vitamina B_{12}, como cereales fortificados o suplementos dietéticos.

Determinar que la persona comprende sus necesidades nutricionales según:

- Edad.
- Uso de medicamentos.
- Enfermedad.
- Actividad.

Evaluar si hay algún factor que interfiera con la ingesta de alimentos (Lutz, Mazur y Litch, 2015; Miller, 2015)

- Anorexia producida por medicamentos, dolor, depresión o una enfermedad.
- Alteración del estado mental que lleva a no prestar atención al hambre o a seleccionar tipos y cantidades insuficientes de comida.
- Restricción voluntaria de líquidos por temor a la incontinencia urinaria.
- Cuadro pequeño o antecedentes de desnutrición.
- Dentadura nueva o mala dentición.
- Aversión a cocinar y comer solo.
- Suele comer solo.
- Toma más de dos bebidas alcohólicas diarias.

Evaluar si algún factor interfiere con la preparación u obtención de alimentos (Miller, 2015)

- Ingresos insuficientes para comprar alimentos.
- Falta de transporte para comprar alimentos.
- Instalaciones inadecuadas para cocinar.
- Alteración de la movilidad o destreza manual (paresia, temblores, debilidad, dolor articular o deformidad articulares)
- Asuntos de seguridad (p. ej., incendios, descomposición de los alimentos)

Evaluar la inseguridad de los alimentos

Explicar por qué disminuye la sensibilidad a los sabores dulces y salados, mas no amargos y agrios (Lutz y cols., 2015). Precaución contra la sobreexposición de alimentos

Si está indicado, consultar con la enfermera de asistencia domiciliaria para evaluar el ambiente del hogar (p. ej., problemas de seguridad, instalaciones para cocinar, suministro de alimentos, limpieza)

Acudir a centros comunitarios si resulta indicado (p. ej., programas nutricionales, centros comunitarios,

servicios de entrega de alimentos a domicilio)

- Enseñar la importancia de una ingesta suficiente de calorías y líquidos mientras se da el pecho en relación con la producción de leche materna.
- Explicar los cambios fisiológicos y las necesidades nutricionales durante el embarazo.
- Analizar los efectos del alcohol, la cafeína y los edulcorantes artificiales sobre el feto en desarrollo.
- Explicar las distintas necesidades nutricionales de las adolescentes embarazadas de entre 11 y 18 años, de las mujeres jóvenes embarazadas de entre 19 y 24 años y de las de más de 25 años.

Deterioro de la dentición

Definición de la NANDA-I*

Alteración de los patrones de desarrollo/erupción de los dientes o de la integridad estructural de cada uno de ellos.

Características definitorias*

Exceso de placa dental

Expresión facial asimétrica

Halitosis

Caries en la corona o en la raíz

Dolor de muelas

Decoloración del esmalte dental

Exceso de sarro

Dientes sueltos

Mala oclusión o alineación de los dientes

Erupción dentaria incompleta para la edad (pueden ser dientes de leche o permanentes)

Pérdida prematura de los dientes de leche

Fractura(s) dental(es)

Agenesia dental parcial o total

Erosión del esmalte

Deterioro de la deglución

Definición de la NANDA-I*

Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la

estructura o función oral, faríngea o esofágica.

Características definitorias (Fass, 2014)

Disfunción oral

- Babeo
- Derrame de alimentos
- Disartria
- Tragos parciales
- Sialorrea (hipersalivación)

Disfunción faríngea

- Tos o asfixia durante el consumo de alimentos
- Disfonia (alteración de la voz)

Disfagia esofágica

- Dificultad para deglutir varios segundos después de iniciar un trago
- Sensación de estancamiento de los alimentos en la muesca supraesternal o detrás del esternón

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con disminución o ausencia del reflejo faríngeo, dificultades para masticar o disminución de las sensaciones secundarios a:

- Parálisis cerebral*
- Distrofia muscular
- Poliomielitis
- Enfermedad de Parkinson
- Síndrome de Guillain-Barré
- Miastenia grave
- Esclerosis lateral amiotrófica
- ACV
- Trastorno neoplásico que afecta al cerebro
- Afectación cerebral hemisférica derecha o izquierda
- Parálisis de las cuerdas vocales
- Afectación de los pares craneales (V, VII, IX, X, XI)

Relacionados con constricción del esófago secundaria a:

- Anillos vasculares
- Aneurisma de la aorta torácica

Relacionados con tumores traqueoesofágicos, edema

Relacionados con irritación de la cavidad bucofaríngea

Relacionados con disminución de la saliva

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con la reconstrucción quirúrgica de la boca, la garganta, la mandíbula o la nariz

Relacionados con la disminución de la conciencia secundaria a anestesia

Relacionados con obstrucción mecánica secundaria al tubo de traqueostomía

Relacionados con esofagitis secundaria a radioterapia

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con la fatiga

Relacionados con limitación de la conciencia, aturdimiento

De maduración

Lactantes/niños

Relacionados con la disminución de las sensaciones o con las dificultades para masticar

Relacionados con mala coordinación de la succión/deglución/respiración

Adulto mayor

Relacionados con disminución de la secreción de saliva y del gusto

Nota de la autora

Véase *Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.*

NOC

Control de la aspiración, estado de la deglución.

Objetivos

La persona comunicará una mejor capacidad para deglutir, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Describe los factores causales, cuando se conozcan.
- Describe las razones y procedimientos para el tratamiento.

Intervenciones

Asegurarse de que la persona y la familia han hablado sobre las ventajas y los riesgos

del manejo de la disfagia (p. ej., nutrición oral, intravenosa, nasogástrica o tubo de gastrostomía percutánea-endoscópica con un especialista). Documentar el evento de la conversación y las decisiones.

Valorar los factores causales o contribuyentes

- Véanse factores relacionados.
- Consultar con un logopeda para que realice una evaluación a pie de cama de la deglución y recomiende un plan de cuidados.
- Alertar a todo el equipo de cuidados de que la persona tiene dificultades para deglutir.
- Consultar con el especialista en deglución para obtener la mejor posición al tomar alimentos o líquidos (Sura, Madhavan, Carnaby y Crary, 2012).
- Postura de la cabeza
  - Con la comida: extensión de la cabeza/el mentón, levantar el mentón para un mejor transporte del bolo.
  - Rotación de la cabeza/ girar la cabeza, girar la cabeza hacia el lado más débil.
- Modificar la consistencia de alimentos sólidos y líquidos en el caso de las personas con disfagia. Todas las personas con dietas modificadas con textura deben ser valoradas por el dietista para el apoyo nutricional (Sura, 2012; Wright, 2005).

Reducir o eliminar factores causales y contribuyentes en personas con

Disfunción mecánica de la boca

- Ayudar a la persona a mover el bolo alimenticio de la parte anterior a la posterior de la boca. Colocar el alimento en la parte posterior de la boca, donde pueda asegurarse la deglución usando:
  - Alimentos blandos y con una consistencia que permita su manipulación al apretar la lengua contra la faringe, como gelatina, natillas o puré de patatas.
- Prevenir/disminuir las secreciones espesas con:
  - Cuidado bucal frecuente.
- Aumentar la ingesta de líquidos hasta ocho vasos de líquido (a menos que esté contraindicado).
- Revisar los medicamentos para comprobar si entre sus posibles efectos secundarios están boca seca o disminución de la salivación.

Parálisis muscular o paresia

- Planificar las comidas cuando la persona haya descansado bien; asegurarse de tener a mano durante las comidas un equipo de succión fiable. Dejar de alimentarle si el enfermo está cansado.

- Si está indicado, usar la técnica modificada de deglución supraglótica (*Emick-Herring & Wood, 1990).
- Tomar en cuenta la consistencia de los alimentos que sean problemáticos. Seleccionar las consistencias más fáciles de deglutir, como
  - Alimentos muy viscosos (p. ej., puré de plátano, de patata, gela-tina, salsa).
  - Líquidos espesos (p. ej., malteadas, batidos, néctares, sopas de crema).
- Si se forma un bolo de comida en la zona afectada, enseñar al enfermo a usar la lengua para transferir el alimento o aplicar presión digital externa a la mejilla para ayudar a mover el bolo atrapado (Emick-Herring y Wood, 1990).

Reducir la posibilidad de aspiración

- Antes de comenzar la alimentación, comprobar que el enfermo está suficientemente consciente y receptivo, que puede controlar la boca, que tiene reflejo tusígeno/faríngeo y que es capaz de tragar la saliva.
- Disponer de equipo de succión que funcione bien.
- Colocar al enfermo en la posición correcta:
  - Sentado erguido (de 60 a 90°) en una silla o, si es posible, sentado en el borde de la cama con las piernas colgando fuera (acomodarlo con almohadas si es necesario).
  - El enfermo debe permanecer en esta posición de 10 a 15 min antes de comer y de 10 a 15 min después de haber terminado.
  - Inclinarle la cabeza hacia adelante sobre la línea media unos 45° para mantener el esófago permeable.

Patrón de alimentación ineficaz del lactante

Definición de la NANDA-I*

Alteración de la capacidad del lactante para succionar o coordinar los reflejos de succión/deglución, que da lugar a una ingesta alimentaria inadecuada para las necesidades metabólicas.

Características definitorias

Incapacidad para iniciar o mantener una succión efectiva*

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

Regurgitación o vómito después de la alimentación

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con un aumento de las necesidades calóricas secundario a:

- Inestabilidad de la temperatura corporal
- Taquipnea con un mayor esfuerzo respiratorio
- Infección
- Síndrome de Möbius
- Necesidades del crecimiento
- Cicatrización de heridas
- Enfermedad o insuficiencia multiorgánica
- Labio leporino/fisura palatina

Relacionados con hipotonía/debilidad muscular secundarias a:

- Malnutrición
- Anomalías congénitas
- Prematuridad*
- Enfermedad o insuficiencia multiorgánica
- Hiperbilirrubinemia
- Enfermedad aguda/crónica
- Alteración/retraso neurológico*
- Letargo

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con un estado hipermetabólico y con aumento de las necesidades calóricas secundarios a:

Cirugía	Sepsis
Procedimientos dolorosos	Fiebre
Estrés por frío	

Relacionados con debilidad muscular y letargia secundarias a:

Medicación

Relajantes musculares (anticonvulsivos, consumo previo de sustancias paralizantes, sedantes, narcóticos)

Deprivación del sueño

*Relacionados con hipersensibilidad bucal**

Relacionados con ayuno previo prolongado

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con cuidadores incoherentes (quienes alimentan)

Relacionados con falta de conocimientos o de compromiso por parte de los cuidadores (quienes alimentan) ante necesidades o pautas alimentarias especiales

Relacionados con presencia de estímulos faciales nocivos o ausencia de estímulos bucales

Relacionados con producción insuficiente de leche materna

Nota de la autora

El *Patrón de alimentación ineficaz del lactante* se refiere a un bebé con dificultades de succión o deglución. La alimentación bucal es insuficiente para el crecimiento y el desarrollo, lo que se agrava cuando aumentan sus necesidades calóricas, como sucede en caso de infección, enfermedad o estrés. Las intervenciones enfermeras consisten en ayudar al lactante y a sus cuidadores con técnicas que logren la ingesta nutricional necesaria para ganar peso. Además, el objetivo es que a la larga la ingesta sea exclusivamente oral.

Los lactantes con problemas de succión o deglución que no han perdido peso necesitan intervenciones enfermeras para evitar que esto ocurra. *El Patrón de alimentación ineficaz del lactante* es clínicamente útil para esta situación.

NOC

Función muscular, estado nutricional, estado de la deglución.

Objetivos

El lactante

- Recibirá las calorías adecuadas y apropiadas (carbohidratos, proteínas, grasas) para la edad con el aumento de peso a una tasa consistente con un plan individualizado basado en su edad y necesidades. El lactante necesita una ingesta calórica de 100 a 120 kcal/kg/día para el crecimiento.
- Tomar toda la alimentación por vía oral.

Los padres

- Demuestran un aumento de sus habilidades en la alimentación infantil.
- Identifican las técnicas que aumentan la eficacia de la alimentación.

NIC

Deglución no nutritiva, terapia de deglución, aspiración, precauciones, alimentación con biberón, educación de los padres: lactante.

Intervenciones

- Valorar el volumen, la duración y el esfuerzo durante el proceso de lactancia; ritmo respiratorio y esfuerzo; señales de fatiga.
- Valorar la ingesta calórica anterior, ganancia de peso, tendencias en la ingesta y eliminación, función renal, retención de líquidos.
- Identificar la capacidad fisiológica para alimentar (Pillitteri, 2014).
  - ¿El lactante puede dejar de respirar cuando succiona y deglute?
  - ¿El lactante respira con dificultad o se ahoga cuando se le está alimentando?
  - ¿Qué ocurre con la concentración de oxígeno, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria cuando succiona/deglute?
  - ¿El lactante necesita períodos de descanso? ¿Cuánto duran? ¿Tiene problemas para volver a empezar la succión/deglución?
- Evaluar las habilidades para alimentar al lactante con tetina (Pillitteri, 2014).
  - ¿Succiona el lactante de manera activa el biberón?
  - ¿Comienza una deglución coordinada con la succión?
  - ¿Coordina la succión, la deglución y la respiración?
  - ¿Termina el biberón en un tiempo razonable?

- Colaborar con el dietista clínico para fijar los objetivos para el aporte calórico y de volumen y ganancia de peso.
- Colaborar con el ergoterapeuta y con el logopeda para identificar las habilidades motoras bucales y, si es necesario, planificar una intervención.
- Colaborar con los padres sobre las técnicas eficaces que se emplean con este lactante o con otros niños, el temperamento y las respuestas a los estímulos ambientales.

Realizar intervenciones específicas para fomentar la alimentación oral eficaz (Hockenberry y Wilson, 2015)

- Asegurar un ambiente tranquilo, silencioso y con luz tenue.
- Eliminar procedimientos dolorosos antes de dar de comer.
- Asegurar períodos de sueño ininterrumpido.
- Fomentar la succión no nutritiva no como respuesta a estímulos nocivos.
- Asegurar la succión nutritiva durante un período identificado.
- Controlar los estímulos ambientales adversos y los estímulos nocivos para la cara y la boca.
- Evitar las siguientes acciones las cuales pueden entorpecer la alimentación:
  - Retorcer o torcer la tetina.
  - Mover la tetina hacia arriba, hacia abajo, alrededor de la boca.
  - Introducir y sacar la tetina de la boca.
  - Presionar o mover la mandíbula del lactante de arriba a abajo.
  - Colocar al lactante con la cabeza hacia atrás.
  - Que el cuidador esté ansioso e impaciente.
- Consultar en el apartado *Riesgo de aspiración* para intervenciones de alimentación a un lactante con labio leporino o fisura palatina.

Establecer una relación de colaboración con los padres en todas las etapas del plan

- Crear un ambiente de apoyo y colaboración para que, cuando estén presentes, los padres adopten el papel principal en la intervención relacionada con la alimentación. Cuando no lo estén y siempre que sea posible, las enfermeras emplearán el método de los padres. Además, en su ausencia, las enfermeras pueden respaldar el papel de éstos imitando su método ante el lactante, y comunicándoles después sus respuestas.
- Negociar e identificar con los padres planes para cuando den de alta al lactante e incorporarlos al plan general de alimentación; cuando sea necesario, proporcionar información continua sobre las necesidades especiales y ayudar a los padres a establecer los recursos necesarios (equipo, cuidados enfermeros, otros cuidadores) cuando sea necesario.

OBESIDAD

Obesidad

Sobrepeso

Riesgo de sobrepeso

Definición de la NANDA-I*

Condición en la que un individuo acumula grasa excesiva o de manera anormal para su edad y sexo que excede al sobrepeso.

Características definitorias

Adulto: índice de masa corporal (IMC) > 30 kg/m^2

Niño < 2 años: Término no aplicable/no se usa con lactantes/niños de esta edad

Niño de 2 a 18 años: índice de masa corporal (IMC) > percentil 95 para la edad y el sexo o > 30 kg/m^2

Factores relacionados

La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad

Consumo de bebidas endulzadas con azúcar

Conducta alimentaria desordenada

Percepciones alimentarias desordenadas

Dificultades económicas

El gasto de energía se encuentra por debajo del consumo de energía basado en estándares de evaluación (p. ej., evaluación WAVE[24])

Consumo excesivo de alcohol

Miedo a la falta de suministro de alimentos

Niños con alimentación a base de fórmula o mixta

Refrigerios frecuentes

Trastorno genético

Heredabilidad de los factores interrelacionados (p. ej., distribución del tejido adiposo, gasto de energía, actividad de la lipoproteína lipasa, síntesis de lípidos, lipólisis)

Alta desinhibición y puntuación de conducta alimentaria restringida

Frecuencia alta en la ingesta de comida de restaurante o frita

Bajo consumo de calcio en la dieta de los niños

Diabetes mellitus materna

Tabaquismo materno

Sobrepeso en la infancia

Obesidad parental

Tamaño de las porciones mayor que la recomendada

Pubarquia prematura

Rápida ganancia de peso durante la infancia

Rápida ganancia de peso durante la primera infancia, incluyendo la primera semana, los primeros 4 meses y el primer año

Sedentarismo > 2 horas/día

Período corto de sueño

Trastornos del sueño

Alimentos sólidos como fuente importante de alimentación en niños < 5 meses

Nota de la autora

Dado el problema de salud pública de *Sobrepeso* y *Obesidad* a lo largo de la vida, los tres diagnósticos anteriores son excelentes adiciones a la Clasificación de la NANDA-I.

Las intervenciones para estos diagnósticos se centrarán en estrategias para motivar y comprometer a las personas/familias a seguir un estilo de vida saludable.[25]

La obesidad es una condición compleja con implicaciones socioculturales, psicológicas y metabólicas. Cuando el enfoque se centra principalmente en limitar la ingesta de alimentos, al igual que con muchos programas de pérdida de peso, cirugía bariátrica, la posibilidad de pérdida de peso permanente es escasa. Para tener éxito, un programa de pérdida de peso en una persona debe centrarse en la modificación del comportamiento y los cambios en el estilo de vida a través del ejercicio, disminución de la ingesta y tratamiento de su componente emocional de comer en exceso.

Si una persona está en un peso saludable, pero rutinariamente come alimentos bajos en nutrientes.

La *Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud* relacionada con la ingesta insuficiente de nutrientes o inactividad en el presente de un peso saludable que no cumple con la ingesta dietética recomendada. En el caso de algunas personas con una

alimentación disfuncional, el *Afrontamiento ineficaz* relacionado con el aumento de la alimentación en respuesta a factores de estrés sería válido y requiere una remisión después del alta.

WAVE (*weight* [peso], *activity* [actividad], *variety in diet* [variedad en la dieta], *excess* [exceso]**)** (Barner y cols., 2001, Gans y cols., 2003). Es un modelo abreviado para abordar la nutrición de una persona y lograr un peso saludable. Con el cuestionario de evaluación y las intervenciones con objetivo, el modelo se diseñó para ser utilizado en entornos de atención médica como una intervención breve para activar a una persona a fin de valorar su ingesta nutricional y el nivel de actividad. Asimismo, puede ser útil evaluar con el integrante de la familia responsable de las compras y la preparación de los alimentos, los grupos de alimentos servidos, la frecuencia y el tamaño de las porciones consumidas. Véase MyPlate en *Desequilibrio nutricional*: *ingesta inferior a las necesidades*. Véanse las referencias citadas en **WAVE > Evaluación y recomendaciones**.

NOC

Estado nutricional: ingesta de nutrientes, control de peso, participación en el ejercicio, estado nutricional del lactante, masa corporal por peso, comportamiento de apego: dieta saludable, comportamiento de pérdida de peso.

Objetivos

La persona se comprometerá a un programa de pérdida de peso, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica los patrones de alimentación relacionados al consumo/ desequilibrio del gasto energético.
- Menciona ejemplos de alimentos densos en nutrientes en comparación con aquellos con "calorías vacías".
- Identifica tres maneras de aumentar su actividad.
- Se compromete a aumentar los alimentos con alta densidad de nutrientes y disminuir aquellos con "calorías vacías".
- Se compromete a hacer de 3 a 5 cambios en las opciones de alimentos y líquidos, que sean más saludables.

El niño (mayor de 8 años) verbalizará lo que es una alimentación saludable, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Describe "MyPlate".
- Describe el significado de "calorías vacías".
- Menciona bebidas de "calorías vacías" y sustitutos más saludables.
- Menciona alimentos ricos en nutrientes.

- Menciona alimentos altos en azúcar y "calorías vacías" y sustitutos más saludables.

La embarazada verbalizará la alimentación saludable y recomienda el aumento de peso durante el embarazo, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Describe las necesidades de vitaminas, minerales, proteínas y grasas durante el embarazo.
- Da ejemplos de alimentos densos en nutrientes en comparación con aquellos con "calorías vacías".
- Identifica tres maneras de aumentar su actividad.
- Relaciona el aumento de peso específico con su peso antes del embarazo.
- Explica por qué es problemático "llevar una dieta".

NIC

Aumento de la autoeficacia, aumento de la responsabilidad en sí mismo, orientación nutricional, manejo del peso, enseñanza: nutrición (apropiada para la edad), modificación del comportamiento, promoción del ejercicio, mejora del afrontamiento.

Intervenciones

Véase el Apéndice C: Estrategias para promover la participación individual/familiar para resultados más saludables para técnicas específicas a fin de mejorar la activación y el compromiso.

Iniciar la discusión: "¿Cómo puede ser más saludable?"

- Concentrarse en la respuesta de la persona (p. ej., dejar de fumar, hacer más ejercicio, comer de forma más saludable y reducir el consumo de alcohol).
- Consultar el índice de intervenciones para el cambio de estilo de vida.

Antes de que una persona pueda cambiar, ellos deben (*Martin, Haskard, Zolnierek, y DiMatteo, 2010)

- Saber qué cambio es necesario (información y causa).
- Desear el cambio (motivación).
- Tener las herramientas para lograrlo y para mantener el cambio (estrategia).
- Confiar en el profesional de la salud, quien tiene una presencia empática (Pelzang, 2010).

De ser conveniente, hablar con tranquilidad y conocimiento sobre los peligros de la obesidad, con respeto a los derechos de elección y autodeterminación de la persona

- ¿Cómo cree que le afecta el sobrepeso?
- Concentrarse en lo que dice la persona (p. ej., mi azúcar es alto, me duelen las rodillas). No la sobrecargue con consejos o información.

Para ayudar a activar el compromiso de la persona

- Hacer una de las siguientes preguntas. Elegir la mejor pregunta que se aplique a esta persona. Usar el lenguaje que entienden (p. ej., venas sanguíneas o que transportan sangre).
  - ¿Las piernas se le hinchan durante el día y vuelven a la normalidad durante la noche?
    - Explicar que el tejido graso comprime los conductos en las piernas y evita que los fluidos circulen bien. Con el tiempo, la hinchazón será permanente, 24 horas al día, causando dificultad para caminar y usar zapatos.
  - ¿Tiene presión arterial alta o ésta aumenta un poco más cada año?
    - Explicar que los vasos sanguíneos se dañan cuando el exceso de peso ejerce presión sobre los mismos y se estiran, se adelgazan y pierden fuerza. Su corazón ahora tiene que bombear más fuerte, causando que aumente la presión arterial. Con el tiempo, el corazón se agranda y no puede bombear bien. Esto se llama insuficiencia cardíaca.
  - ¿Su nivel de colesterol aumenta cada año?
    - Explicar que el estiramiento de sus vasos sanguíneos daña el interior de los conductos que llevan la sangre. El colesterol se adhiere a los conductos dañados y disminuye el flujo de sangre a los riñones, los ojos, el cerebro y las piernas. Esto puede causar derrames cerebrales, insuficiencia renal, problemas de visión y coágulos sanguíneos en las piernas.
  - Es posible que no sienta que algo está mal, pero la hipertensión puede causar daño permanente a su corazón, cerebro, ojos y riñones antes de sentir algo. Incluso bajar 5 kilos puede ayudar a disminuir su presión arterial.
  - ¿Su prueba de glucosa en la sangre aumenta un poco más cada año? ¿Hay diabetes en su familia?
    - Explicar: cuanto más tejido graso tenga, más resistentes son sus células a la insulina.
    - La insulina lleva la glucosa de la sangre a las células. Si tiene sobrepeso, las células se dañan y no absorben la insulina. Por tanto, su nivel de glucosa aumenta. Los niveles altos de glucosa en la sangre afectan los vasos sanguíneos de los ojos, los riñones y el corazón.
  - ¿Le duele la espalda, las rodillas u otras articulaciones?
    - Explicar que el peso adicional ejerce presión sobre las articulaciones y los huesos. Esta presión desgasta el cartílago, el cojín en los extremos de sus huesos. Esto hace que el hueso se frote contra otro hueso y causa dolor.
  - ¿Considera que las personas con sobrepeso tienen problemas en la curación de lesiones o una cirugía?

- Explicar que el tejido graso tiene menos suministro de sangre, que es necesario para la curación. La incisión tiene más presión en contra cuando tiene sobrepeso, que puede provocar que se abra la herida. Si se necesitan antibióticos para la infección, el medicamento no funciona bien debido a la mala circulación de la herida.
- Si la persona no identifica los efectos negativos del exceso de peso, explicar que los efectos del sobrepeso son insidiosos y con frecuencia no los siente la persona hasta que los efectos ponen en riesgo su salud o causan dolor (p. ej., una articulación).

Comer más saludable

Revisión de la ingesta diaria habitual para identificar patrones que contribuyen al exceso de peso

- Desayuno, comida y cena habituales.
- Tentempiés, comidas nocturnas.
- Saltarse las comidas.

Promover la activación para involucrar a la persona en un comportamiento más saludable. Centrarse en lo que quiere cambiar la persona. Limitar a tres cambios

Hablar sobre los excesos o deficiencias existentes usando la información que la persona misma proporcionó, por ejemplo:

- Anoche cené alitas de pollo fritas.
- ¿Algo más? No.
- ¿Cómo podría cambiar lo que comió para mejorar los nutrientes y disminuir la grasa?
- Escuchar. En caso que no haya respuesta:
  - Sugerir una o dos piezas de pollo frito en vez de 12 alas.
  - Una pieza de pollo frito sin empanizar tiene 158 calorías/muslo o 131 calorías/pechuga.
  - Un ala de pollo frito sin empanizar tiene 102 calorías.
  - Diez (10) alas tienen 1,020 calorías.
- ¿Qué podría comer además del pollo frito que sea un vegetal (p. ej., ensalada)?

Evitar describir los alimentos como malos o buenos. Explicar la densidad nutricional de los alimentos (*Hunter y Cason, 2006)

- Alimentos densos en nutrientes (bajos en calorías):
  - Frutas y verduras de colores vivos o intensos.
  - Alimentos fortificados.
  - Versiones de carnes, leche, productos lácteos y huevos más bajas en grasa.

- Alimentos menos densos en nutrientes (altos en calorías, bajos o sin nutrientes).
  - Son más ligeros o de color más blanco.
  - Contienen más cantidad de azúcar refinada.
  - Contienen productos refinados (pan blanco en comparación con granos enteros).
  - Contienen grandes cantidades de grasa para la cantidad de nutrientes en comparación con productos similares (leche sin grasa en comparación con el helado).
  - Por ejemplo:
    - Una manzana es una mejor opción que una bolsa de pretzels con el mismo número de calorías, pero la manzana proporciona fibra, vitamina C y potasio.
    - Una naranja es mejor que el jugo de naranja porque tiene fibra.
    - El agua es mejor que cualquier bebida de azúcar, incluso jugo de fruta al 100%.
- Mantener una lista de resultados positivos y beneficios para la salud (p. ej., dormir mejor, bajar la presión arterial).

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Véanse grupos de apoyo (p. ej., Weight Watchers, Overeaters Anonymous, TOPS).
- Sugerir a la persona crear un plan para caminar o hacer ejercicio con alguien.

Sobrepeso

Definición

Condición en la que el individuo acumula grasa excesiva o de manera anormal para su edad y sexo.

Características definitorias

Adulto: índice de masa corporal (IMC) > 25 kg/m^2

Niño < 2 años: peso para la talla > percentil 95

Niño de 2 a 18 años: índice de masa corporal (IMC) entre percentil 85 para la edad y el sexo o 25 kg/m^2 y percentil 95 o 30 kg/m^2

Factores relacionados

Fisiológicos

Trastorno genético

Heredabilidad en los factores interrelacionados (p. ej., distribución del tejido adiposo, gasto de energía, actividad de la lipoproteína lipasa, síntesis de lípidos, lipólisis)

Relacionado con el tratamiento

Terapia con esteroides prolongada

Disminución del sentido del gusto u olfato (disminuye la saciedad)

Situacionales (personales, ambientales)

Dificultades económicas

Miedo a la falta de suministro de alimentos

Ingesta superior a los requerimientos metabólicos

Patrones de alimentación indeseables reportados

- Refrigerios frecuentes
- Alta desinhibición y puntuación de conducta alimentaria restringida
- Frecuencia alta en la ingesta de comida de restaurante o frita
- Tamaño de las porciones mayor que la recomendada
- Consumo de bebidas endulzadas con azúcar
- Trastorno de comportamiento alimenticio (p. ej., comidas compulsivas, control de peso extremo)
- Percepciones alimentarias desordenadas

El gasto de energía se encuentra por debajo del consumo de energía basado en estándares de evaluación (p. ej., evaluación WAVE[24])

- Patrones de actividad sedentaria
- Sedentarismo > 2 horas/día
- La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad

Trastornos del sueño, período corto de sueño

Consumo excesivo de alcohol

Bajo consumo de calcio en la dieta de los niños

Obesidad en la infancia

Obesidad parental

Embarazo

Diabetes mellitus materna

Tabaquismo materno

De maduración

Neonatos/lactantes

Niños con alimentación a base de fórmula o mixta

Pubarquia prematura

Rápida ganancia de peso durante la infancia.

Rápida ganancia de peso durante la primera infancia, incluyendo la primera semana, los primeros 4 meses y el primer año

Alimentos sólidos como fuente importante de alimentación en niños < 5 meses

NOC

Estado nutricional: ingesta de nutrientes, control de peso, participación en el ejercicio, estado nutricional del lactante, masa corporal por peso, comportamiento de apego: dieta saludable, comportamiento de pérdida de peso.

Objetivos

La persona se comprometerá a un programa de pérdida de peso, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica los patrones de alimentación relacionados al consumo/desequilibrio del gasto energético.
- Menciona ejemplos de alimentos densos en nutrientes en comparación con aquellos con "calorías vacías".
- Identifica tres maneras de aumentar su actividad.
- Se compromete a aumentar los alimentos con alta densidad de nutrientes y disminuir aquellos con "calorías vacías".
- Se compromete a hacer de 3 a 5 cambios en las opciones de alimentos y líquidos, que sean más saludables.

El niño (mayor de 8 años) verbalizará lo que es una alimentación saludable, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Describe "MyPlate".
- Describe el significado de "calorías vacías".
- Menciona bebidas de "calorías vacías" y sustitutos más saludables.
- Menciona alimentos ricos en nutrientes.
- Menciona alimentos altos en azúcar y "calorías vacías" y sustitutos más saludables.

La embarazada verbalizará la alimentación saludable y recomienda el aumento de peso durante el embarazo, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Describe las necesidades de vitaminas, minerales, proteínas y grasas durante el embarazo.
- Da ejemplos de alimentos densos en nutrientes en comparación con aquellos con "calorías vacías".
- Identifica tres maneras de aumentar su actividad.
- Relaciona el aumento de peso específico con su peso antes del embarazo.
- Explica por qué es problemático "llevar una dieta".

NIC

Aumento de la autoeficacia, aumento de la responsabilidad en sí mismo, orientación nutricional, manejo del peso, enseñanza: nutrición (apropiada para la edad), modificación del comportamiento, promoción del ejercicio, mejora del afrontamiento.

Intervenciones

Véase *Riesgo de sobrepeso* para intervenciones en el caso de personas con sobrepeso.

Riesgo de sobrepeso

Definición

Vulnerable a acumulación anormal o excesiva de grasa para su edad y sexo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Adulto: índice de masa corporal (IMC) > 25 kg/m^2

La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad

Niño < 2 años: peso para la talla aproximándose al percentil 95

Niño 2 a 18 años: índice de masa corporal aproximándose a 25 kg/m^2

Niños que superan los percentiles de índice de masa corporal hacia arriba

Niños con altos percentiles en el índice de masa corporal

Consumo de bebidas endulzadas con azúcar

Trastornos en el comportamiento de la alimentación (p. ej., atracones, control extremo

del peso)

Trastornos en la percepción de la alimentación

Comer en respuesta a estímulos externos (p. ej., hora del día, situaciones sociales)

Comer en respuesta a señales internas distintas del hambre (p. ej., ansiedad)

Dificultades económicas

El gasto de energía se encuentra por debajo del consumo de energía basado en estándares de evaluación (p. ej., evaluación WAVE[24])

Consumo excesivo de alcohol

Miedo a la falta de suministro de alimentos

Niños con alimentación a base de fórmula o mixta

Refrigerios frecuentes

Trastorno genético

Heredabilidad en los factores interrelacionados (p. ej., distribución del tejido adiposo, gasto de energía, actividad de la lipoproteína lipasa, síntesis de lípidos, lipólisis)

Alta desinhibición y puntuación de conducta alimentaria restringida

Frecuencia alta en la ingesta de comida de restaurante o frita

Mayor peso de referencia al inicio de cada embarazo

Bajo consumo de calcio en la dieta de los niños

Diabetes mellitus materna

Tabaquismo materno

Obesidad en la infancia

Obesidad parental

Tamaño de las porciones mayor que la recomendada

Pubarquia prematura

Rápida ganancia de peso durante la infancia

Rápida ganancia de peso durante la primera infancia, incluyendo la primera semana, los primeros 4 meses y el primer año

Sedentarismo > 2 horas/día

Período corto de sueño

Trastorno del sueño

Alimentos sólidos como fuente importante de alimentación en niños < 5 meses

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con riesgo de ganancia de más de 12 a 14 kg en el embarazo

Relacionados con la falta de conocimientos básicos de nutrición

De maduración

Adulto/adulto anciano

Relacionados con patrones de disminución de la actividad, disminución de las necesidades metabólicas

NOC

Estado nutricional, control de peso.

Objetivos

La persona describirá por qué está en riesgo de aumento de peso, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Describe las razones para aumentar la ingesta con déficit olfativo o del gusto.
- Habla sobre las necesidades nutricionales durante el embarazo.
- Habla sobre los efectos del ejercicio en el control del peso.

NIC

Aumento de la autoeficacia, aumento de la autorresponsabilidad, orientación nutricional, manejo del peso, enseñanza: nutrición (apropiada para la edad), modificación del comportamiento, promoción del ejercicio, mejora del afrontamiento.

Intervenciones

Iniciar la discusión: "¿Cómo puede ser más saludable?"

- Concentrarse en la respuesta de la persona (p. ej., dejar de fumar, hacer más ejercicio, comer de forma más saludable y reducir el consumo del alcohol).
- Consultar el índice para las intervenciones para el cambio de estilo de vida.

Antes de que una persona pueda cambiar, se debe (*Martin y cols., 2010)

- Saber qué cambio es necesario (información y por qué).
- Desear el cambio (motivación).
- Tener las herramientas para lograr y mantener el cambio (estrategia).
- Confiar en el profesional de la salud, que tiene una presencia empática (Pelzang, 2010).

De ser conveniente, hablar con tranquilidad y conocimiento sobre los peligros de la obesidad, con respeto a los derechos de elección y autodeterminación de la persona

- ¿ Cómo cree que le afecta el sobrepeso?

Si la persona no identifica los efectos negativos del exceso de peso que se presentan

- Hacer una de las siguientes preguntas. Elegir la mejor pregunta que se aplique a esta persona. Usar el lenguaje que entienden (p. ej., venas sanguíneas o que transportan sangre) como:
  - ¿Las piernas se le hinchan durante el día y vuelven a la normalidad durante la noche?
    - Explicar que el tejido graso comprime los conductos en las piernas y evita que los fluidos circulen bien. Con el tiempo, la hinchazón será permanente, 24 horas al día, causando dificultad para caminar y usar zapatos.
  - ¿Tiene presión arterial alta o ésta aumenta un poco más cada año?
    - Explicar que los vasos sanguíneos se dañan cuando el exceso de peso ejerce presión sobre los mismos y se estiran, se adelgazan y pierden fuerza. Su corazón ahora tiene que bombear más fuerte, causando que aumente la presión arterial. Con el tiempo, el corazón se agranda y no puede bombear bien. Esto se llama insuficiencia cardíaca.
  - ¿Su nivel de colesterol aumenta cada año?
    - Explicar que el estiramiento de sus vasos sanguíneos daña el interior de los conductos que llevan la sangre. El colesterol se adhiere a los conductos dañados y disminuye el flujo de sangre a los riñones, los ojos, el cerebro y las piernas. Esto puede causar derrames cerebrales, insuficiencia renal, problemas de visión y coágulos sanguíneos en las piernas.
    - Por tanto, es posible que no sienta que algo está mal, pero la hipertensión puede causar daño permanente a su corazón, cerebro, ojos y riñones antes de sentir algo. Incluso bajar 5 kilos puede ayudar a disminuir su presión arterial.
  - ¿Su prueba de glucosa en la sangre aumenta un poco más cada año? ¿Hay diabetes en su familia?
    - Explicar: cuanto más tejido graso tenga, más resistentes son sus células a la insulina.
    - La insulina lleva la glucosa de la sangre a las células. Si tiene sobrepeso, las células se dañan y no absorben la insulina. Por tanto, su nivel de glucosa aumenta. Los niveles altos de glucosa en la sangre afectan los vasos sanguíneos de los ojos, los riñones y el corazón.
  - ¿Le duele la espalda, las rodillas u otras articulaciones?
    - Explicar que el peso adicional ejerce presión sobre las articulaciones y los huesos. Esta presión desgasta el cartílago, el cojín en los extremos de sus huesos. Esto hace que el hueso se frote contra otro hueso y causa dolor.
  - ¿Considera que las personas con sobrepeso tienen problemas en la curación de lesiones o una cirugía?

- Explicar que el tejido graso tiene menos suministro de sangre, que es necesario para la curación. La incisión tiene más presión en contra cuando tiene sobrepeso, que puede provocar que se abra la herida. Si se necesitan antibióticos para la infección, el medicamento no funciona bien debido a la mala circulación de la herida.

- Recomendar a la persona enfocarse en una meta de perder 2.5 kilos. Hacer hincapié cuánto pesan 2.5 kilos de azúcar y que cada 2.5 kilos perdidos es menos trabajo para su corazón y menos tensión en sus articulaciones. Una reducción en las calorías y el aumento de la actividad pueden causar una pérdida de peso de alrededor de 1 kilo por semana.
- Remita al interesado al artículo del sitio en internet del Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y del Riñón (NIDDK, por sus siglas en inglés), "¿Conoce usted algunos de los riesgos para la salud de tener sobrepeso?"

Comer más saludable

Véase Comer más saludable en el diagnóstico enfermero *Obesidad*.

Intervenciones maternales

Discutir el aumento de peso total apropiado para el individuo (Institute of Medicine, 2009)

- De 11 a 15 kilos si tenía un peso saludable antes del embarazo, con un IMC de 18.5 a 24.9.
- De 12.5 a 18 kilos si estaba baja de peso antes del embarazo con un IMC inferior a 18.5.
- De 7 a 11 kilos si tenía un sobrepeso antes del embarazo con un IMC de 25 a 29.9.
- De 5 a 9 kilos si era obeso antes del embarazo con un IMC mayor a 30.

Explicar el aumento de peso saludable para cada trimestre (Institute of Medicine, 2009)

- De 500 gramos aproximados a 2 kilos durante el primer trimestre.
- Aproximadamente, de 500 a 900 gramos/semana en el segundo trimestre.
- Aproximadamente, de 500 a 900 gramos/semana en el tercer trimestre.

Explicar los problemas que pueden ocurrir con demasiado aumento de peso durante el embarazo (Institute of Medicine, 2009)

- Diabetes gestacional.
- Dolor de pierna.
- Venas varicosas.
- Hipertensión.
- Dolor de espalda.

- Aumento de la fatiga.
- Mayor riesgo de parto por cesárea.

Hacer hincapié en la importancia de no hacer dieta ni saltarse las comidas, sino consumir porciones recomendadas y evitar los alimentos altos en grasa y carbohidratos

- Véase *Desequilibrio nutricional* para la recomendación dietética en el caso de una mujer embarazada (p. ej., "MyPlate", vitaminas, calcio).

Iniciar la conversación con: "¿Cómo puede ser más saludable?"

- Centrarse en la respuesta (p. ej., dejar de fumar, hacer más ejercicio, comer más saludable y dejar de ingerir alcohol).
- Consultar el índice para intervenciones sobre el cambio de estilo de vida.

Hablar sobre el consumo nutricional y el aumento de peso durante el embarazo

Hablar sobre el aumento de peso total apropiado para la persona (Institute of Medicine, 2009)

- De 11 a 15.5 kilos si tenía un peso saludable antes del embarazo, con un IMC de 18.5 a 24.9.
- De 12.5 a 18 kilos si estaba baja de peso antes del embarazo con un IMC inferior a 18.5.
- De 6.5 a 11 kilos si tenía un sobrepeso antes del embarazo con un IMC de 25 a 29.9.
- De 5 a 9 kilos si era obesa antes del embarazo con un IMC mayor a 30.

Intervenciones pediátricas

Intentar que el niño y la familia se involucren para comprender la importancia de una buena nutrición y el ejercicio

Discutir con la familia los peligros del sobrepeso infantil

- La obesidad infantil conduce a la obesidad adulta.
- El exceso de peso eleva la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el gasto cardíaco en los niños (véase Conceptos clave, Consideraciones pediátricas para otros peligros para la salud).
- A medida que aumenta el peso, disminuye la actividad.

Mencionar los obstáculos para que los padres tomen las medidas para ayudar a su hijo a comer mejor y hacer más ejercicio (en Intervenciones pediátricas)

- La creencia de que los niños superarán su exceso de peso.
- Los padres con sobrepeso sienten que no dan un buen ejemplo.
- Falta de conocimiento acerca de cómo ayudar a sus hijos a controlar su peso.
- El temor de causar un trastorno alimenticio en sus hijos.

Proporcionar una copia en color de "MyPlate"

- Véase *Desequilibrio nutricional* para intervenciones de alimentación saludable en niños y adolescentes.

Usar métodos creativos con niños más pequeños para enseñarles una buena nutrición

- Elaborar un tablero de fieltro con cada día de la semana. Con el uso de imágenes de grupos de alimentos, verduras, granos, leche, carne, queso, yogur y frutas, solicitar que el niño los pegue en el tablero para ese día.
- Leer libros que hacen hincapié que la buena alimentación produce más energía, y músculos y huesos fuertes, etcétera.

Si se señala que comer "Comida rápida" es una opción más saludable

- Fomentar el control de las porciones; educar a los niños y adolescentes que "grande", "extra", "doble" o "triple" será un alimento alto en calorías y grasa.
- Recomendar porciones más pequeñas, ya que una porción regular es suficiente para la mayoría de los niños, o compartir con un padre o hermano.
- Buscar alimentos de grano entero, frutas, verduras y alimentos ricos en calcio.
- Al planificar una comida rápida, seleccionar un establecimiento que promueva opciones más saludables en el punto de compra.
- Mencionar las estrategias para mejorar la nutrición al comer comidas rápidas:
  - Tomar leche descremada (desnatada).
  - Evitar las patatas fritas o compartir un pedido.
  - Elegir alimentos a la plancha.
  - Comer ensaladas y verduras.
- Explorar las comidas rápidas más saludables en casa (p. ej., cenas congeladas con tres grupos de alimentos).

Sugerir refrigerios saludables en casa

- Ofrezca como refrigerios frutas frescas, verduras, queso y galletas saladas, leche baja en grasa, jugos fortificados con calcio y yogur congelado.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Programas comunitarios (YM/WCA, grupos de apoyo a los adolescentes).
- Acceder a información adicional en www.uptodate.com/contents/fast-food-for-children-and-adolescents

DETERIORO PARENTAL

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias

Debe evaluarse el ambiente en el hogar en cuanto a seguridad antes de dar de alta al niño: ubicación del baño, acceso al agua, instalaciones de la cocina y barreras del entorno (p. ej., escaleras, anchura de las puertas)

Conductas de crianza inapropiadas o no educativas

Falta de conducta indicativa de vinculación parental

Manejo incoherente del comportamiento

Cuidados inconsistentes

Verbalización frecuente de insatisfacción o disgusto con el bebé/niño

Verbalización de frustración con el rol parental

Verbalización de ineptitud percibida o real

Estimulación visual, táctil o auditiva del bebé escasa o inapropiada

Indicios de maltrato o descuido del niño

Dificultades de crecimiento y desarrollo en el bebé/niño

Factores relacionados

Personas o familias que pueden correr el riesgo de desarrollar o experimentar dificultades en la crianza

Padres

Recursos económicos	Agresividad
Monoparentalidad	Discapacidad grave
Drogadicción	Trastorno psiquiátrico
Adolescencia	Víctima de accidente
Enfermedad terminal	Alcoholismo

Niño

Fruto de un embarazo no deseado	Discapacidad mental
Características no deseadas	Del sexo no deseado
Con una enfermedad terminal	Discapacidad física

Con características hiperactivas

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con interrupción del proceso de vinculación afectiva secundaria a:

Enfermedad (del niño, del padre/madre)	Encarcelamiento
Reubicación/cambio en el entorno cultural	

Relacionados con separación de la familia nuclear

Relacionados con falta de conocimientos

Relacionados con cuidadores o técnicas incoherentes

Relacionados con problemas de relación (especificar):

Desavenencias conyugales	Cohabitación
Padrastro/madrastra	Separación
Divorcio	Reubicación

Relacionados con poco apoyo externo o familia socialmente aislada

Relacionados con falta de modelo de rol disponible

Relacionados con adaptación ineficaz ante factores estresantes asociados a:

Enfermedad	Abuso de sustancias
Problemas económicos	Cuidado de ancianos
Un nuevo hijo	

De maduración

Padre/madre adolescentes

Relacionados con el conflicto de satisfacer las propias necesidades antes que las del niño

Relacionados con antecedentes de relaciones ineficaces con los propios padres

Relacionados con antecedentes de los padres de relación de maltrato con sus padres

Relacionados con expectativas no realistas que el padre/madre tiene del hijo

Relacionados con expectativas no realistas que el padre/madre tiene de sí mismo(a)

Relacionados con expectativas no realistas que el hijo tiene de sus padres

Relacionados con necesidades psicosociales del hijo no satisfechas por su padre/madre

Nota de la autora

El entorno familiar debe satisfacer las necesidades básicas para el crecimiento y

desarrollo físico del niño: estimulación del potencial emocional, social y cognitivo; refuerzo constante y estable para aprender a controlar los impulsos, el papel de los padres es proporcionar dicho ambiente. La mayoría de las dificultades de los padres provienen de la falta de conocimiento o la incapacidad para manejar constructivamente factores estresantes. La capacidad de ser un padre eficaz está en alto riesgo cuando el niño o padre tiene una condición que aumenta el estrés en la unidad familiar (p. ej., enfermedad, problemas económicos) (*Gage, Everett y Bullock, 2006).

El *Deterioro parental* describe a un padre que tiene dificultad para crear o continuar un ambiente de crianza para un niño. El *Conflicto del rol parental* describe a uno o ambos progenitores cuyo funcionamiento anteriormente eficaz peligra por factores externos. En determinadas situaciones, como en caso de enfermedad, divorcio o segundas nupcias, es de esperar una confusión y conflicto en los roles; por tanto, el *Riesgo de deterioro parental* sería útil. En la actualidad, el *Riesgo de deterioro parental* no es un diagnóstico enfermero aprobado por la NANDA-I.

NOC

Desempeño de los padres; específico de la edad (p. ej., adolescente, niño pequeño); desarrollo infantil; cese de abuso; recuperación del abuso.

Objetivos

El padre/madre o principal cuidador muestra dos habilidades efectivas para aumentar la eficacia del cuidado de los hijos, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Reconoce un problema con sus habilidades parentales.
- Identifica los recursos disponibles para mejorar las habilidades parentales culturalmente significativas.

NIC

Dirección anticipada; orientación; mejora del desarrollo; apoyo familiar; terapia familiar; fomento de la crianza de los hijos; integridad familiar: promoción.

Intervenciones

Animar a los padres a expresar sus frustraciones con respecto a las responsabilidades derivadas del desempeño del rol, la crianza de los hijos o ambas

- Transmitir empatía.
- No hacer juicios.
- Transmitir/ofrecer información educativa basada en la valoración.
- Ayudar a fomentar expectativas realistas.
- Fomentar el análisis de los sentimientos referentes a expectativas no cumplidas.

- Analizar estrategias individualizadas, alcanzables y adecuadas culturalmente (p. ej., hablar con el cónyuge, el hijo; establecer objetivos personales).

Educar a los padres sobre el crecimiento y desarrollo normales y los comportamientos esperados según la edad

- Véase *Retraso en el crecimiento y desarrollo*.

Explorar con los padres el comportamiento problematico del niño

- Frecuencia, duración, contexto (cuándo, dónde desencadenantes).
- Consecuencias (atención de los padres hacia el niño, disciplina, respuestas in coherentes).
- Comportamiento deseado por los padres.

Analizar los lineamientos para fomentar el comportamiento aceptable en los niños (Hockenberry y Wilson, 2015)

- Transmitir al niño que es amado.
- El refuerzo positivo es una técnica de disciplina eficaz y recomendada en todas las edades.
- Redireccionar es efectivo desde los lactantes hasta los niños en edad escolar, mientras que la instrucción o las explicaciones verbales son más eficaces en niños de edad escolar y en adolescentes.
- Establecer expectativas realistas para el comportamiento con base en el nivel de conocimiento y desarrollo del niño.
- Al reprender al niño, enfóquese en el mal comportamiento o acción, sin insinuar que el niño es malo.
- Estar atento a los escenarios potenciales en los cuales el niño podría comportarse mal, como por ejemplo que el niño esté cansado o sobreexcitado. Cambiar las condiciones cuando pueda o cuente con estrategias para minimizar el mal comportamiento.
- Ayudar al niño a desarrollar técnicas de autocontrol.
- Demostrar y discutir los comportamientos sociales aceptables y esperados.
- Minimizar el mal comportamiento ignorando las transgresiones menores que eventualmente detendrán el acto o el comportamiento (Ball, Bindler, y Cowen, 2015).
- Hacer promesas sólo cuando pueda cumplirlas (Ball y cols., 2015).

Explicar la técnica disciplinaria de "Tiempo fuera" (Ball y cols., 2015)

- "Tiempo fuera", se refiere a una técnica de disciplina que coloca al niño en un área designada y aislada. Esta área no incluye juguetes o juegos y sirve como consecuencia de un comportamiento indeseable. Por lo regular, el tiempo recomendado es de un minuto por año de edad.

- El tiempo fuera proporciona un período de reflexión para el niño y el padre.
- Explicar al niño qué esperar del tiempo fuera, así como la razón de que esté en tiempo fuera.
- Iniciar el cronómetro sólo cuando el niño se mantenga en silencio y restablecer el cronómetro para demostrar qué ocurre durante el tiempo fuera.
- Asegurarse de que la persona reduzca al mínimo las distracciones mientras el niño está en el tiempo fuera (p. ej., apagar la televisión o asegurarse de que no pueda verla ni escucharla).

Reconocer las influencias culturales en los métodos disciplinarios de los padres/cuidadores (Ball y cols., 2015)

- Los comportamientos esperados surgen de los valores y creencias culturales preexistentes de la familia.
- El niño aprende valores culturales y funciones y comportamientos esperados a medida que crece.
- Las familias inmigrantes pueden enfrentar retos a medida que trabajan no sólo para criar a su hijo en su cultura inherente sino también para adaptarse a la cultura a la cual han migrado.
- Diferentes culturas colocan distintos niveles de importancia en diversos aspectos de la crianza (p. ej., los abuelos como cuidadores activos, familias con un gran número de niños, responsabilidades que se espera del niño).

Reconocer y alentar los puntos fuertes de los padres/cuidadores en su papel de padre (Ball y cols., 2015)

- Enfocarse en la competencia familiar.
- Validar las emociones del integrante de la familia.
- Ayudar a los integrantes de la familia a reconocer que pueden aportar experiencias de vida positivas anteriores a su situación actual para hacer frente al problema de salud del niño.

Proporcionar directrices generales para la crianza de los hijos (Hockenberry y Wilson, 2015)

- Ser consistente con las técnicas disciplinarias en cuanto al tipo de castigo para el tipo de infracción.
- Ser adaptable y flexible cuando se trate del comportamiento y el entorno del niño.
- A medida que el niño crece, proporcionar privacidad para administrar el castigo a fin de evitar la vergüenza pública.
- Evitar la repetición del regaño o mencionar la infracción una vez que se haya cumplido y resuelto el castigo por un incidente específico.
- Mostrar unidad entre los padres/cuidadores cuando se trate de disciplina y comportamiento esperado.

- Seguir con los castigos y los detalles iniciales establecidos. Evitar distraerse.
- Elogiar a los niños por el comportamiento aceptable o deseado.
- Servir como un modelo para actuar de una manera que usted desee que su hijo actúe.
- Hablar sobre la mala conducta en cuanto la descubra.
- Establecer y explicar de manera clara y esperada las reglas sobre el comportamiento, teniendo en cuenta la edad del niño y el nivel de comprensión.

Iniciar las referencias apropiadas, según esté indicado

SÍNDROME POSTRAUMÁTICO

Síndrome postraumático

Riesgo de síndrome postraumático

Síndrome del trauma posviolación (síndrome de trauma de acoso sexual)

Definición de la NANDA-I*

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

Respuesta a un acontecimiento espantoso y abrumador "caracterizado por pensamientos intrusivos, pesadillas, recuerdos de acontecimientos traumáticos pasados, aversión de los recuerdos del trauma, hipervigilancia y trastornos del sueño, todo lo cual conduce a una notable disfunción social, profesional e interpersonal (Ciechanowski, 2014).

Características definitorias

Criterio de los factores estresantes

"Estuviste expuesto a un acontecimiento catastrófico que implica la muerte o amenaza o lesión o una amenaza a la integridad física de ti mismo o de otros (como la violencia sexual).[26] La exposición indirecta incluye el aprendizaje de la muerte violenta o accidental o la perpetración de la violencia sexual a un ser querido" (Friedman, 2016).

Criterio de recolección intrusiva

Reexperimentar de forma persistente el evento traumático a través de recordatorios intrusivos recurrentes del evento, sueños sobre el suceso, escenas retrospectivas

Criterio de evasión

Evasión de los estímulos relacionados con el evento, hablando de ello, evitando

actividades, personas o lugares que despiertan memorias, sensación de adormecido, sentimientos oprimidos, desapego, distanciamiento[1]

Cogniciones negativas y criterio de estado de ánimo

Alteraciones en el estado de ánimo, depresión crónica

Alteraciones en la excitación o criterio de reacción

Síntomas persistentes de aumento de la excitación, hipervigilancia, dificultad para dormir, problemas para concentración

Criterio de duración

Los síntomas deben persistir por al menos un mes antes de que pueda diagnosticarse como trastorno por estrés traumático

Criterio de significado funcional

Debe experimentar aflicción social, ocupacional u otros peligros significativos como consecuencia de estos síntomas

Características definitorias de la NANDA-I*

Recuerdos recurrentes,* sueños o pensamientos inquietantes*

Sueños/pesadillas repetitivos

Culpa*

Vergüenza, ansiedad,* o ataques de pánico*

Desesperanza

Miedo* a que se repita, a la muerte o a la pérdida del control corporal

Enfado, ira,* horror

Hipervigilancia, conductas de evitación

Respuesta exagerada a los sobresaltos*

Conductas de evitación, informa sentirse entumecido

Confusión

Amnesia disociativa

Agresión, alienación

Alteración en la concentración

Alteración del estado de humor

Conducta compulsiva

Expresa sentirse entumecido,* alienación*

Disminución del interés en actividades importantes

Abuso de sustancias*

Actividades de búsqueda de sensaciones

Conductas de evitación, enuresis (en niños)*

Irritabilidad*

Factores relacionados

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con acontecimientos traumáticos de origen natural, como:

Inundaciones	Avalanchas
Terremotos	Epidemias*
Erupciones volcánicas	Desastres*
Tormentas	

Relacionados con acontecimientos traumáticos causados por el ser humano, como:

Confinamiento en un campo de concentración

Accidentes graves (p. ej., industriales, de tráfico)*

Asalto

Tortura*

Violación

Bombardeo

Grandes incendios

Ser testigo de una muerte violenta*

Ataques terroristas

Guerra*

Ser testigo de una mutilación*

Haber sido prisionero de guerra*

Persecución criminal*

Accidentes aéreos

Abuso (p. ej., físico, psicológico)*

Relacionados con desastres industriales (accidentes nucleares, químicos u otros potencialmente mortales)*

*Relacionados con amenazas o lesiones graves a seres queridos o a uno mismo**

*Relacionados con acontecimientos trágicos con muertes múltiples**

*Relacionados con fenómenos que quedan fuera del ámbito de la experiencia humana habitual**

*Relacionados con la destrucción repentina del hogar y/o el barrio**

Nota de la autora

El *Síndrome postraumático* representa un grupo de respuestas emocionales ante un acontecimiento traumático de origen natural (p. ej., inundaciones, erupciones volcánicas, terremotos) o causado por el ser humano (p. ej., guerra, tortura). Las respuestas emocionales (p. ej., hipervigilancia, evasión, recuerdos recurrentes, temor, ira) pueden interferir con las relaciones interpersonales y las responsabilidades de la vida diaria. Esta evaluación proporcionará datos para formular diagnósticos enfermeros. Es a través de estos diagnósticos enfermeros que se guían las intervenciones de enfermería mas no del *Síndrome postraumático*, que es demasiado amplio.

Desde una perspectiva histórica, el cambio significativo introducido por el concepto

de TEPT fue la estipulación de que el agente etiológico se encontraba al alcance de la persona (es decir, un evento traumático) en lugar de la debilidad inherente de la persona (es decir, una neurosis traumática). La clave para entender la base científica y la expresión clínica del TEPT es el concepto de "trauma" (Friedman, 2016).

La NANDA-I retiró en 2011 el diagnóstico de *Síndrome de trauma por violación* porque no se han presentado revisiones. La autora ha revisado este diagnóstico desde 1975 y por tanto se mantiene en este trabajo. Este diagnóstico se debe renombrar *Síndrome de ataque sexual*. Este cambio describe más claramente el evento como un ataque violento y puede disminuir los sesgos que rodean a la violación (p. ej., estaba en un vecindario peligroso, tenía una cita con él).

Con base en la definición más reciente de los diagnósticos enfermeros del síndrome como un conjunto de diagnósticos de enfermería asociados, este diagnóstico no representa un síndrome y la clasificación de *Respuesta al trauma por violación* sería más exacta. La inclusión de factores causantes o contribuyentes con esta categoría es innecesaria, porque la etiología es siempre violación. Por tanto, la enfermera omite la segunda parte de la declaración de diagnóstico; sin embargo, puede agregar a la declaración el informe de violación de la persona. Por ejemplo, la *Respuesta de trauma por violación como se muestra en el reporte de una agresión sexual y sodomía el 22 de junio y múltiples hematomas faciales* (consultar registro de urgencias para la descripción).

NOC

Recuperación ante un abuso, afrontamiento, control del temor.

Objetivos

A corto plazo, la persona hará lo siguiente:

- Reconocerá el acontecimiento traumático y comenzará a trabajar con el trauma.
- Se relacionará con las personas y recursos de apoyo.
- Participará en actividades que reduzcan el estrés y mejoren el afrontamiento,

Evidenciado por los siguientes indicadores:

- Habla de la experiencia y expresa sentimientos en relación a miedo, ira y culpa.
- Identifica las fuentes de apoyo.
- Identifica tres estrategias de afrontamiento que puedan mejorar su calidad de vida (p. ej., ejercicio, aficiones, paseos por el campo, técnicas de control del pensamiento).

A largo plazo, la persona asimilará la experiencia en un todo significativo y seguirá con su vida evidenciado por el establecimiento de objetivos y los siguientes indicadores:

- Comunica que revive con menos frecuencia el trauma y los síntomas de entumecimiento.

- Comunica sentimientos de apoyo y consuelo por parte de personas y/o grupos de apoyo (Halter, 2014; Varcarolis, 2011).
- Informa de su participación en actividades regulares (diarias, semanales) que mejoran su afrontamiento.
- Informa estrategias cognitivas de afrontamiento que han mejorado su sensación de control.

NIC

Asesoramiento, reducción de la ansiedad, apoyo emocional, apoyo familiar, mejora de los sistemas de apoyo, mejora del afrontamiento, escucha activa, presencia, trabajo de duelo, asesoramiento, remisión.

Intervenciones

Valorar a las personas de todas las edades por abuso; alguien puede estar aferrándose a este secreto para toda la vida.

Determinar si la persona ha sufrido un acontecimiento traumático

- Durante la entrevista, conseguir una habitación tranquila en la que no haya interrupciones pero que sea de fácil acceso a otros componentes del equipo en caso de que deba gestionarse alguna cuestión.
- Ser consciente de que hablar de una experiencia traumática puede causar un gran malestar a la persona.
- Si la persona demuestra demasiada ansiedad, interrumpir la valoración y ayudarle a recuperar el control de la angustia o llevar a cabo otras intervenciones apropiadas.

Documentar las respuestas de la persona

Evaluar la gravedad de las respuestas y su efecto en el funcionamiento actual

- Valorar cualquier pensamiento suicida u homicida (Varcarolis, 2011).
- Consultar *Riesgo de suicidio*. En caso necesario, llamar a los agentes de seguridad.
- Determinar si hay abuso de alcohol/drogas, si hay riesgo de abstinencia (p. ej., alcohol, opioides). Consultar al médico, o a una enfermera profesional para la prevención.

Ayudar a la persona a disminuir los extremos de los síntomas de revivir el trauma o de insensibilidad

- Proporcionar un entorno seguro y terapéutico donde la persona pueda recuperar el control.
- Tranquilizar a la persona explicándole que quienes han pasado por las mismas experiencias traumáticas a menudo experimentaron esos sentimientos/síntomas.
- Permanecer con la persona y ofrecerle apoyo si experimenta un episodio de gran ansiedad (véase *Ansiedad* para información adicional).
- Ayudar a la persona a controlar el comportamiento de actuación impulsiva

estableciendo límites, fomentando la respiración y redirigiendo el exceso de energía hacia el ejercicio o la actividad física (p. ej., caminar, hacer *jogging*) (véase *Riesgo de autolesión* y *Riesgo de violencia* para más información).

- Aplicar técnicas para reducir la ansiedad (p. ej., relajación progresiva, respiración profunda).

Ayudar a identificar personas y recursos de apoyo y entablar relaciones con los mismos

- Ayudar a identificar sus fortalezas y recursos.
- Buscar sistemas de apoyo disponibles.
- Ayudar a ponerse en contacto con los sistemas de apoyo y recursos según sus necesidades.
- Ayudar a retomar sus antiguas actividades y a probar otras nuevas como el ejercicio, los paseos por el campo y las aficiones.

Ayudar a la familia y otros seres queridos

- Ayudarles a entender lo que le pasa a la persona.
- Ser muy específico sobre las diversas respuestas de la persona.
- Fomentar la expresión de los sentimientos.
- En caso necesario, proporcionar sesiones de orientación psicológica o ponerles en contacto con los recursos apropiados de los servicios sociales.

Proporcionar los cuidados enfermeros apropiados a la experiencia traumática de cada persona y a sus necesidades

Proporcionar u organizar un tratamiento de seguimiento en el que la persona pueda seguir trabajando para superar el trauma e integrar la experiencia a un nuevo concepto de sí misma

Riesgo de síndrome postraumático

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a presentar una respuesta desadaptada sostenida a un acontecimiento traumático, abrumador, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Véanse los factores relacionados del *Síndrome postraumático.*

Objetivos

La persona seguirá su actividad de manera apropiada después del acontecimiento

traumático y afirma que buscará ayuda profesional, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica los signos o síntomas que necesita consultar con un profesional.
- Expresa sentimientos referentes al acontecimiento traumático.

Intervenciones

Véase *Síndrome postraumático*.

Síndrome del trauma posviolación[27] (síndrome de trauma de acoso sexual)

Definición

Persistencia de una respuesta desadaptada a una relación sexual forzada, violenta, contra la voluntad de la víctima y sin su consentimiento (NANDA-I).

Estado en el que la persona sufre una agresión sexual forzada y violenta (penetración vaginal o anal) en contra de su voluntad y sin su consentimiento. El síndrome traumático que aparece como resultado de este ataque o intento de ataque incluye una fase aguda de desorganización de la víctima y del estilo de vida de su familia y un proceso prolongado de reorganización del estilo de vida (Burgess, 1995).[28]

Características definitorias

Informes o indicios de agresión sexual

Si la víctima es un niño, los padres pueden sufrir respuestas parecidas

Fase aguda

Respuestas somáticas

Trauma físico (contusiones, dolor)

Irritabilidad gastrointestinal (náuseas, vómitos, anorexia, diarrea)

Molestias genitourinarias (dolor, prurito, leucorrea)

Tensión musculoesquelética (espasmos, dolor, dolor de cabeza, alteraciones en el patrón de dormir)

Respuestas psicológicas

Reacciones manifiestas

Llorar, gemir	Estado de hiperalerta*
Pensamientos de venganza	Volatilidad, ira
Cambio en las relaciones*	Confusión, incoherencia, desorientación*

Reacciones ambiguas

Confusión,* incoherencia, desorientación*	Shock,* entumecimiento emocional, confusión* o incredulidad
Expresión rígida	Aturdimiento y dificultades para tomar decisiones
Tranquilidad, entumecimiento emocional	

Reacciones emocionales

Sentimiento de culpabilidad

Miedo:* de estar a solas o de que el violador regrese (si la víctima es un niño, miedo al castigo, a las repercusiones, al abandono, al rechazo)

Negación, shock, humillación y desconcierto*

Deseo de venganza, ira*

Culpa, vergüenza

Fatiga

Respuestas sexuales

Desconfianza de los hombres (si la víctima es una mujer) Alteración del comportamiento sexual, disfunción sexual*

Fase prolongada (Varcarolis, Carlson y Shoemaker, 2006)

Cualquier respuesta de la fase aguda puede continuar si no se da una solución. Además, dos o más semanas después de la agresión pueden surgir las siguientes reacciones

Respuestas psicológicas

Cambio en la relación asociado con un progenitor, una pareja, un pariente o un amigo que no brindan soporte (p. ej., culpar a la víctima por lo ocurrido, "tarda demasiado en superarlo")

Pensamientos molestos (ira hacia el atacante, recuerdos recurrentes del acontecimiento traumático, sueños, insomnio)

Mayor actividad motora (moverse, hacer viajes, vivir en otro lugar)

Mayor inestabilidad emocional (ansiedad intensa, cambios de humor, crisis de llanto, depresión)

Miedos y fobias (a los espacios cerrados o a los espacios abiertos, donde ocurrió la violación, de estar a solas, de las multitudes, de las relaciones sexuales con la pareja o con posibles parejas)

Nota de la autora

Encuesta Nacional de Victimización del Crimen del Departamento de Justicia (NCVS, por sus siglas en inglés): hay un promedio de 293,066 víctimas (de 12 años o más) de violación y agresión sexual cada año (Departamento de Justicia de Estados Unidos, 2014).

La palabra violación tiene una historia de ser considerada como un crimen pasional y no como un crimen violento. La agresión sexual se define como cualquier actividad sexual que involucre a una persona que no da o no puede dar su consentimiento (debido a alcohol, drogas, o algún tipo de incapacidad). La frase agresión sexual denota violencia no provocada, que define al perpetrador como el delincuente y a la víctima como "víctima de un crimen". La violación y la agresión sexual se pueden definir de manera diferente según los estados. La autora ha interactuado con numerosas niñas y mujeres que han compartido su agresión sexual; algunas por primera vez en su vida. Dos temas se entrelazan en sus relatos: (1) la culpa de que contribuyeron a la agresión y (2) la profunda decepción con la respuesta de la madre. Muchas madres culpan a su hija por el evento y a veces se niegan a creer a la hija cuando involucra a un pariente o amante; o sugieren que la hija provocó el evento. Tal vez esa fue la única reacción que pudiera tener una madre en ese momento, porque no podía enfrentar la verdad. Hablé con estas mujeres sobre el perdón. El perdón nunca significa que se acepte lo que pasó, sino que uno libera el dolor. Es un regalo a uno mismo.

Las niñas y las mujeres que compartieron su historia afirmaron que la violación no habría ocurrido si ellas no hubieran:

Llevado esa falda corta.

Bebido demasiado.

Vuelto a casa en la oscuridad.

Besado y abrazado a la persona en cuestión.

Salido a solas con la persona en cuestión.

Comparto con cada niña o mujer este escenario: si en lugar de ser agredidas sexualmente las hubieran golpeado en la cabeza con una pala. ¿Hubiera importado lo que llevaran puesto, o lo que estuvieran haciendo o diciendo en ese momento? La agresión sexual no es sexo, es un acto violento como golpear a alguien con una pala. A estas

mujeres les sugiero que cuando les vengan pensamientos de culpabilidad, piensen en la pala.

NOC

Protección contra el abuso, recuperación de una agresión, afrontamiento.

Objetivos

La persona, los padres, el cónyuge o el ser querido volverán al nivel de actividad anterior a la crisis y el niño expresará sentimientos concernientes a la agresión y al tratamiento evidenciado por los siguientes indicadores:

Objetivos a corto plazo

- Comparte sus sentimientos.
- Describe los procedimientos terapéuticos y las razones de éstos.
- Equipo de respuesta al ataque sexual (SART, por sus siglas en inglés).

Intervenciones

Preguntar a la persona: ¿Cómo puedo ayudarle?

- Si sospecha de un ataque sexual, entre al protocolo de la institución (p. ej., Enfermeras especializadas en casos de agresión sexual [SANE, *Sexual Assault Nursing Examiners*], Equipo de respuesta a la agresión sexual [SART, *Sexual Assault Response team*], Mujeres contra la violación [WAR, *Women against Rape*]).

Ayudar a la persona a identificar las principales preocupaciones (psicológicas, médicas y legales) y la percepción de la necesidad de ayuda

- Evaluar a los adultos mayores vulnerables por abuso.
- Los investigadores analizaron datos de 5,777 adultos mayores de 60 años de edad en una muestra nacional seleccionada al azar. La prevalencia de un año fue de 4.6% para abuso emocional, 1.6% para abuso físico, 0.6% para abuso sexual, 5.1% para negligencia potencial y 5.2% para abuso financiero actual por parte de un familiar. Un poco menos del 7% reportó maltrato sexual antes de los 60 años (Acierno y cols., 2010).

Explicar lo que la persona experimentará

- Entrevista.
- Examen, recopilación de pruebas.
- Prevención de las infecciones de transmisión sexual, embarazo.
- Investigación policial.

Completar la documentación de las responsabilidades médicolegales (Ledray, 2001)

- Seguir el protocolo de la institución.

Explicar el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (Centers for Disease Control and Prevention, 2008, Ledray, 2001)

- Enfermedades de transmisión sexual (muestras, análisis de sangre): gonorrea, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tricomoniasis, sífilis, hepatitis B, A, C, clamidia.
- Consultar el protocolo para profilaxis de clamidia, VIH, tricomoniasis y gonorrea o hablarlo con la enfermera especialista clínica o con el médico.
- Si es necesario, vacunar a las personas afectadas contra el tétanos y las hepatitis A y B.
- Determinar si hay riesgo de que la víctima quede embarazada y, si lo hay, hablarle de las píldoras anticonceptivas de urgencia o poscoitales.

Eliminar o reducir la sintomatología somática

Malestar genitourinario

Dolor

- Valorar el grado y duración.
- Controlar la ingesta y la eliminación.
- Inspeccionar la orina y los genitales externos en busca de hemorragia.
- Escuchar atentamente la descripción del dolor que haga la víctima.
- Administrar analgésicos según prescripción médica (véase *Disconfort*).

Flujo

- Valorar la cantidad, color y olor del flujo.
- Dar a la víctima tiempo para lavarse y cambiarse de ropa después de que se haya completado la exploración inicial.

Prurito

- Sugerir el baño en agua fría.
- Evitar el uso de jabones detersorios.
- Evitar tocar la zona que causa malestar.

Tensión musculoesquelética

Dolor de cabeza

- Evitar cualquier cambio repentino de posición de la víctima.
- Acercarse a la víctima despacio.
- Elevar ligeramente la cama (a menos que esté contraindicado).
- Analizar las medidas para reducir el dolor que hayan sido eficaces en el pasado.

Fatiga

- Valorar los hábitos de sueño actuales si están alterados (véase *Trastorno del patrón de sueño*).
- Discutir los factores que precipitan el trastorno del sueño; si es posible, tratar de eliminarlos.
- Procurar períodos de descanso frecuentes durante el día.
- Evitar interrupciones durante el sueño.
- Evitar situaciones estresantes.

Contusiones generalizadas y edema

- Evitar la ropa apretada.
- Tratar con cuidado las partes afectadas del cuerpo.
- Elevar la parte del cuerpo afectada si hay edema.
- Aplicar compresas frías y húmedas en la zona edematosa durante las primeras 24 h, aplicar compresas templadas al cabo de 24 horas.
- Animar a la víctima a verbalizar lo que le incomoda.
- Anotar cualquier contusión, laceración, edema o quemadura.

Proceder con la educación para la salud de la víctima y la familia

- Antes de que la víctima reciba el alta médica hospitalaria, darle una tarjeta con información sobre las visitas de seguimiento, y con los nombres y números de teléfono de los centros locales de orientación psicológica para crisis.
- Planificar una visita a domicilio o una llamada telefónica.
- Concertar asesoramiento legal o espiritual, si es pertinente.
- Remitir al psicoterapeuta, a un centro de salud mental, a acción ciudadana o a un servicio social de apoyo.

IMPOTENCIA

Impotencia

Riesgo de impotencia

Definición de la NANDA-I*

Experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.

Características definitorias

Expresiones manifiestas o encubiertas (ira, apatía) de insatisfacción por la incapacidad de controlar una situación (p. ej., trabajo, enfermedad, pronóstico, cuidados, tasa de recuperación) que influye negativamente en la actitud, los objetivos y el estilo de vida

Incapacidad para acceder a recursos valiosos (alimentos, vivienda, ingresos, educación, empleo)

Creencia de tener poco o ningún control sobre la causa de los problemas o sus soluciones

Ausencia de un comportamiento más resolutivo

- Dependencia excesiva de los demás
- Conducta impulsiva
- Comportamiento violento
- Incapacidad para resolver los problemas con eficacia
- Pasividad
- Apatía
- Ira
- Sentimientos de alienación
- Poca confianza en uno mismo
- Resignación
- Ansiedad
- Depresión
- Sentido de vulnerabilidad
- Sentimientos de impotencia

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Cualquier proceso de enfermedad, aguda o crónica, puede causar impotencia o contribuir a la misma. Algunas de las fuentes habituales son las siguientes:

Relacionadas con incapacidad para comunicarse secundaria a:

Ictus

Enfermedad de Alzheimer o Parkinson (disartria)

Intubación, ventilación mecánica o traqueostomía

Relacionadas con incapacidad para realizar actividades de la vida diaria secundaria a enfermedades como:

- Ictus
- Traumatismo cervical
- Infarto de miocardio
- Dolor

Relacionadas con incapacidad para cumplir con las responsabilidades del rol secundaria a cirugía, traumatismo o artritis

Relacionadas con trastornos debilitantes progresivos secundarios a enfermedades como esclerosis múltiple, cáncer terminal o sida

Relacionadas con el abuso de sustancias

Relacionadas con distorsiones cognitivas secundarias a trastornos de salud mental

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionadas con el paso de un estado curativo a un estado paliativo

Relacionadas con el sentimiento de pérdida de control y con restricciones en el estilo de vida secundario a (especificar)

Relacionadas con el hábito de comer en exceso

Relacionadas con características personales que valoran mucho el control (p. ej., locus de control interno)

Relacionadas con los efectos de las limitaciones hospitalarias o institucionales

Relacionadas con un miedo exagerado a la desaprobación

Relacionadas con retroalimentación negativa constante

Relacionadas con relaciones abusivas prolongadas

Relacionadas con valores patriarcales opresivos con las mujeres

Relacionadas con la presencia de una relación abusiva con antecedentes de enfermedad mental (Orzeck, Rokach y Chin, 2010)

De maduración

Adultos ancianos

Relacionadas con pérdidas múltiples secundarias al envejecimiento (p. ej., jubilación, déficits sensoriales, déficits motores, dinero, seres queridos)

Nota de la autora

La impotencia es un sentimiento que todas las personas experimentan en distintos grados en diferentess situaciones. Stephenson (*1979) describió dos tipos de impotencia: 1) *Impotencia circunstancial*, que tiene lugar en un acontecimiento específico y es probable que sea breve; 2) *rasgos de impotencia*, que es más dominante y afecta a la actitud general, los objetivos, el estilo de vida y las relaciones.

La desesperanza se diferencia de la impotencia en que una persona sin esperanza no ve solución a sus problemas o considera que no hay forma de lograr lo que desea, aun cuando sienta que tiene el control. Una persona con impotencia puede ver una alternativa o respuesta pero es inca-paz de hacer nada debido a su percepción de falta de control y recursos. La impotencia prolongada puede llevar a la desesperanza.

NOC

Control de depresión, creencias de salud, creencias de salud: percepción de control, participación: decisiones sobre los cuidados de la salud.

Objetivos

La persona manifestará capacidad para controlar o influir en las situaciones y resultados, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica los factores que puede controlar.
- Toma decisiones respecto a sus cuidados, tratamiento y el futuro, cuando sea posible.

NIC

Manejo de estado de ánimo, enseñanza: individual, apoyo en la toma de decisiones, facilitación de la responsabilidad de sí mismo, guía sobre el sistema de salud, apoyo espiritual

Intervenciones

Evaluar los factores causales y contribuyentes

- Falta de conocimientos.
- Patrones previos de afrontamiento inadecuados (p. ej., depresión; para su discusión, véase *Afrontamiento ineficaz* relacionado con la depresión).
- Oportunidades escasas para tomar decisiones.

Si es posible, eliminar o reducir los factores contribuyentes

Falta de conocimientos

- Mejorar la comunicación eficaz entre la persona y el profesional de cuidados de la salud.
- Explicar a la persona todos los procedimientos, reglas y opciones; evitar la jerga profesional. Ayudarle a anticipar situaciones que ocurrirán durante el tratamiento (ello proporciona imágenes cognitivas orientadas a la realidad que refuerzan un sentido de control y estrategias de afrontamiento).
- Dedicar tiempo a contestar sus preguntas; pedir a la persona que anote las preguntas para que no las olvide.
- Dedicar un tiempo específico en cada turno (10 a 15 min) para que la persona sepa que puede emplearlos para preguntar o discutir los temas que desee.
- Anticipar las preguntas/intereses y ofrecer información. Ayudar a la persona a anticipar acontecimientos y resultados.
- Destacar los cambios positivos en el estado de la persona, como la disminución de enzimas séricas después de un infarto de miocardio o una incisión quirúrgica que cicatriza bien, manteniendo una actitud realista.
- Proporcione oportunidades para que la persona y la familia se identifiquen con una enfermera principal para establecer la continuidad en la provisión de la atención y la implementación del plan de cuidados.

- Si los factores contribuyentes son el dolor o la ansiedad, informar sobre cómo usar técnicas de control conductual (p. ej., relajación, imaginería mental, respiración profunda).

Dar oportunidades a la persona para que controle sus decisiones e identifique objetivos personales de los cuidados

- Permitirle manipular su entorno, por ejemplo, decidir qué se va a colocar dónde (los zapatos debajo de la cama, el cuadro sobre la ventana).
- Si la persona lo desea y las normas del hospital lo permiten, animarle a llevar efectos personales de casa (p. ej., almohadas, fotografías).
- No ofrecer opciones si no las hay (p. ej., se debe administrar una inyección intramuscular profunda o en Z). Dar alternativas que sean relevantes para la persona.
- Anotar las decisiones específicas de la persona en el plan de cuidados para asegurarse de que el resto del equipo conozca sus preferencias ("no le gusta el zumo de naranja", "se ducha", "piensa cambiarse de ropa a las 7:30 antes de ducharse").
- Cumplir las promesas.
- Permitir a la persona y a su familia participar en el cuidado.
- Estar alerta a las señales de paternalismo de los profesionales de la salud (p. ej., tomar decisiones por las personas).
- Programar una reunión sobre los cuidados para permitir que todo el equipo discuta los métodos para individualizar los cuidados; animar a cada profesional de enfermería a que comparta al menos una acción que haya descubierto que le gusta a una persona en particular.
- No insistir tanto en lo que no se puede hacer como en lo que sí se puede.
- Fijar metas a corto plazo, que reflejen conductas, que sean prácticas y realistas (andar 1.5 m más cada día; entonces, en 1 semana, la persona puede andar hasta la sala de la televisión).

Permitir a la persona que experimente los resultados de sus propias acciones

Involucrar activamente a una persona con *locus* de control externo para animarla a participar

- Pedir a la persona que lleve un registro (p. ej., ingesta de alimentos durante 1 semana; tabla de pérdida de peso; programa de ejercicios; tipo y frecuencia de los medicamentos que toma).
- Usar el contacto telefónico o el correo electrónico para controlar a la persona, si es factible.
- Dar indicaciones explícitas por escrito (p. ej., planes de comidas; régimen de ejercicios: tipo, frecuencia, duración; lecciones prácticas de oratoria para la afasia).

Ayudar a la persona a obtener energía de otras fuentes

- Permitir que la persona y su familia usen otras fuentes de energía (p. ej., oración, técnicas de reducción del estrés). Procurar privacidad y apoyo a otras medidas que la persona o la familia puedan requerir (p. ej., meditación, imaginería mental, rituales especiales).
- Sugiera grupos de autoayuda que se centren en el empoderamiento.
- Ofrezca referencias a recursos comunitarios basados en la fe (p. ej., líderes religiosos, enfermera de la comunidad de fe, casa de culto).

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado (asistente social, médico/enfermera psiquiátrica, enfermera domiciliaria, líder religioso, grupos de autoayuda)

Valorar la situación con la persona

- Una vez que los sentimientos de impotencia disminuyen, analizar con la persona lo que mejor funcionó para disminuir o aliviar la intensidad de la experiencia.

Intervenciones pediátricas

- Dar oportunidades al niño para que tome decisiones (p. ej., fijar la hora del baño, permanecer tranquilo durante la inyección).
- Hacer participar al niño en ludoterapias antes y después de una situación traumática (véase *Retraso en el crecimiento y desarrollo* para encontrar intervenciones específicas a las necesidades de desarrollo según la edad).

Riesgo de impotencia

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a percibir una experiencia de falta de control sobre una situación, que puede comprometer la salud, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente el resultado.

Factores relacionados

Véanse factores relacionados en la sección *Impotencia.*

Objetivos

La persona continuará tomando decisiones referentes a su vida, el cuidado de su salud y su futuro, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Participa en el análisis de opciones.
- Formula preguntas referentes a las opciones.

Intervenciones

Véase *Impotencia*.

PROTECCIÓN INEFICAZ

Protección ineficaz

Riesgo de lesión corneal

Riesgo de ojo seco

Deterioro de la mucosa oral

Riesgo de deterioro de la mucosa oral

Deterioro de la integridad tisular

Deterioro de la integridad cutánea

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

Úlcera por presión

Riesgo de úlcera por presión

Definición de la NANDA-I*

Disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas inter-nas y externas, como enfermedades o lesiones.

Características definitorias*

Inmunidad deficiente	Fatiga
Deterioro de la cicatrización	Disnea
Deterioro de la coagulación	Anorexia
Respuesta inadaptada al estrés	Tos
Alteraciones neurosensoriales	Debilidad
Úlceras por presión	Prurito
Escalofríos	Inmovilidad
Insomnio	Inquietud
Transpiración	Desorientación

Nota de la autora

Este amplio diagnóstico describe a una persona que tiene alterada la capacidad de defenderse de microorganismos, hemorragias o ambos debido a inmunodepresión, mielosupresión, alteración de los factores de la coagulación, o a todo ello. Usar este

diagnóstico conlleva varios problemas posibles.

Se advierte a la enfermera del riesgo de sustituir *Protección ineficaz* por afección del sistema inmunitario, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), coagulación intravascular diseminada, diabetes mellitus u otros trastornos. En lugar de eso, la enfermera debe centrarse en los diagnósticos que describen las capacidades funcionales de la persona que están o pueden estar afectadas debido a una alteración en la protección, como *Fatiga, Riesgo de infección* y *Riesgo de aislamiento social*. La enfermera también debe tratar las complicaciones fisiológicas de la alteración de la protección que requieran intervenciones médicas y enfermeras para su gestión, identificando los problemas de colaboración apropiados como el *RC de crisis de células falciformes* y *RC de infecciones oportunistas*.

La NANDA-I aprobó dos nuevos diagnósticos de enfermería: *Úlcera por presión* y *Riesgo de úlcera por presión*. Estos nuevos diagnósticos hacen innecesarios los términos *Deterioro de la integridad cutánea* y *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea* e inconsistentes con el lenguaje clínico apropiado: *Úlcera por presión*.

Factores de riesgo

Fisiopatológicos

Enfermedad del sistema autoinmune (artritis reumatoide, diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, gota, osteoporosis, etc.)*

Enfermedad del colágeno vascular

Antecedentes de alergias*

Problemas estructurales de los párpados

Lesiones neurológicas con pérdida del reflejo sensitivo o motor (lagoftalmos, falta del reflejo espontáneo del parpadeo debido a una disminución de la conciencia y otros trastornos médicos)*

Lesión de la superficie ocular*

Deficiencia de vitamina A*

Deficiencia de las glándulas lagrimales

Lesión de las glándulas lagrimales debido a inflamación

Dificultad para pestañear debido a problemas en las pestañas (p. ej., ectropión [eversión del párpado hacia fuera]; entropión [inversión del párpado hacia dentro])

Relacionados con el tratamiento

Fármacos como inhibidores de la enzima conversora de angiotensina, antihistamínicos, diuréticos, esteroides, antidepresivos, tranquilizantes, analgésicos, sedantes, agentes

bloqueantes neuromusculares*

Operaciones quirúrgicas*

Fármacos antiinflamatorios (p. ej., ibuprofeno, naproxeno, píldoras anticonceptivas, descongestivos)

Después de una cirugía ocular con láser

Lesión de las glándulas lacrimales debido a radiación

Después de una cirugía cosmética de párpados

Anticonceptivos orales

Terapia de ventilación mecánica*

Personales (situacionales, ambientales)

Muchas horas mirando la pantalla del ordenador

Fumar

Ingesta excesiva de alcohol

Lentes de contacto*

Factores ambientales (aire acondicionado, viento excesivo, exposición a la luz solar, contaminación atmosférica, poca humedad),* clima con viento cálido y seco

Zona de residencia*

Sexo femenino*

Estilo de vida (p. ej., fumar, consumir cafeína, leer durante mucho tiempo)*

Viajar en avión

De maduración

Envejecimiento

Posmenopausia

Riesgo de lesión corneal

Definición

Vulnerable a una infección o lesión inflamatoria en el tejido corneal que puede afectar las capas superficiales o profundas y que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Parpadeo < 5 veces por minuto
- Exposición del globo ocular
- Puntuación < 7 en la escala de coma de Glasgow
- Intubación
- Ventilación mecánica
- Edema periorbital
- Agente farmacéutico
- Hospitalización prolongada
- Traqueostomía
- Terapia con oxígeno

NOC

Conocimiento: cuidado de enfermedad, control de infecciones, control de síntomas, hidratación.

Objetivos

Los síntomas o signos de complicaciones de sequedad del ojo serán mínimos o nulos en la persona, evidenciados por los siguientes indicadores:

- Conjuntiva rosa.
- No hay aumento en el drenaje o drenaje purulento.
- Córnea transparente.

NIC

Protección contra la infección de los ojos; administración de medicamentos: ojo, nivel de confort, hidratación, reducción de ansiedad (familia).

Intervenciones

Identificar a las personas con alto riesgo

- Inconsciente.
- Sedado durante > 48 horas.
- Paralizado.
- Soporte ventilatorio.

Monitor para queratitis

- Ojos rojos y llorosos.

- Dolor en el ojo (si puede informar).
- Área blanca a gris en la córnea (signo tardío)

Reportar cualquier cambio en el aspecto del ojo o reportar de inmediato dolor ocular o de borrosidad (si tiene la capacidad)

Proveer cuidado ocular según lo prescrito

- Gotas para ojos, lubricantes, antibióticos.
- Parches, gasas, protectores para los ojos, cubiertas de polietileno.

Si no se ha prescrito ningún protocolo de cuidado de los ojos, consultar de inmediato con el médico o enfermera

Prevenir infección

- Usar guantes con el cuidado de los ojos.
- Enseñar a la familia que no deben tocar o limpiar el área de los ojos de una persona.
- Bajar suavemente el párpado inferior e introducir gotas o una línea de ungüento en el surco del párpado.
- Evitar la contaminación de los productos para el cuidado de los ojos. Nunca tocar el gotero o la punta del tubo con el párpado. Si esto ocurre, desechar el medicamento.
- Procurar enseñarle a una nueva enfermera o a la estudiante de enfermería.

Evaluar el estado de hidratación con frecuencia

Antes de ver al enfermo, explicar a la persona y sus seres queridos la razón de los tratamientos para los ojos (p. ej., el uso de protectores, cubiertas de polietileno [envoltura de plástico]).

Iniciar la educación para la salud, según esté indicado

- Aconsejar que vea a un proveedor de atención primaria o un oftalmólogo si hay signos y síntomas de sequedad ocular, infección y dolor ocular.

Riesgo de ojo seco

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a molestias en los ojos o daños en la córnea y la conjuntiva debido a la reducida cantidad o calidad de las lágrimas para humedecer el ojo que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

Fisiopatológicos

Enfermedad del sistema autoinmune (artritis reumatoide, diabetes mellitus, enfermedad

tiroidea, gota, osteoporosis, etc.)*

Antecedentes de alergias*

Lesiones neurológicas con pérdida del reflejo sensitivo o motor (lagoftalmos, falta del reflejo espontáneo del parpadeo debido a una disminución de la conciencia y otros trastornos médicos)*

Lesión de la superficie ocular*

Deficiencia de vitamina A*

Relacionados con el tratamiento

Fármacos como inhibidores de la enzima conversora de angiotensina, antihistamínicos, diuréticos, esteroides, antidepresivos, tranquilizantes, analgésicos, sedantes, agentes bloqueantes neuromusculares*

Operaciones quirúrgicas*

Terapia de ventilación mecánica*

Personales (situacionales, ambientales)

Lentes de contacto*

Factores ambientales (aire acondicionado, viento excesivo, exposición a la luz solar, contaminación atmosférica, poca humedad),* clima con viento cálido y seco

Zona de residencia*

Sexo femenino*

Estilo de vida (p. ej., fumar, consumir cafeína, leer durante mucho tiempo)*

De maduración

Envejecimiento

Posmenopausia

Nota de la autora

El nuevo diagnóstico enfermero de la NANDA-I representa un problema común que sufre la mayor parte de las personas de manera aguda o crónica. Para algunas personas, el problema sólo es molesto, mientras que para otras representa un disconfort crónico importante y para unos cuantos es un factor grave de riesgo que puede provocarles abrasiones corneales. Por tanto, este diagnóstico se puede usar para prevenir o reducir los ojos secos.

Para las personas que están en riesgo de abrasión corneal, como aquellas con sequedad ocular crónica o que están tan debilitadas que tienen afectado el sistema de lubricación ocular (p. ej., personas comatosas), clínicamente el *Riesgo de abrasión*

corneal sería más útil. La NANDA-I aceptó en 2014 el *Riesgo de lesión corneal*.

NOC

Ambiental, conductas de promoción de la salud, control de síntomas.

Objetivos

La persona informará de una reducción de los síntomas de ojos secos, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Describir las causas del ojo seco.
- Identifica las estrategias para prevenir la sequedad de los ojos.

NIC

Nivel de confort, hidratación, gestión del entorno, orientación nutricional.

Intervenciones

Explicar los factores que contribuyen a los ojos secos

- Véanse factores de riesgo.

Enseñar cómo utilizar lágrimas artificiales o lubricantes oculares que se venden sin receta médica, según se necesiten

- Antes de leer o de realizar otras actividades que aumenten los movimientos de los ojos.
- Usar gotas oculares sin conservantes si tienen que aplicarse más de cuatro veces al día.
- Evitar usar gotas que "eliminan el enrojecimiento", ya que no son eficaces para lubricar los ojos.

Aumentar la humedad ambiental, especialmente en invierno y en climas secos

- Evitar habitaciones calientes, vientos fuertes.

Llevar gafas de sol de tipo envolvente o de otro tipo con sellos de gomaespuma o similares; usar gafas protectoras para nadar

Evitar los irritantes oculares

- Aerosoles para el cabello.
- Humo de tabaco.
- Aire en los ojos (p. ej., secadora del pelo, ventiladores).

Para personas que usan lentillas

- Si usan gotas oculares, averiguar si deben retirarse las lentillas antes de ponerse las gotas y no recolocarlas hasta pasados 15 minutos.
- Las gotas humectantes pueden ser eficaces si la sequedad del ojo es leve.

- Si conviene, usar las lentillas durante pocas horas al día.

Informar de los efectos de la nutrición y la hidratación en la sequedad de los ojos

- Evitar la deshidratación. Aconsejar el control de la hidratación manteniendo la orina de color claro.
- Explicar que el café y el té son diuréticos y que es necesario aumentar la ingesta de agua, a menos que esté contraindicado.
- Analizar la relación de la ingesta nutricional de ácidos grasos ω-3, como los del pescado de agua fría, las sardinas, el atún, el salmón, el bacalao, los arenques, el aceite de linaza, el aceite de soja, el aceite de colza, los suplementos de aceite de pescado y la vitamina A (p. ej., suplementos de las zanahorias y el brócoli).

Al leer o usar un ordenador durante períodos largos (Mayo Clinic, 2010):

- Hacer descansos oculares, cerrar los ojos durante unos minutos.
- Parpadear repetidamente durante unos segundos.

Aconsejar la consulta con el profesional responsable de sus cuidados o con un oculista en caso de signos y síntomas prolongados de ojo seco

Deterioro de la mucosa oral

Definición de la NANDA-I*

Lesión en los labios, tejidos blandos, cavidad oral y/u orofaringe.

Características definitorias

Alteración de la membrana mucosa oral

Cambios de color: eritema, palidez, manchas blancas, lesiones y úlceras

Cambios de humedad: aumento o disminución de la saliva

Cambios en la limpieza: sarro, halitosis, decoloración de los dientes

Cambios en la integridad de la mucosa: dificultad para tragar, disminución del sentido del gusto, dificultad para el destete

Cambios en la percepción: dificultad para tragar, disminución del sentido del gusto, dificultad para llevar la dentadura postiza, sensación de ardor, dolor y cambio en la calidad de la voz

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con la inflamación/sequedad secundarias a:

- Alergia
- Enfermedad autoinmune
- Trastorno autosómico
- Trastorno de conducta (p. ej., déficit de atención, oposición desafiante)
- Inmunodeficiencia
- Inmunosupresión
- Infección
- Síndromes (p. ej., de Sjögren)
- Traumatismo oral

Relacionados con inflamación secundaria a cáncer bucal

Relacionados con enfermedad periodontal

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con los efectos de la sequedad de:

Dieta absoluta durante más de 24 h

Irradiación de la cabeza o el cuello

Uso prolongado de esteroides o de otras sustancias inmunodepresoras y otros medicamentos como opiáceos, antidepresivos, fenotiacinas, antihipertensores, antihistamínicos, diuréticos y sedantes

Uso de medicamentos antineoplásicos

Oxigenoterapia

Respiración bucal

Trasplante de células madre y transfusiones

Relacionados con irritación mecánica secundaria a:

Tubo endotraqueal

Sonda nasogástrica

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con irritantes químicos secundarios a:*

- Alimentos ácidos
- Drogas/medicamentos
- Sustancias nocivas
- Alcohol
- Tabaco
- Alta ingesta de azúcar

Relacionados con traumatismos mecánicos secundarios a:

- Dentaduras postizas que no encajan bien
- Dientes rotos o ausentes

*Relacionados con mala nutrición**

Relacionados con una higiene bucal inadecuada

Relacionados con falta de conocimientos sobre la higiene bucal

Nota de la autora

Véase *Deterioro de la integridad tisular*.

La salud bucal influye directamente en muchas actividades de la vida diaria (comer, ingesta de líquidos y respiración) y en las relaciones interpersonales (apariencia, autoconcepto, comunicación). Muchas enfermedades bucales o infartos comienzan en silencio y son indoloros hasta que se ha producido una afectación significativa. Lamentablemente, el cuidado de la boca no suele ser una prioridad en las instalaciones sanitarias. Incluso no alientan a aquellos que pueden procurar su higiene bucal, pero que necesitan ayuda con la preparación y los insumos.

NOC

Integridad tisular bucal.

Objetivos

La persona no presentará signos de irritación de la mucosa oral o mostrará signos de curación con disminución de la inflamación, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Describe los factores que causan lesiones bucales.
- Demuestra conocimientos de una óptima higiene bucal.

NIC

Restauración de la salud bucal, manejo de la quimioterapia, mantenimiento de la salud bucal, promoción de la salud bucal.

Intervenciones

Evaluar los factores causales o contribuyentes

- Evaluar con una herramienta válida y confiable como primer paso para prevenir y tratar la mucositis oral (Eilers, Harris, Henry y Johnson, 2014).
- Evaluar la capacidad de la persona para realizar la higiene bucal. Permita que la persona realice el mayor cuidado oral posible. En caso de personas de alto riesgo, inspeccionar la cavidad oral para detectar lesiones (p. ej., manchas blancas, dientes rotos y signos de infección).
- Avisar al personal/estudiante que reporte cualquier queja de úlceras en la boca,

manchas blancas, dientes rotos y afilados y problemas de deglución.

Enseñar higiene bucal preventiva a las personas con riesgo de desarrollar mucositis

- Pedir a la persona que:
  - Después de las comidas y antes de acostarse instaure una pauta que incluya cepillado, uso del hilo dental, enjuagues e hidratación.
  - Las personas que aún cuentan con sus piezas dentales deben cepillarse los dientes de acuerdo con el procedimiento arriba descrito. Usar bicarbonato sódico (1 cucharadita: 8 oz de agua), agua o solución salina normal (puede estar contraindicado en personas con restricciones de sodio).
  - Evite los enjuagues bucales con alcohol, hisopos con limón o glicerina, o el uso prolongado de peróxido de hidrógeno.
  - Se aplique lubricante en los labios cada 2 h y según necesidades (p. ej., lanolina, pomada con vitaminas A y D).
  - Inspeccione la boca diario a fin de detectar lesiones e inflamación e informe de las alteraciones.
  - Evite los alimentos picantes, salados, calientes, ásperos o ácidos.
  - Informe los siguientes síntomas: temperatura superior a 38.3 ºC, nuevas lesiones o llagas en la boca, sangrado de encías, dificultad para tragar o incapacidad para tomar líquidos y dolor en la boca.
  - Mantenga la boca limpia y húmeda.
- El inicio de protocolos de atención oral ha disminuido la neumonía relacionada al ventilador (Feider, Mitchell, y Bridges, 2010) y la neumonía no adquirida por ventilador (Quinn y cols., 2014).

Consultar con el médico sobre la posible necesidad de administrar profilácticamente un antimicótico o antibacteriano para las personas inmunodeprimidas con riesgo de sufrir una mucositis (National Comprehensive Cancer Network, 2008)

- Instruir a la persona para que visite al dentista 2 o 3 semanas antes de empezar la terapia para que le den un diagnóstico y le traten las infecciones y para asegurar un tiempo adecuado de curación.
- Consultar con el dentista la posibilidad de una pauta de tratamiento diario de flúor y de higiene bucal.
- Pedir a la persona que visite al dentista durante el tratamiento según sea necesario y 2 meses después del tratamiento.
- Informar de cualquier lesión bucal sospechosa al dentista para realizar un cultivo que identifique los organismos causales.
- Administrar antibióticos, antimicóticos o antivirales, según la prescripción médica.

- Controlar la temperatura cada 4 h e informar de cualquier enrojecimiento anómalo al responsable de los cuidados de la salud.
- Reemplazar el cepillo de dientes después del tratamiento de una infección bucal sospechada o documentada.

Realizar higiene bucal en personas que están intubadas o con ventilación mecánica

- Mantener elevada la cabecera de la cama en un ángulo de 30°, a no ser que esté contraindicado.
- Cepillar los dientes, la lengua y las encías como se describe arriba dos veces al día, con cepillo dental, no con cepillo de espuma.
- Humedecer la cavidad oral cada 2 a 4 h y según sea necesario con solución salina normal o solución de enjuague bucal.
- Usar una jeringa de bulbo para enjuagar la boca; aspirar el enjuague con succión o usar un cepillo de dientes de aspiración.
- Utilizar enjuagues o geles de gluconato de clorhexidina oral según los protocolos o las instrucciones.
- Aplicar humectante bucal a la boca y los labios.
- Retirar el exceso de secreciones orales usando la succión.
- Se necesitan más estudios para determinar qué soluciones para el cuidado bucal son las más eficaces.

Promover la curación y reducir la progresión de la mucositis

- Inspeccionar la cavidad bucal tres veces al día con un depresor de lengua y luz; si la mucositis es grave, inspeccionar la boca cada 4 horas.
- Asegurar que se realiza la pauta de higiene bucal cada 1 o 2 h mientras se está despierto y cada 4 h por la noche.
- Usar solución salina normal como enjuague bucal.
- Usar el hilo dental sólo una vez al día.
- Omitir el hilo dental si hay hemorragia excesiva.

Evaluar la presencia o los riesgos de disminución de salivación

- Deshidratación y anemia.
- Tratamiento de radiación en la cabeza y el cuello.
- Deficiencias de vitaminas.
- Extirpación de las glándulas salivales.
- Alergias.

- Efectos secundarios de los fármacos (p. ej., antihistamínicos, anticolinérgicos, fenotiazina, narcóticos, quimioterapia, laxantes y otros medicamentos antineoplásicos).

Reducir el dolor oral y mantener una ingesta adecuada de alimentos y líquidos

- Evaluar la capacidad de la persona para masticar y tragar. Remitir con un terapeuta del habla para una evaluación integral si está indicado.
- Administrar un analgésico suave cada 3 o 4 h o según la prescripción médica.
- Dar instrucciones a la persona para que:
  - Evite los enjuagues bucales comerciales o con alcohol, los zumos de frutas ácidos, los alimentos picantes, la temperatura extrema de los alimentos (caliente, frío), los alimentos crujientes o ásperos y el alcohol.
  - Tome alimentos blandos y fríos (p. ej., sorbetes).
  - Tome líquidos fríos cada 2 h y cuando sea necesario.
- Consultar con un dietista para intervenciones específicas.
- Consultar a un médico para que prescriba una solución para aliviar el dolor bucal.
  - Xilocaína oral en gel al 2%: enjuagar y escupir cada 2 h y antes de las comidas. (Si la garganta está ulcerada, se puede tragar la solución; al tragarla, la xilocaína produce un efecto de anestesia local y puede afectar al reflejo faríngeo.) La dosis de la xilocaína en gel no debe exceder los 25 ml/día (National Comprehensive Cancer Network, 2008).
  - Gelclair® es un gel concentrado que proporciona una barrera protectora y requiere aplicaciones frecuentes a causa de su limitada duración. No se recomienda la profilaxis.
  - La morfina tópica reduce la intensidad y duración del dolor. Si la formulación de la morfina es con base alcohólica puede provocar quemaduras.
- Si no está contraindicado, use sal o enjuagues para bicarbonato de sodio.
- Use cepillos de dientes regulares y no cepillos de espuma.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Enseñar los factores que contribuyen a la aparición de la estomatitis y su progresión.
- Hacer que la persona/familia describa o demuestre un régimen de cuidados en casa.
- Hacer que la persona describa o demuestre el régimen de cuidados en casa.

Intervenciones pediátricas

Enseñar a los padres a

- Proporcionar a su hijo suplementos de flúor si no están presentes en concentraciones superiores a 0.7 partes por millón en el agua potable.

- Evitar tomar medicamentos de tetraciclina durante el embarazo o dárselos a niños menores de 8 años.
- Abstenerse de poner a un lactante en la cama con una botella de jugo o leche.
- Proporcionar al niño objetos seguros para masticar durante la dentición.
- Reemplazar los cepillos de dientes con frecuencia (cada 3 meses).
- Programar las revisiones dentales cada 6 meses después de los 2 años de edad.
- Supervisar y ayudar al niño en edad preescolar con el cepillado y el uso del hilo dental delante del espejo.
- Hablar con el niño al cepillarse.
- "Pida al niño que 'gorjee como un pájaro' para cepillarse los dientes delanteros y 'ruja como un león' para cepillarse los dientes traseros" (Perry y cols., 2014).
- Incorporar el cepillado y el uso del hilo dental en la rutina antes de acostarse.

R: *Placa, la flora microbiana que se encuentra en la boca, es la principal causa de las caries dentales y enfermedad periodontal. La eliminación diaria de la placa mediante el cepillado y el uso del hilo dental puede ayudar a prevenir la caries dental y enfermedades.*

Intervenciones maternales

- Reforzar la importancia de una buena higiene bucal y de los exámenes dentales.
- Recordar avisar al dentista de que está embarazada.
- Explicar que la hipertrofia y la sensibilidad de las encías son normales durante el embarazo.

Riesgo de deterioro de la mucosa oral

Definición

Vulnerable a una lesión en los labios, tejidos blandos, cavidad oral y/u orofaringe que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Fisiopatológicos

Relacionados con la inflamación/sequedad secundarias a:

Ejemplos:

Alergia	Inmunosupresión
Enfermedad autoinmune	Infección
Trastorno autosómico	Síndromes (p. ej., de Sjögren)
Trastorno de conducta (p. ej., déficit de atención, oposición desafiante)	Inmunodeficiencia Traumatismo

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con los efectos de la sequedad de:

Dieta absoluta durante más de 24 h

Irradiación de la cabeza o el cuello*

Uso prolongado de esteroides o de otras sustancias inmunodepresoras y otros medicamentos como opiáceos, antidepresivos, fenotiazinas, antihipertensores, antihistamínicos, diuréticos y sedantes

Uso de medicamentos antineoplásicos

Oxigenoterapia

Respiración bucal

Trasplante de células madre y transfusiones

Relacionados con irritación mecánica secundaria a:

Tubo endotraqueal

Sonda nasogástrica

Situacionales (personales, ambientales)

*Relacionados con irritantes químicos secundarios a:**

Alimentos ácidos	Alcohol*
Drogas/medicamentos	Tabaco*
Sustancias nocivas	Alta ingesta de azúcar

*Relacionados con traumatismos mecánicos secundarios a:**

Dientes rotos o ausentes	Ortodoncia
Dentaduras postizas que no encajan bien	

*Relacionados con mala nutrición**

Relacionados con una higiene bucal inadecuada

*Relacionados con falta de conocimientos sobre la higiene bucal**

Relacionados con las barreras para el cuidado dental secundarias a (p. ej., desventaja económica,* alteración en el funcionamiento cognitivo*)*

Relacionados con las barreras para el autocuidado oral (p. ej., estresores*)*

De maduración

Disminución del nivel hormonal en mujeres*

Niños/adolescentes

Baja motivación

Falta de suministros para el cuidado bucal (p. ej., cepillo de dientes, pasta dental, hilo dental)

Conocimiento inadecuado

Nota de la autora

El *Riesgo de deterioro de la mucosa oral* es un diagnóstico enfermero recién aceptado por la NANDA-I. Las evaluaciones e intervenciones para este diagnóstico son estándares en todos los centros de salud. Sin embargo, si una persona tiene un alto riesgo de *Deterioro de la mucosa oral*, el diagnóstico debe aparecer en la lista de problemas de la persona con los factores de alto riesgo citados en la declaración de diagnóstico, como *Riesgo de deterioro de la mucosa oral relacionado con el estado de desnutrición y los efectos de la quimioterapia*.

Objetivos/Intervenciones

Véase *Deterioro de la mucosa oral*.

Deterioro de la integridad tisular

Definición de la NANDA-I*

Lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema intertegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula de la articulación y/o ligamento.

Características definitorias

Lesión o destrucción de los tejidos (p. ej., córnea, membranas mucosas, tegumento, tejido subcutáneo).

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con la inflamación de las uniones dermoepidérmicas secundaria a:

Alteraciones autoinmunitarias	Bacterianos
Lupus eritematoso sistémico	Impétigo
Esclerodermia	Foliculitis
Alteraciones metabólicas y endocrinas	Celulitis
Diabetes mellitus	Víricos
Ictericia	Herpes zóster (vesículas)
Hepatitis	Herpes simple
Cáncer	Gingivitis
Cirrosis	Micóticos
Disfunción tiroidea	Tiña (dermatofitosis)
Fallo renal	Pie de atleta
	Vaginitis

Relacionados con disminución de la sangre y los nutrientes que llegan a los tejidos secundaria a:

Diabetes mellitus	Arterioesclerosis
Alteraciones vasculares periféricas	Obesidad
Anemia	Malnutrición
Estasis venosa	Emaciación
Trastornos cardiopulmonares	Edema*

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con disminución de la sangre y los nutrientes que llegan a los tejidos secundaria a:

Tratamientos con temperaturas corporales extremas	Dieta absoluta
	Cirugía

Relacionados con la inmovilidad impuesta secundaria a sedación

Relacionados con traumatismo mecánico

Dispositivos de fijación terapéutica

- Cerclaje mandibular
- Escayolas
- Tracciones

Dispositivos ortopédicos/ortodoncia

Relacionados con los efectos de la radiación sobre las células epiteliales y basales*

Relacionados con efectos de factores mecánicos o de presión secundarios a:*

Flotadores inflables o de gomaespuma	Sondas nasogástricas (SNG)
Torniquetes	Cizallamiento
Tablero de los pies de la cama	Fricción
Limitaciones	Tubos endotraqueales
Vendajes, esparadrapo, soluciones	Prótesis orales/ortodoncia
Catéteres urinarios externos	Lentillas

Relacionados con los efectos de los medicamentos (especificar) (p. ej., esteroides, antibióticos)

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con irritantes químicos secundarios a:*

Excreciones	Agentes/sustancias nocivas
Secreciones	

Relacionados con irritantes ambientales secundarios a:

Radiación/quemaduras solares	Plantas venenosas
Humedad	Temperaturas extremas*
Picaduras/mordeduras (insectos, animales)	Parásitos Inhalantes

Relacionados con los efectos de la presión en situaciones de deterioro de la movilidad física secundarios a:*

Dolor	Motivación
Fatiga	Déficits cognitivos, sensitivos o motores

Relacionados con hábitos personales inadecuados (higiene/dentales/dietéticos/de sueño)

Relacionados con una complexión delgada

De maduración

Relacionados con piel seca y delgada y con disminución de la vascularización dérmica secundaria al envejecimiento

Nota de la autora

Con el *Riesgo de úlcera por presión, Riesgo de lesión corneal, Riesgo de lesión en vías*

urinarias recién aceptados y la adición de *Úlcera por presión* por esta autora, el *Deterioro de la integridad tisular* y el *Riesgo de deterioro de la integridad tisular* son diagnósticos enfermeros demasiado amplios para su utilidad clínica.

Deterioro de la integridad tisular es el diagnóstico general dentro del que se incluyen diagnósticos más específicos de *Deterioro de la integridad cutánea* y *Deterioro de la mucosa oral*. Dado que el tejido está compuesto de epitelio, tejido conjuntivo, músculo y tejido nervioso, *Deterioro de la integridad tisular* describe correctamente algunas úlceras por presión que son más profundas que la dermis, y sólo debería usarse para describir soluciones de continuidad del tejido epidérmico y dérmico.

Cuando una úlcera por presión está en estadio IV, necrótica o infectada, puede ser más apropiado catalogar el diagnóstico como un problema de colaboración, esto es, como *Riesgo de complicaciones de úlcera por presión en estadio IV*. Esto representaría una situación en que la enfermera trata con las intervenciones médicas y enfermeras prescritas. Cuando una úlcera por presión en estadios II o III necesita un apósito que requiere una orden médica en un entorno de cuidados intensivos, la enfermera debe seguir catalogando la situación como diagnóstico enfermero *Úlcera por presión* porque sería apropiado y legal que tratara la úlcera de forma independiente en otros entornos (p. ej., en la comunidad).

Si una persona está inmovilizada y hay múltiples sistemas amenazados, (respiratorio, circulatorio, musculoesquelético y tegumentario), la enfermera puede usar *Síndrome de desuso* para describir toda la situación. Si una persona está en riesgo de sufrir lesión del tejido corneal, la enfermera puede usar un diagnóstico como *Riesgo de integridad corneal* relacionado con la sequedad de la córnea y con una menor producción de lágrimas secundaria a inconsciencia.

Deterioro de la integridad cutánea

Definición de la NANDA-I*

Alteración de la epidermis y/o de la dermis.

Características definitorias*

Destrucción de las capas de la piel

Solución de continuidad de la superficie de la piel

Invasión de las estructuras corporales

Factores relacionados

Véase *Deterioro de la integridad tisular.*

Nota de la autora

Véanse Notas de las autora en *Deterioro de la integridad tisular*.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una alteración de la epidermis y/o de la dermis que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Véanse factores relacionados de la sección *Deterioro de la integridad cutánea.*

NOC

Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Nota de la autora

Véase Nota de la autora en *Deterioro de la integridad tisular*.

Úlceras por presión[30]

Definición

Una úlcera de presión es una lesión localizada en la piel y tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o presión en combinación con tensión por esfuerzo (p. ej., sacro, calcáneo, isquion) (National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

Características definitorias

(National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014)

Categoría/estadio I: eritema sin blanqueamiento

Piel intacta con enrojecimiento sin blanqueamiento de un área localizada por lo general sobre una prominencia ósea. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o

más fría en comparación con el tejido adyacente.

Categoría/estadio II: espesor parcial

Pérdida parcial de espesor de la dermis, que se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho rosado rojo de la herida, sin descamación. También puede presentarse como una ampolla intacta o llena de suero abierta o reventada, o serosanguinosa. Se presenta como una úlcera superficial, brillante o seca, sin descamación ni hematomas, los cuales indican lesiones en los tejidos profundos.

Categoría/estadio III: pérdida total de espesor de la piel

Pérdida total del espesor tisular. La grasa subcutánea puede ser visible, pero no está expuesto el hueso, el tendón o el músculo. Puede haber presencia de descamación mas no oscurece la profundidad de la pérdida tisular. Puede incluir debilitamiento y efecto de túnel. El hueso/tendón no está visible ni directamente palpable.

La profundidad de una úlcera por presión de categoría/estadio III varía según la ubicación anatómica.

Categoría/estadio IV: pérdida total del grosor tisular

Pérdida total de grosor tisular con hueso, tendón o músculo expuesto. Puede haber presencia de descamación o escara. Con frecuencia incluye el debilitamiento y efecto de túnel. La profundidad de una úlcera por presión de categoría/estadio IV varía según la ubicación anatómica. Las úlceras categoría/estadio IV pueden extenderse al músculo o estructuras de apoyo (p. ej., fascia, tendón o cápsula articular), lo que puede provocar osteomielitis u osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.

Categorías/etapas adicionales para Estados Unidos

Sin etapa/sin clasificación: pérdida total del espesor de la piel o tisular, se desconoce profundidad

Pérdida total de espesor tisular en la cual la profundidad real de la úlcera se oscurece completamente por la descamación (amarillo, canela, gris, verde o café) o escara (canela, café o negro) en el lecho de la herida. Hasta no retirar la suficiente descamación y escara para exponer la base de la herida, no se puede determinar la verdadera profundidad; pero será categoría o estadio III o IV.

Sospecha de lesión tisular profunda: profundidad desconocida

Zona de coloración púrpura o marrón de piel intacta descolorida o ampolla llena de sangre debido al daño del tejido blando subyacente por presión o tensión por esfuerzo. El área puede estar precedida por tejido que es doloroso, firme, blando, de aspecto lodoso, más caliente o más frío en comparación con el tejido adyacente. Las lesiones en los tejidos profundos pueden ser difíciles de detectar en personas con tonos de piel oscuros. La evolución puede incluir una ampolla fina sobre un lecho oscuro de la herida. La herida puede evolucionar más y quedar cubierta por escaras finas. La evolución puede ser una exposición rápida de capas adicionales de tejido incluso con

un tratamiento óptimo.

Nota de la autora

La estadificación de las úlceras por presión denota las intervenciones necesarias. Como se indicó antes, las úlceras por presión de los estadios I y II se administran principalmente mediante intervenciones prescritas por enfermería, por lo que son apropiadas para clasificarse como el diagnóstico enfermero, *Úlcera por presión*.

Las categorías/estadio III y IV, sin etapa/sin clasificación, las lesiones sospechosas de tejidos profundos requieren tratamientos médicos y de enfermería complejos. Sin embargo, en muchas instituciones en Estados Unidos y otros países, el especialista en enfermería para el cuidado de heridas coordina el cuidado de la mayoría de las úlceras por presión, por tanto, el diagnóstico enfermero de *Úlcera por presión* se puede utilizar independientemente de la etapa. Las úlceras por presión en etapa IV también deben tener problemas de colaboración adicionales como el Riesgo de sepsis. Además, podrían indicarse diagnósticos enfermeros apropiados como *Riesgo de Infección, Deterioro de la movilidad física, Desequilibrio nutricional* y *Riesgo para la gestión de la salud*.

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con la disminución de la sangre y los nutrientes a los tejidos secundaria a:

Alteraciones vasculares periféricas	Arteriosclerosis
Obesidad	Deshidratación
Anemia	Malnutrición
Estasis venosa	Edema
Trastornos cardiopulmonares	Aspecto demacrado

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con la disminución de la sangre y los nutrientes a los tejidos secundaria a:

Extremos terapéuticos en el cuerpo	Obesidad
Temperatura	Dieta absoluta
Cirugía	

Relacionado con la inmovilidad impuesta secundaria a la sedación

Relacionado con el traumatismo mecánico

Dispositivos de fijación terapéutica	Tracción

Cerclaje mandibular	Aparatos ortopédicos/frenos
Escayolas	

Relacionados con los efectos de radiación en células epiteliales y basales

Relacionados con efectos de irritantes mecánicos o presión secundarios a:

Flotadores inflables o de espuma	Vendajes, esparadrapo, soluciones	Fricción
Torniquetes	Catéteres urinarios externos	Prótesis bucales/ortodoncia
Tablero de los pies de la cama	Sondas nasogástricas	Lentillas
Limitaciones	Cizalla	

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con irritantes químicos secundarios a:

Excreciones	Agentes/sustancias nocivas
Secreciones	

Relacionado con irritantes ambientales secundarios a:

Radiación/quemaduras solares	Temperaturas extremas
Humedad	Parásitos
Mordeduras (insectos, animales)	Sustancias inhalables
Plantas venenosas	

Relacionados con los efectos por presión del deterioro de movilidad física

Dolor

Motivación

Fatiga

Déficits cognitivos, sensitivos o motores

Relacionados con piel seca y delgada y disminución de vascularidad dérmica secundaria al envejecimiento

Nota de Carpenito

- Las úlceras por presión son una de las afecciones más frecuentes en los pacientes hospitalizados en condiciones agudas (0 a 46%), aquellos en cuidados críticos (13.1 a 45.5%) o aquellos que requieren atención institucional a largo plazo (4.1 a 32.2%). Un estimado de 2.5 millones de úlceras por presión se tratan cada año en centros de atención aguda sólo en Estados Unidos (National Pressure Ulcer Advisory Panel,

European Pressure Ulcer Advisory Panel).

- Según la Agencia de Investigación y Calidad de la Salud (AHRQ, 2011), las úlceras por presión cuestan al sistema de salud de Estados Unidos un estimado de $9,100 a $11,600 millones anuales.
- Se ha demostrado en estudios que el desarrollo de una úlcera por presión aumenta independientemente de la duración de la estancia hospitalaria de un paciente en 4 a 10 días. Estas estancias hospitalarias prolongadas también se asocian a una mayor incidencia de infecciones nosocomiales y otras complicaciones.
- En el cuarto trimestre de 2011, en promedio, los asilos tenían un 6.9% de sus residentes de alto riesgo de larga estancia con úlceras por presión y (Berlowitz, 2014; Ling y Mandl, 2013):
  - El 10% de los asilos con el mejor desempeño tuvo una prevalencia de 2% o menos de úlceras por presión entre sus residentes de alto riesgo.
  - El 10% de los asilos con el peor desempeño tuvo una prevalencia de 12% o más de úlceras por presión entre sus residentes de alto riesgo.
  - El 6.9% de las instalaciones no reportó úlceras por presión.
- Entre los residentes en asilos de corta estancia, se identificaron durante la admisión los siguientes factores de riesgo para las úlceras por presión (Ling y Mandl, 2013).
  - El 89.2% tenía un deterioro en la movilidad en cama.
  - El 34.5% tenía incontinencia fecal (ocasional o más).
  - El 42.4% tenía diabetes o enfermedad vascular periférica.
  - El 9.8% tenía un índice de masa corporal bajo.

Objetivos

La persona demostrará mejoría, evidenciada por los siguientes indicadores:

- Cicatrización progresiva de la úlcera por presión.
- Participación en la reducción del riesgo (especificar).

La persona/familia

- Demuestra el cuidado de la úlcera por presión.
- Identifica los signos de mejora o deterioro.
- Explica los fundamentos de las intervenciones

NIC

Intervenciones de enseñanza, vigilancia, manejo nutricional, prevención de presión, posicionamiento, incontinencia, úlceras por presión.

Intervenciones

Asegurar la evaluación y documentación de la condición de la piel y tejidos a intervalos dependiendo del riesgo individual (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014)

- Respuesta de blanqueo.
- Calor localizado.
- Edema.
- Induración (dureza).
- Dolor localizado.

Preguntar a la persona si tiene alguna zona de incomodidad o dolor que podría atribuirse a daños por presión

- Observar la piel por daños por presión causados por dispositivos médicos (p. ej., catéteres y cuellos cervicales).

En el caso de personas con piel de pigmentación oscura, se debe considerar (*Bennett, 1995, Clark, 2010, p.17) lo siguiente:

- El color de la piel pigmentada oscura intacta puede permanecer sin cambios (sin blanquear) cuando se aplica presión sobre una prominencia ósea.
- Las áreas locales de piel intacta que están sujetas a presión pueden sentirse tibias o frías al tocarlas. Esta evaluación se debe llevar a cabo sin guantes para facilitar la distinción de las diferencias de temperatura después de limpiar los fluidos corporales antes de realizar este contacto directo.
- Las áreas de piel sometidas a presión pueden ser de color púrpura/ azulado/violeta. Esto se puede comparar con el eritema observado en personas con tonos de piel más claros.
- Se queja o indica dolor actual o reciente o malestar en los sitios del cuerpo donde se ha aplicado presión.
- Asegurarse de que un dietista/nutricionista certificado complete la evaluación nutricional usando para ello la mini evaluación nutricional (MNA), si es posible.
- Informar al proveedor de prescripción cuando disminuya la ingesta de alimentos o líquidos.

Aconsejar a la familia/amigos la importancia de los alimentos y bebidas densos en nutrición *versus* los alimentos y bebidas densos en calorías

- Los alimentos densos en calorías, también llamados alimentos densos en energía, contienen altos niveles de calorías por porción en grasas y carbohidratos. Muchos alimentos procesados se consideran densos en calorías, como pasteles, galletas, refrigerios, donas y caramelos.
- Los alimentos densos en nutrientes contienen altos niveles de nutrientes, como proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales, pero con menos calorías.

Algunos alimentos densos en nutrientes son frutas frescas, verduras, bayas, melones, verduras de color verde oscuro, camotes, tomates y granos enteros, incluyendo quinoa, cebada y avena. La carne de res y la carne de cerdo son altas en proteínas y contienen altos niveles de zinc, hierro y vitaminas B.

- Véase *Desequilibrio nutricional* para intervenciones relacionadas con la promoción de la ingesta óptima de nutrientes requeridos.

Seguir el procedimiento de atención de heridas según lo prescrito por un especialista en heridas o profesional que prescribe (médico, enfermera, auxiliar médico)

- Preparación del lecho de la herida (manejo de tejidos, control de infección/inflamación, barrera contra la humedad, adelanto del borde epitelial) (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).
- Prevención, evaluación y tratamiento de la infección:
  - Sospecha una infección cuando:
    - Falta de signos de cicatrización durante 2 semanas.
    - Tejido de granulación friable (sangra fácilmente).
    - Mal olor.
    - Aumento del dolor en la úlcera.
    - Aumento del calor en el área alrededor de la úlcera.
    - Aumento del drenaje.
    - Cambio insatisfactorio en el carácter del drenaje (p. ej., sangriento, purulento).
    - Aumento del tejido necrótico en el lecho de la herida.
    - Plegado o puente en el lecho de la herida.
  - Sospeche de una biopelícula en la úlcera por presión cuando:
    - La úlcera está presente más de 4 semanas.
    - Carece de signos de cicatrización en las 2 semanas anteriores.
    - Tiene signos y síntomas clínicos de inflamación.
    - No responde a la terapia antimicrobiana.
- Curaciones para heridas: deben mantener la herida húmeda, contener exudado, proteger la piel periulcerosa, cumplir con el tamaño y la ubicación, la presencia de túneles.
- Cuando el apósito no cumple con las características de la úlcera o la úlcera se haya deteriorado, consulte con un especialista.

Consultar con el especialista en enfermería de cuidado de heridas para considerar

- Dispositivos de dispersión por presión, manipulaciones de micro-climas y telas (p. ej.,

textura de seda diseñada para reducir la cizalladura/fricción según sea apropiado (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

- Aplicar un apósito de espuma de poliuretano a prominencias óseas (p. ej., talón, codos, sacro). Evite el apósito que no se pueda retirar fácilmente (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

Estimular el mayor grado de movilidad para evitar períodos prolongados de presión: el ejercicio y la movilidad aumentan el flujo sanguíneo a todas las áreas

- Los principios de la prevención de la úlcera por presión incluyen la reducción o rotación de la presión sobre los tejidos blandos. Si la presión sobre el tejido blando excede la presión intracapilar (aproximadamente 32 mm Hg), la oclusión capilar y la hipoxia resultante pueden causar daño tisular. Cuanto mayor es la duración de la inmovilidad, mayor es la probabilidad de desarrollo de trombosis de pequeños vasos y posterior necrosis tisular (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).
- No colocar a la persona sobre áreas enrojecidas o sensibles.
- Evitar los flotadores o aros inflables.
- Reducir la inmovilidad; véase *Deterioro de la movilidad física*.

Evaluar las áreas de piel dependiente con cada cambio de posición

- Utilizar un dedo o un disco transparente para evaluar si la piel es blanquecina o no blanqueable.

No frotar ni masajear áreas enrojecidas

- Evalúe la temperatura de la piel, el edema y el cambio en la consistencia del tejido en comparación con el tejido circundante.
- Aumentar la frecuencia del programa de giros si se observa algún eritema no blanquecino. Consultar con el profesional que prescribe el uso de dispositivos de dispersión de presión y dispositivos de manipulación de microclima además de la reposición.
- Colocar a la persona en posición normal o neutral con el peso corporal distribuido de manera uniforme. Usar una posición decúbito lateral de 30º, cuando sea posible.
- Mantener la cama lo más plana posible para evitar la tensión por esfuerzo; limitar la posición de semiFowler a sólo 30 minutos a la vez.
- Alternar o reducir la presión sobre la piel con una superficie de apoyo adecuada.
- Suspender los talones para evitar el contacto sobre la superficie de la cama.
- Usar personal suficiente para levantar a la persona en la cama o moverla en una silla en vez de tirar o deslizarla sobre las superficies de la piel.
- Para reducir la tensión por esfuerzo, apoyar los pies del paciente con un tablero para pies para evitar el deslizamiento.

Promover la circulación óptima cuando la persona está sentada

- Limitar el tiempo en posición sentada para aquellos con alto riesgo de desarrollar úlceras.
- Instruir a la persona que se levante sola usando los brazos de la silla cada 10 minutos, si es posible, o ayudarla a levantarse de la silla al menos cada hora, dependiendo de los factores de riesgo presentes.
- No elevar las piernas a menos que las pantorrillas estén apoyadas para reducir la presión sobre las tuberosidades isquiáticas.
- Colocar un cojín sobre la silla para aliviar la presión.
- Inspeccionar las áreas en riesgo de desarrollar úlceras con cada cambio de posición.

Proteger la piel cerca de las sondas de alimentación o endotraqueales con una barrera protectora

- Cambie la barrera cutánea cuando esté suelta o tenga fugas.
- Pedir a la persona que informe de lo que le moleste.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Instruir a la persona y a su familia sobre las medidas apropiadas para prevenir la presión, la tensión por esfuerzo, la fricción y la maceración y no usar flotadores o aros inflables (*Bergstrom y cols., 1994, National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP], 2014; *Wound Ostomy Continence Nursing [WOCN], 2003).
- Si está indicado, observar que el integrante de la familia realice el cuidado de la herida.
- Asegurarse de que se programe una evaluación de salud en el hogar para el día en que la persona regrese a su hogar.

Riesgo de úlcera por presión

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a lesiones localizadas de la piel y/o tejido subyacente por lo general en un relieve óseo como resultado de la presión en combinación con el cizallamiento (NPUAP, 2007).

Factores de riesgo

Fisiopatológicos

Adulto: calificación < 18 en la Escala de Braden

Alteración en el funcionamiento cognitivo

Alteración en la sensibilidad

Calificación ≥ 2 en la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA)

Anemia

Enfermedad cardiovascular

Niños: calificación ≤ 16 en la Escala de Braden Q

Disminución del nivel de albúmina sérica

Desequilibrio de electrólitos, urea elevada, creatinina elevada por encima de 1 mg/dL, linfopenia, proteína C-reactiva elevada*)

Disminución en la oxigenación tisular

Disminución en la oxigenación tisular

Disminución en la perfusión tisular* (p. ej., hipertensión, hipotensión, accidente cerebrovascular, diabetes mellitus, enfermedad renal, enfermedad vascular periférica)

Deshidratación

Diabetes mellitus*

Edema

Elevación en la temperatura de la piel en 1 a 2 °C

Antecedentes de enfermedad cerebrovascular

Antecedentes de úlcera por presión

Antecedentes de traumatismo

Hipertermia

Deterioro de la circulación

Baja puntuación en la escala de valoración de riesgo de úlcera por presión (RAPS)

Linfopenia

Calificación ≥ 2 en la clasificación funcional de la New York Heart Association (NYHA)

Fractura de cadera

Eritema no blanqueante (Nota de la autora: esto no es un factor de riesgo, sin embargo representa el estadio I de la úlcera por presión)

Relacionados con el tratamiento

Agentes farmacéuticos (p. ej., anestesia general, vasopresores, antidepresivos, norepinefrina)

Largo período de inmovilidad en una superficie dura (p. ej., procedimiento quirúrgico ≥ 2 horas)

Fuerzas de cizalla

Fricción con la superficie

Uso de ropa con humedad insuficiente por la propiedad del trenzado

Situacionales (personales, ambientales)

Extremos de peso

Nutrición inadecuada

Incontinencia

Conocimiento insuficiente del cuidador sobre la prevención de úlceras por presión

Inmovilización física

Presión sobre las prominencias óseas

Reducido grosor del pliegue cutáneo del tríceps

Piel escamosa

Sequedad de la piel

Déficit de autocuidado

Humedad de la piel

Tabaquismo

Sexo femenino

Cognición disminuida[30]

Debilidad[30]

De maduración

Extremos de la edad

Nota de la autora

Véase *Úlcera por presión*.

Enfoque en criterios de evaluación

Escala de Braden para predecir el riesgo de laceración por presión

Percepción sensorial: capacidad para responder de manera significativa a las molestias relacionadas con la presión

Humedad: grado en que la piel está expuesta a la humedad

Actividad: grado de actividad física

Movilidad: capacidad para cambiar y controlar la posición corporal

Nutrición: patrón habitual de consumo de alimentos

Fricción y tensión

NOC

Integridad tisular: piel y membrana mucosa.

Objetivos

La persona demostrará la integridad de la piel sin úlceras por presión (si es posible), evidenciada por los siguientes indicadores:

- Describe la etiología y medidas de prevención.
- Participa en la reducción de riesgos.
- Consume la ingesta dietética diaria recomendada.

NIC

Manejo de la presión, vigilancia de la piel, posicionamiento, intervenciones de enseñanza, vigilancia, manejo nutricional, prevención de la presión, posicionamiento, incontinencia.

Intervenciones

Usar una escala de evaluación de riesgos formal para identificar factores de riesgo individuales además de déficits de actividad y movilidad

- Véase Enfoque en criterios de evaluación.

Realizar evaluaciones regulares de la piel con la frecuencia indicada

- La inspección de la piel debe incluir la evaluación de calor localizado, edema o endurecimiento (dureza), especialmente en individuos con piel de pigmentación oscura.
- Inspeccionar las áreas en riesgo de desarrollar úlceras con cada cambio de posición.
  - Orejas.
  - Codos.
  - Occipucio.
  - Trocánter.[31]
  - Talones.
  - Isquion.
  - Sacro.
  - Escápula.
  - Escroto.

Evaluar las áreas de piel dependiente con cada vuelta de posición

- Utilizar un dedo o un disco transparente para evaluar si la piel es blanquecina o no blanqueable.
- Evaluar la temperatura de la piel, el edema y el cambio en la consistencia del tejido en comparación con el tejido circundante.
- Observar la piel por daños por presión causados por dispositivos médicos (p. ej., catéteres y cuellos cervicales).
- Pedir a las personas que identifiquen cualquier área de incomodidad o dolor que pueda atribuirse al daño por presión.
- Documentar todas las evaluaciones de la piel, anotando los detalles de cualquier dolor posiblemente relacionado con el daño por presión.
- Preguntar a la persona si tiene alguna zona de incomodidad o dolor que pueda atribuirse al daño por presión.

En el caso de personas con piel de pigmentación oscura, se debe considerar (*Bennett, 1995, Clark, 2010, p. 17) **lo siguiente:**

- El color de la piel pigmentada oscura intacta puede permanecer sin cambios (sin blanquear) cuando se aplica presión sobre una prominencia ósea.
- Las áreas locales de piel intacta que están sujetas a presión pueden sentirse tibias o frías al tocarlas. Esta evaluación se debe llevar a cabo sin guantes para facilitar la distinción de las diferencias de temperatura después de limpiar los fluidos corporales antes de realizar este contacto directo.
- Las áreas de piel sometidas a presión pueden ser de color púrpura/ azulado/violeta. Esto se puede comparar con el eritema observado en personas con tonos de piel más claros.
- Se queja o indica dolor actual o reciente o malestar en los sitios del cuerpo donde se ha aplicado presión.
- Aumentar la frecuencia del programa de giro si se observa algún eritema no blanquecino. Consultar con el profesional que prescribe el uso de dispositivos de dispersión de presión y dispositivos de manipulación de microclima además del reposicionamiento.
- El reposicionamiento debe realizarse usando una posición de decúbito lateral de 30º (alternamente, lado derecho, espalda, lado izquierdo) o la posición boca abajo si la persona puede tolerarlo y su condición médica lo permite. Evitar posturas que aumentan la presión, como la posición de 90° de lado, o una posición levemente recostado.
- Asegurarse de que los talones no hagan contacto con la superficie de la cama. Colocar la rodilla en ligera flexión. Utilizar una almohada debajo de las pantorrillas para que los talones estén elevados (es decir, “que floten”).
- Utilizar ayudas de transferencia para reducir la fricción y tensión por esfuerzo. Levantar

a la persona mientras la reposiciona, no la arrastre.

- Evitar colocar a la persona directamente sobre dispositivos médicos, tales como tubos o sistemas de drenaje.
- Evitar posicionar a la persona en prominencias óseas con eritema no blanqueable existente.
- Si tiene que estar sentado en la cama, evitar elevar la cabeza de la cama o una posición inclinada que ejerza presión y tensión en el sacro y el coxis.

Reposicionamiento de la persona sentada

- Colocar a la persona en una posición de manera que mantenga todas sus actividades.
- Seleccionar una postura que sea aceptable para la persona y reduzca al mínimo las presiones y la tensión por esfuerzo que se ejerce sobre la piel y los tejidos blandos. Colocar los pies de la persona en un descansapiés o taburete cuando los pies no lleguen al piso.
- Limitar el tiempo que una persona pasa sentada en una silla sin alivio de presión.

Uso de superficies de apoyo para prevenir las úlceras por presión

- Utilizar un cojín de asiento que redistribuya la presión para las personas sentadas en una silla cuya movilidad es reducida.
- Limitar el tiempo que una persona pasa sentada en una silla sin obtener alivio de presión.
- Usar soportes activos de apoyo de presión alterna o colchón como se indique.

Tentativas para modificar factores contribuyentes para disminuir la posibilidad de desarrollo de una úlcera por presión

Incontinencia urinaria o fecal

- Determinar la etiología de la incontinencia.
- Mantener suficiente ingesta de líquidos para una hidratación adecuada (aproximadamente 2,500 ml diarios, a menos que esté contraindicado); comprobar la humedad de las mucosas bucales y comprobar la gravedad específica de la orina.
- Establecer un horario para vaciar la vejiga (comenzar cada 2 horas).
- Si la persona está confundida, determinar cuál es el patrón de incontinencia e intervenga antes de que ocurra.
- Explicar el problema a la persona; asegurarse de tener su cooperación para el plan.
- Cuando el paciente esté incontinente, lavar el perineo con un jabón líquido.
- Aplicar una barrera protectora a la región perineal (aerosol de barrera de película para incontinencia o toallitas).

- Comprobar con frecuencia la incontinencia cuando sea indicado.
- Para intervenciones adicionales, véase *Deterioro de la eliminación urinaria*.

Protección de la piel

- Siempre que sea posible, no girar a la persona sobre una superficie corporal que todavía esté enrojecida por un episodio previo de carga por presión.
- No usar masaje para la prevención de úlceras por presión o no frotar enérgicamente la piel que esté en riesgo de ulceración por presión.
- Usar emolientes para la piel para hidratar la piel seca a fin de reducir el riesgo de daño a la piel. Proteger la piel de exposición a humedad excesiva con un producto de barrera.
- Evitar el uso de almohadillas sintéticas de piel de oveja; dispositivos recortados, de aro o de tipo flotadores; y guantes llenos de agua.
- Supervisar los niveles séricos de prealbúmina.
  - Menos de 5 mg/dl predice un mal pronóstico.
  - Menos de 11 mg/dl predice un riesgo alto y requiere de un suplemento nutricional agresivo.
  - Menos de 15 mg/dl predice un mayor riesgo de desnutrición (Dudek, 2014).

Nutrición

- Asegurarse de que un dietista/nutricionista registrado complete una evaluación nutricional utilizando la minievaluación nutricional (MNA), si es posible.
- Informar al proveedor que prescribe cuando disminuya la ingesta de alimentos o líquidos.
- Aconsejar a la familia/amigos la importancia de los alimentos y bebidas densos en nutrición en comparación con aquellos densos en calorías.
- Los alimentos densos en calorías, también llamados alimentos densos en energía, contienen altos niveles de calorías por porción en grasas y carbohidratos. Muchos alimentos procesados se consideran densos en calorías, como pasteles, galletas, refrigerios, donas y caramelos.
- Los alimentos densos en nutrientes contienen altos niveles de nutrientes, como proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales, pero con menos calorías. Algunos alimentos densos en nutrientes son frutas frescas, verduras, bayas, melones, verduras de color verde oscuro, camotes, tomates y granos enteros, incluyendo quinoa, cebada y avena. La carne de res y la carne de cerdo son altas en proteínas y contienen altos niveles de zinc, hierro y vitaminas B.
- Véase *Desequilibrio nutricional* para intervenciones relacionadas con la promoción de

la ingesta óptima de nutrientes requeridos.

Iniciar la educación para la salud, según esté indicado

- Instruir a la persona/familia en técnicas específicas para usar en casa para prevenir úlceras por presión.
- Enseñar cómo usar su dedo para evaluar si la piel es blanquecina o no blanqueable y cuándo notificar al proveedor de atención primaria.
- Hacer énfasis en la importancia de la prevención y la identificación temprana del enrojecimiento no blanqueable.
- Considerar el uso de dispositivos de alivio de presión a largo plazo para discapacidades permanentes.
- Iniciar la remisión a una enfermera de cuidados domiciliarios para una evaluación en el hogar.

RELACIÓN INEFICAZ

Relación ineficaz

Riesgo de relación ineficaz

Definición de la NANDA-I*

Patrón de colaboración mutua que es insuficiente para cubrir las necesidades del otro.

Características definitorias*

Respeto mutuo insuficiente entre la pareja

Apoyo mutuo insuficiente en las actividades diarias en la pareja

Comprensión inadecuada del déficit funcional de la pareja (p. ej., físico, social, psicológico)

Equilibrio insuficiente en la autonomía de la pareja

Equilibrio insuficiente en la colaboración de la pareja

No identifica a la pareja como una persona de apoyo

Comunicación insatisfactoria con la pareja

Insatisfacción con la relación de complementariedad en la pareja

Insatisfacción con el cumplimiento de las necesidades emocionales de la pareja

Insatisfacción con el cumplimiento de las necesidades físicas de la pareja

Insatisfacción con el intercambio de ideas en la pareja

Insatisfacción con el intercambio de información en la pareja

Retraso en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo apropiados para la etapa del ciclo vital de la familia

Factores relacionados*

Alteración en el funcionamiento cognitivo de un miembro de la pareja

Crisis de desarrollo

Historia de violencia doméstica

Habilidades de comunicación ineficaces

Estresores

Abuso de sustancias

Expectativas no realistas

Nota de la autora

Este diagnóstico de la NANDA-I representa problemas o situaciones que pueden interrumpir las relaciones de pareja. La lista de factores relacionados presenta enfoques para las intervenciones sustancialmente diferentes. Por ejemplo, las intervenciones para los problemas de relación asociados con el consumo de sustancias frente a la violencia doméstica y el encarcelamiento frente a acontecimientos vitales estresantes son muy diferentes.

Este libro contiene valoraciones e intervenciones para todos los factores relacionados mencionados anteriormente, por ejemplo:

- Relacionados con violencia doméstica, v. *Procesos familiares disfuncionales.*
- Relacionados con el consumo de sustancias, véanse *Trastorno del autoconcepto,*‡ *Negación ineficaz, Procesos familiares disfuncionales.*
- Relacionados con expectativas no realistas, véase *Procesos familiares comprometidos.*
- Relacionados con habilidades de comunicación ineficientes, acontecimientos vitales estresantes, véanse *Procesos familiares comprometidos, Disposición para mejorar las relaciones.*
- Relacionados con cambios cognitivos, véanse *Confusión crónica, Procesos alterados de pensamiento.*§

Por tanto, cuando se valide *Relación ineficaz* o *Riesgo de relación ineficaz,* la enfermera

puede hallar objetivos e intervenciones en las secciones listadas o usar uno de los diagnósticos anteriores si le resulta más descriptivo.

Riesgo de relación ineficaz[32]

Definición de la NANDA-I*

Vulnerabilidad a un modelo de colaboración mutua que es insuficiente para cubrir las necesidades del otro.

Factores de riesgo

Alteración en el funcionamiento cognitivo de un miembro de la pareja	Habilidades de comunicación ineficaces
Crisis de desarrollo	Estresores
Historia de violencia doméstica	Abuso de sustancias
Encarcelación de un miembro de la pareja	Expectativas no realistas

---

[19]Añadido por la autora para mayor claridad.

[20]Añadido por Lynda Juall Carpenito.

[21]Esta definición ha sido añadida por Lynda Juall Carpenito, la autora, para mayor claridad y conveniencia clínica.

[22]Esta definición ha sido añadida por Lynda Juall Carpenito, la autora, para mayor claridad y conveniencia clínica.

[23]La autora decidió retirar este diagnóstico enfermero y reemplazarlo con *Participación comprometida* y *Riesgo de participación comprometida*. Véase thePoint" para tener acceso a estos diagnósticos.

[24]Evaluación WAVE = *weight* (peso), *activity* (actividad), *variety in diet* (la variedad en la dieta), *excess* (exceso).

[25]*Desequilibrio* y *Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades* se han suprimido de la Clasificación NANDA-I.

[26]*DSM-5* Siete criterios para el diagnóstico del TEPT (American Psychiatric Association, 2014; Friedman, 2016).

[27]Este diagnóstico ha sido eliminado de la NANDA-I porque no se ha revisado ni actualizado. La autora ha revisado y actualizado este diagnóstico y, por tanto lo conservará dada su utilidad clínica.

[28]La autora lo ha añadido a la definición de la NANDA-I para reforzar la utilidad y la claridad.

[30]Este diagnóstico enfermero ha sido agregado por Lynda Juall Carpenito para claridad y utilidad clínica.

[30]Añadido por la autora, fuente: National Pressure Ulcer Advisory Panel (2014).

[31]Las áreas con poco tejido blando sobre una prominencia ósea están en mayor riesgo.

[32]Este diagnóstico puede ser más útil clínicamente como *Riesgo de relación ineficaz con la pareja* debido a que se define para cada integrante de la pareja.

Notas de revisora:

‡Este diagnóstico no está en la NANDA-I.

§Este diagnóstico fue eliminado de la NANDA-I 2009-2011.

[SÍNDROME] DE ESTRÉS DEL TRASLADO

[Síndrome] de estrés del traslado

Riesgo de [síndrome] de estrés del traslado

Definición de la NANDA-I*

Trastorno fisiológico y/o psicosocial tras el traslado de un entorno a otro que compromete la salud.

Nota: otros términos que aparecen en la literatura y describen el estrés del traslado son estrés por ingreso, crisis posteriores a traslado, crisis de traslado, shock por traslado, trauma por traslado, estrés de transferencia, trauma por transferencia, síndrome de traslado y shock de traslado.

Características definitorias[33]

Mayores (80 a 100%)

Responde a la transferencia o traslado con:

Soledad	Aprensión
Depresión	Ansiedad
Ira	Aumento de la confusión (población de adultos mayores)

Menores (50 a 79%)

- Alteración de los hábitos alimentarios anteriores
- Alteración de los hábitos de sueño anteriores
- Aumento de la verbalización de las necesidades
- Demostración de dependencia
- Demostración de inseguridad
- Demostración de falta de confianza
- Vigilancia
- Cambio de peso
- Disminución de las actividades de entretenimiento
- Trastornos gastrointestinales
- Necesidad excesiva de seguridad
- Inquietud
- Abandono
- Síntomas de alergia
- Comparación desfavorable del equipo de cuidados de antes y después del traslado

Tristeza

Disminución de las actividades de autocuidado

Verbalización de estar preocupado/molesto por el traslado

Verbalización de inseguridad en la nueva situación de vida

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con la capacidad comprometida de adaptarse a una transferencia de unidad (p. ej., UCI, reubicación, cambios de condiciones de vida secundarios a):

Disminución del estado de salud física*

Dificultades físicas

Disminución del estado de salud psicosocial

Aumento/percepción del estrés antes de la reubicación

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con poca o ninguna preparación para el traslado inminente

Relacionados con la insuficiencia de finanzas, ejecuciones hipotecarias

Relacionados con el alto grado de cambios asociados con:
Admisión a un centro de atención

Relacionados con:
Pérdida de vínculos sociales y familiares
Abandono

De maduración

Niños en edad escolar y adolescentes

Relacionados con las pérdidas asociadas con el traslado secundario a:

Temor al rechazo, pérdida de grupo de compañeros o problemas relacionados con la escuela

Menos seguridad en el nuevo grupo de adolescentes y la escuela

Adulto mayor

Relacionados con la necesidad de estar más cerca de los integrantes de la familia

Relacionados con el ingreso a un centro de atención

Nota de la autora

La NANDA-I ha aceptado *Estrés del traslado* como un diagnóstico sindrómico. No encaja con el criterio de un diagnóstico sindrómico, que equivale a una serie de diagnósticos enfermeros reales o posibles como características definitorias. Las características definitorias asociadas con *Estrés del traslado* son señales observables o notificables congruentes con *Estrés del traslado,* y no con un *Síndrome de estrés del traslado*. La autora recomienda eliminar la palabra "síndrome" de la clasificación.

La reubicación representa una interrupción para todas las partes involucradas. Puede acompañar una transferencia de una unidad a otra o de un centro a otro. Puede implicar un traslado voluntario o forzado permanente a un centro de cuidado a largo plazo o una casa nueva. Desde 2009, 4.4 millones de viviendas han sido ejecutadas en Estados Unidos. En 2013, la tasa bajó un 18 por ciento.

En diciembre de 2015, se informó que 9.3 millones de propiedades, o el 19% de todas las casas, estaba "totalmente bajo el agua", es decir, que los prestatarios debían al menos 25% más de su hipoteca de lo que valían las casas (Christie, 2014). Esta explosión de ejecuciones hipotecarias en Estados Unidos y en el extranjero ha comprometido seriamente a individuos y familias. La reubicación perturba a todos los grupos de edad involucrados. Cuando los trastornos fisiológicos y psicológicos comprometen el funcionamiento, el diagnóstico de enfermería apropiado es *Síndrome de estrés de traslado*.

El enfoque enfermero óptimo para el estrés del traslado es instaurar medidas preventivas, usando el diagnóstico *Riesgo de estrés del traslado.*

NOC

Autocontrol de ansiedad, afrontamiento, soledad, ajuste psicosocial: cambio de vida, calidad de vida.

Objetivos

La persona/familia informará que se ajusta al nuevo ambiente con mínimas alteraciones, como lo demuestran los siguientes indicadores:

- Participa en las actividades de toma de decisiones relacionadas con el nuevo entorno.
- Expresa preocupación con respecto a la mudanza a un nuevo ambiente.
- Verbaliza un aspecto positivo de la reubicación.
- Establece nuevos vínculos en el nuevo entorno.
- Participa en actividades en el nuevo entorno.

NIC

Reducción de la ansiedad, mejora del afrontamiento, orientación psicológica, promoción de la implicación familiar, mejora del sistema de apoyo, orientación previa, promoción de integridad familiar, transferencia, reducción de estrés del traslado.

Intervenciones

Fomentar que cada integrante de la familia comparta sus sentimientos sobre el traslado

- Proporcione privacidad a cada persona.
- Anime a los integrantes de la familia a compartir sus sentimientos entre sí.
- Analizar los posibles y diferentes efectos del traslado en cada integrante de la familia.
- Informar a los padres sobre los posibles cambios en la conducta de sus hijos con motivo del traslado, como regresión, abandono, exteriorización y cambios en la alimentación (lactancia materna/con leche maternizada).
- Pedir a los padres que obtengan todos los documentos pertinentes referentes al historial médico y dental de sus hijos (p. ej., vacunas, enfermedades contagiosas, odontologías).
- Permitir algún ritual en el momento de dejar el antiguo entorno.
- Fomente la reminiscencia, que traerá el cierre para muchos integrantes de la familia.

Enseñar a los padres técnicas para ayudar a sus hijos con el traslado

- Ser positivos sobre el traslado antes, durante y después, aceptando que el niño puede no sentirse optimista.
- Analizar diversas opciones con los niños sobre cómo comunicarse con los amigos y familiares del entorno anterior. Las relaciones de los niños con los amigos de la comunidad anterior son importantes, especialmente para la "confirmación de los pares" después del traslado.
- Mantener rutinas regulares en el nuevo entorno, establecerlas lo antes posible.
- Reconocer la dificultad que sufre el adolescente ante la pérdida de sus pares.
- Unirse a organizaciones a las que el niño haya pertenecido anteriormente (p. ej., *scouts*, deportes).
- Ayudar a los niños a centrarse en las similitudes entre el entorno anterior y el nuevo (p. ej., clubes, *scouts*, grupos parroquiales).
- Planear un viaje a la escuela durante un período de clases y a la hora de la comida para reducir el miedo a lo desconocido.
- Permitir que los niños tomen algunas decisiones respecto a la decoración y elección de habitaciones, y cosas parecidas.
- Pedir al profesor o tutor de la nueva escuela que presente al adolescente a un estudiante que sea relativamente nuevo en la escuela.
- Permitir que los niños lloren sus pérdidas como resultado del traslado.

Valorar los siguientes aspectos cuando oriente a un adolescente que ha sido trasladado

- Percepciones sobre el traslado.
- Factores estresantes simultáneos o concurrentes.
- Habilidades habituales y actuales de afrontamiento.
- Apoyo (familia, pares y comunidad).

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Alertar a la familia de la posible necesidad de orientación psicológica antes, durante o después del traslado.
- Suministrar un directorio escrito de las organizaciones comunitarias relevantes, tales como iglesias, grupos de niños, padres sin pareja, grupos de ciudadanos mayores y Welcome Wagon u otro grupo local de vecinos.
- Instruir a la familia acerca de los servicios comunitarios apropiados.
- Consultar a la enfermera escolar sobre los programas escolares para nuevos estudiantes.

Intervenciones geriátricas

Promover la integración después del traslado a un centro especializado de cuidados a largo plazo

- Permitir que tome tantas elecciones como sea posible.
- Animar a las personas a llevar sus objetos familiares desde su casa.
- Animar a las personas a interactuar con otras personas en la nueva instalación.
- Ayudar a la persona a mantener relaciones interpersonales previas.

Riesgo de [síndrome] de estrés del traslado

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a sufrir un trastorno fisiológico y/o psicosocial después del traslado de un entorno a otro que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Véase factores relacionados en *Síndrome de estrés del traslado*.

NOC

Autocontrol de ansiedad, afrontamiento, soledad, ajuste psicosocial: cambio de vida, calidad de vida, control del temor.

Objetivos

Las personas/los integrantes de la familia informarán de un ajuste al nuevo entorno con mínimas perturbaciones, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Participan en las actividades de toma de decisiones relacionadas con el nuevo entorno.
- Expresan preocupación con respecto al traslado a un nuevo ambiente.
- Verbalizan un aspecto positivo de la reubicación.
- Establecen nuevos vínculos en el nuevo entorno.
- Participan en actividades en el nuevo entorno.

NIC

Reducción de la ansiedad, mejora del afrontamiento, orientación, promoción de la participación de la familia, mejora del sistema de apoyo, consejería anticipada, promoción de la integridad familiar, traslado, reducción del estrés por reubicación.

Intervenciones

Determinar la razón de la mudanza (Whittenhal, 2008)

- Traslado voluntario: por lo general relacionado con los padres/cuidadores. Normalmente positivo; aunque el nuevo trabajo puede ser menos deseable. Estos traslados suelen ser los menos estresantes de los tres para los adolescentes.
- Traslado forzoso: puede ser el resultado del desalojo, la huida y el trabajo migratorio o volver a vivir con la familia extendida. Estas situaciones son casi siempre negativas con numerosos factores de estrés en la unidad familiar.
- Traslado legal: es obligatorio y ordenado por la ley. Los ejemplos son la reubicación bajo la protección de testigos, un niño de crianza temporal o administrador del Estado y, con mayor frecuencia, la custodia de los hijos con el divorcio.
- Remitir a la persona a la publicación en el sitio en internet de la Universidad Northern Illinois, “Ayuda a un estudiante adolescente a afrontar el traslado”.

Recomendar a los padres/cuidadores que acudan al personal escolar antes de comenzar la escuela

- Si lo desea, comparta con el maestro si se trata de un traslado planeado, forzado o legal.
- ¿Existe un programa para dar la bienvenida a nuevos estudiantes?
- Pregunte si un estudiante apropiado es asignado a un compañero con el nuevo estudiante.
- Preguntar acerca de clubes, organizaciones y otros sitios que puedan ser de interés para el nuevo estudiante.
- Sugerir que cada estudiante se presente a sí mismo, además del nuevo alumno.

Procurar que cada integrante de la familia comparta sus sentimientos sobre el traslado

- Proporcionar privacidad para cada persona.
- Procurar que los integrantes de la familia compartan sus sentimientos entre sí.
- Hablar sobre los posibles y diferentes efectos del traslado en cada integrante de la familia.
- Informar a los padres sobre cambios potenciales en la conducta de los niños con la reubicación, como regresión, retraimiento, actuación y cambios con la alimentación (alimentación con leche materna/tetina).
- Instruir a los padres para que obtengan todos los documentos pertinentes sobre los antecedentes médicos/dentales de los niños (p. ej., inmunizaciones, enfermedades transmisibles, trabajo dental).
- Permitir algunos rituales al salir del viejo ambiente. Animarlos a recordar el pasado, que traerá el cierre para muchos integrantes de la familia.

Enseñar técnicas a los padres para ayudar a sus niños con el traslado

- Mantenerse positivo acerca del traslado antes, durante y después de aceptar que el niño tal vez no sea optimista.
- Explorar varias opciones con los niños sobre cómo comunicarse con amigos/familiares en el entorno anterior. Las relaciones de los niños con los amigos en la comunidad anterior son importantes, especialmente para la "reafirmación de los compañeros" después de la reubicación.
- Mantener las rutinas regulares en el nuevo entorno; establecerlas tan pronto como sea posible.
- Reconocer la dificultad de las pérdidas de compañeros con el adolescente.
- Unirse a organizaciones a las que el niño pertenecía anteriormente (p. ej., *Scouts*, deportes).
- Ayudar a los niños a centrarse en las similitudes entre los entornos anterior y el nuevo (p. ej., clubes, *Scouts*, grupos religiosos).
- Planear un viaje a la escuela durante la clase y el almuerzo para reducir el temor a desconocidos.
- Permitir a los niños tener algunas opciones con respecto a arreglos de la habitación, decoración y cosas por el estilo.
- Pedir al maestro o asesor de la nueva escuela que presente al adolescente a un estudiante que haya sido reubicado recientemente en esa escuela.
- Permitir que los niños lamenten sus pérdidas como resultado del traslado.

Aconsejar a los padres/cuidadores a conversar de manera rutinaria sobre su experiencia escolar

- Evitar preguntas como: “¿Qué tal te va en la escuela?”
- Mejor aún, pregunte:
  - ¿Con quién almorzaste? ¿Qué hiciste en el recreo?
  - ¿Qué te gusta de esta nueva escuela?
  - ¿Qué no te gusta?

Evaluar las siguientes áreas al asesorar a un adolescente reubicado

- Percepciones sobre el movimiento.
- Factores de estrés concurrentes.
- Habilidades comunes y actuales de afrontamiento.
- Apoyo (familia, compañeros y comunidad).

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Advertir a la familia de la posible necesidad de orientación antes, durante o después del traslado.
- Proporcionar un directorio escrito de las organizaciones comunitarias relevantes, tales como iglesias de la zona, grupos infantiles, padres solteros, grupos de personas mayores y Welcome Wagon u otros grupos locales de nuevos vecinos.
- Instruir a la familia sobre los servicios comunitarios apropiados.
- Consultar a la enfermera de la escuela respecto a los programas escolares para los nuevos estudiantes.

Promover la integración después del ingreso o traslado a un centro especializado de cuidados a largo plazo

- Permitir tantas opciones como sea posible con respecto al entorno físico y las rutinas diarias.
- Procurar que la persona o la familia lleve consigo objetos familiares del hogar del individuo.
- Orientar en la disposición física del entorno.
- Presentar a las personas reubicadas al nuevo personal y otros residentes.
- Fomentar la interacción con otras personas en el nuevo centro.
- Ayudar a la persona a conservar las relaciones interpersonales anteriores.
- Definir claramente las reglas sobre el fumar y orientar a las personas a las áreas donde se permite fumar.
- Promover que se desarrolle o se conserve una relación con un confidente.
- Restablecer las rutinas normales, al tiempo que aumenta el número de personal y la iluminación, cuando un gran número de residentes de cuidados a largo plazo están

involucrados en una reubicación secundaria.

- Ayudar a los residentes en asilos a conocer gente de su área geográfica anterior.
- Organizar contactos frecuentes por parte de un voluntario o integrante del personal con cada residente recién ingresado. Asimismo, haga que un residente reubicado con éxito conozca al nuevo residente a fin de iniciar el proceso de red.

RIESGO DE DETERIORO DE LA RESILIENCIA

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo*

Cronicidad de las crisis existentes

Coexistencia de múltiples situaciones adversas

Presencia de una nueva crisis adicional (p. ej., embarazo no planificado, muerte del cónyuge, pérdida del empleo, enfermedad, pérdida del hogar, muerte de un miembro de la familia)

Nota de la autora

Este diagnóstico de la NANDA-I no es una respuesta sino una etiología de un problema de afrontamiento. La resiliencia es una fuerza que se puede enseñar y nutrir en los niños. Las personas y familias resilientes pueden enfrentar situaciones y crisis adversas. Resuelven problemas y adaptan su funcionamiento según la situación. Por ejemplo, cuando la madre de una familia de cinco miembros tiene que recibir quimioterapia, la familia formula un plan en conjunto para dividir las responsabilidades que previamente manejaba la madre.

Cuando una persona o una familia presenta situaciones crónicas, múltiples situaciones adversas o una nueva crisis, refiérase a *Riesgo de afrontamiento ineficaz*. En situaciones que involucren la pérdida de un integrante de la familia, otro ser querido o un amigo, refiérase a las secciones de Objetivos e Intervenciones en *Duelo*.

DETERIORO DE LA RESILIENCIA

Definición de la NANDA-1*

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

Características definitorias*

- Disminución del interés en las actividades académicas
- Disminución del interés en las actividades vocacionales
- Depresión, culpa, vergüenza
- Aislamiento
- Baja autoestima
- Percepción de mal estado de salud
- Nuevo aumento de la angustia
- Aislamiento social
- Uso de estrategias de afrontamiento ineficaces (p. ej., abuso de sustancias, violencia)

Factores relacionados*

- Datos demográficos que incrementan las probabilidades de una mala adaptación
- Consumo de drogas
- Paternidad/maternidad incoherente
- Poca inteligencia
- Educación materna deficiente
- Familia grande
- Situación de minoría
- Enfermedad mental parental
- Control deficiente de los impulsos Pobreza, violencia
- Trastornos psicológicos
- Factores de vulnerabilidad que abarcan índices que agravan los efectos negativos del factor de riesgo

Nota de la autora

Este diagnóstico de la NANDA-I no representa un diagnóstico de enfermería. La definición de características no definen la resiliencia, sino una variedad de problemas de afrontamiento o trastornos mentales. La mayoría de los factores relacionados son perjudiciales, peyorativos y no se pueden modificar con intervenciones. Uno de los factores enumerados, control deficiente de los impulsos, es un signo o síntoma de trastornos de hiperactividad y de algunos trastornos mentales. La resiliencia es una fortaleza que se puede enseñar y cultivar en los niños. Las personas y las familias resilientes pueden afrontar situaciones adversas y crisis. Resuelven su problema y adaptan su funcionamiento a la situación. Por ejemplo, cuando una madre de una familia de cinco tiene que recibir quimioterapia, la familia formula un plan en conjunto para repartirse las responsabilidades que antes asumía la madre. Cuando una persona o una

familia tiene una resiliencia inadecuada, está en riesgo de un afrontamiento ineficaz. Refiérase a las secciones de Objetivos e Intervenciones en *Afrontamiento ineficaz*, *Afrontamiento familiar comprometido o discapacitante*.

RIESGO DE FUNCIÓN RESPIRATORIA INEFICAZ[34]

Riesgo de función respiratoria ineficaz

Respuesta ventilatoria disfuncional al destete

Riesgo de respuesta ventilatoria disfuncional al destete

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Patrón respiratorio ineficaz

Deterioro del intercambio de gases

Deterioro de la ventilación espontánea

Definición

En riesgo de experimentar una amenaza con el paso de aire a través de las vías respiratorias y/o al intercambio de gases (O_2-CO_2) entre los pulmones y el sistema vascular.

Factores de riesgo

Presencia de factores de riesgo que pueden alterar la función respiratoria (véanse factores relacionados).

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con secreciones excesivas o gruesas secundarias a:

Infección	Enfermedad cardíaca o pulmonar
Inflamación	Tabaquismo
Alergia	Exposición a agentes químicos nocivos

Relacionados con la inmovilidad, estasis de secreciones y tos ineficaz secundaria a:

Enfermedades del sistema nervioso (p. ej., síndrome de Guillain-Barré, esclerosis múltiple, miastenia gravis)

Depresión del sistema nervioso central (SNC)/traumatismo craneal
Accidente cerebrovascular (apoplejía)
Cuadriplejía

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con la inmovilidad secundaria a:

Efectos sedantes o paralíticos de medicamentos, fármacos o productos químicos (especificar)

Anestesia general o espinal

Relacionados con el reflejo de la tos suprimido secundario a (especificar)

Relacionados con los efectos de la traqueotomía (secreciones alteradas)

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con la inmovilidad secundaria a:

Cirugía o traumatismo	Deterioro de la percepción/cognición
Fatiga	Temor
Dolor	Ansiedad

Relacionados con humedad sumamente alta o baja

En niños, relacionados con la posición boca abajo para dormir

Exposición al frío, la risa, el llanto, los alérgenos, tabaquismo

Nota de la autora

Muchas de las responsabilidades enfermeras asociadas con problemas respiratorios incluyen identificar y reducir o eliminar los factores de riesgo (contribuyentes), anticipar las posibles complicaciones, controlar el estado respiratorio y manejar la disfunción respiratoria aguda.

La autora ha añadido el *Riesgo de la función respiratoria ineficaz* para describir un estado que puede afectar a todo el sistema respiratorio, no sólo aspectos aislados, tales como la permeabilidad de las vías aéreas o el intercambio de gases. La alergia y la inmovilidad son ejemplos de factores que pueden afectar a todo el sistema; por ello, es incorrecto decir *Deterioro del intercambio de gases* relacionado con la inmovilidad, debido a que ésta también afecta a la permeabilidad de las vías aéreas y el patrón respiratorio. La enfermera puede usar los diagnósticos *Limpieza ineficaz de las vías aéreas* y *Patrón respiratorio ineficaz* cuando pueda incidir definitivamente los factores contribuyentes que influyen en la función respiratoria (p. ej., tos improductiva, estrés).

Se advierte a la enfermera que no use este diagnóstico para describir trastornos

respiratorios agudos, que son responsabilidad principal de los médicos y las enfermeras juntos (es decir, problemas de colaboración). Tales problemas pueden ser catalogados como *RC de hipoxia aguda* o *RC de edema pulmonar*. Cuando la inmovilidad de la persona se prolonga y amenaza múltiples sistemas (p. ej., tegumentario, musculoesquelético, vascular, además del respiratorio) la enfermera debe usar el *Síndrome de desuso* para describir toda la situación.

NOC

Control de aspiración, estado respiratorio.

Objetivos

La persona tendrá una frecuencia respiratoria dentro de los límites normales comparado con la frecuencia basal, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Expresar su disposición a participar activamente en la gestión de los síntomas respiratorios y en maximizar la función respiratoria.
- Relata las intervenciones apropiadas para maximizar la función respiratoria (varía dependiendo de la situación de salud).
- Tener una función pulmonar satisfactoria, determinada por PFT.

NIC

Gestión de las vías aéreas, mejora de la tos, control respiratorio, cambios posturales.

Intervenciones

Determinar factores causales

- Véase factores relacionados.

Eliminar o reducir los factores causales, si es posible

- Animar a la persona a caminar tan pronto como sea congruente con el plan médico de tratamiento.
- Si la persona no puede caminar, establecer una pauta para estar fuera de la cama en una silla varias veces al día (p. ej., 1 h después de las ingestas y 1 h antes de acostarse).
- Incrementar la actividad gradualmente. Explicar que la función respiratoria mejorará y que la disnea disminuirá con la práctica.
- Para el deterioro neuromuscular:
  - Cambiar la posición de la cama, cambiando de ese modo gradualmente la posición horizontal y vertical del tórax, a no ser que esté contraindicado.
  - Ayude a la persona a cambiar de posición, girando frecuentemente de lado a lado (cada hora si es posible).

- En el hospital, especialmente si la persona lleva ventilación mecánica, usar camas con rotación lateral continua (cuando esté disponible) (Swadener-Culpepper, 2010).
- Estimular la respiración profunda y los ejercicios de tos controlada cinco veces cada hora.
- Enseñar a la persona a usar una botella para soplar o un espirómetro de incentivo cada hora mientras esté despierta. (Cuando hay un deterioro neuromuscular grave, quizá haya que despertarle también durante la noche.)
- En los casos de tetraplejía, enseñar al enfermo y al cuidador la tos asistida. (El cuidador coloca una mano sobre el diafragma de la persona y empuja hacia arriba y hacia adentro.)
- En niños poner agua de colores en la botella de soplar; hacerles inflar globos.
- Asegurar una hidratación y alimentación óptimas.

- Para la persona con una reducción del nivel de conciencia:
  - Cambiarle de lado con un horario preestablecido (p. ej., sobre el lado derecho en las horas nones y sobre el lado izquierdo en las pares); no dejar al enfermo en decúbito supino.
  - Coloque a la persona sobre su lado derecho después de las comidas (por sonda nasogástrica o gastrostomía) para evitar la regurgitación y la aspiración.
- Mantener elevada la cabecera de la cama en un ángulo de 30°, a no ser que esté contraindicado (Institute for Healthcare Improvement, 2008).
- Véase también *Riesgo de aspiración*.

Prevenir las complicaciones de la inmovilidad

- Véase *Síndrome de desuso*.

Respuesta ventilatoria disfuncional al destete

Definición de la NANDA-I*

Incapacidad para ajustarse a los niveles más bajos de soporte del ventilador mecánico que interrumpe y prolonga el proceso de desconexión.

Características definitorias

La *respuesta ventilatoria disfuncional al destete* (DVWR) es un estado progresivo, y las enfermeras experimentadas han identificado tres niveles (*Logan y Jenny, 1990): bajo, moderado y grave. Las características definitorias ocurren como respuesta al destete.

Bajas

- Inquietud
- Ligero incremento de la frecuencia respiratoria a partir de la frecuencia basal
- Expresión de sensación de mayor necesidad de oxígeno, incomodidad respiratoria, fatiga y sensación de calor
- Dudas respecto al mal funcionamiento del respirador
- Aumento de la concentración en la respiración

Moderadas

- Leve incremento de la presión arterial respecto a la presión basal (< 20 mm Hg)*
- Leve incremento de la frecuencia cardíaca respecto a la basal (< 20 latidos/minuto)*
- Incremento de la frecuencia respiratoria por encima de la basal (< 5 respiraciones/minuto)
- Hipervigilancia a las actividades
- Incapacidad para responder al entrenamiento respiratorio
- Incapacidad para cooperar
- Aprehensión
- Diaforesis
- Mirada con los ojos muy abiertos
- Disminución del paso de aire en la auscultación
- Cambios de color: pálido, ligera cianosis
- Uso leve de los músculos accesorios de las vías respiratorias

Severas

- Agitación*
- Deterioro de la gasometría arterial respecto a la basal
- Incremento de la presión arterial respecto a la basal (≥ 20 mm Hg)
- Incremento de la frecuencia cardíaca respecto a la basal (≥ 20 latidos/min)
- Respiración superficial
- Cianosis
- Respiraciones jadeantes
- Sonidos respiratorios adventicios
- Uso de toda la musculatura respiratoria accesoria
- Diaforesis profusa
- Respiración desincronizada con el respirador
- Disminución del nivel de conciencia
- Respiración abdominal paradójica

Respiración abdominal paradójica

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con debilidad muscular y fatiga secundaria a:

Estado de inestabilidad hemodinámica	Trastorno multisistémico
Disminución del nivel de conciencia	Desequilibrio hidroelectrolítico
Incapacidad neuromuscular crónica	Anemia
Anomalías	Infección
metabólicas/acidobásicas	Déficit nutricional crónico
Proceso de enfermedad grave	Debilidad general
Enfermedad respiratoria crónica	Dolor

*Relacionados con una limpieza ineficaz de las vías aéreas**

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con obstrucción de las vías aéreas

Relacionados con debilidad muscular y fatiga secundaria a:
Exceso de sedación o analgesia
Dolor no controlado

*Relacionados con nutrición inadecuada (déficit de calorías, exceso de carbohidratos, ingesta inadecuada de grasas y proteínas)**

Relacionados con dependencia prolongada del respirador (más de una semana)

Relacionados con intento(s) previo(s) infructuoso(s) de destete del respirador

Relacionados con un ritmo demasiado rápido del proceso de destete

Situacionales (personales, ambientales)

*Relacionados con conocimientos insuficientes del proceso de destete**

Relacionados con una demanda excesiva de energía (actividades de autocuidado, procedimientos de diagnóstico y tratamiento, visitas)

*Relacionados con un apoyo social inadecuado**

Relacionados con un entorno inseguro (ruidoso, acontecimientos molestos, habitación concurrida)

Relacionados con fatiga secundaria a alteración de los hábitos de sueño

Relacionados con autoeficacia inadecuada

Relacionados con ansiedad de moderada a alta relacionada con los esfuerzos respiratorios

Relacionados con el miedo a la separación del respirador

*Relacionados con sentimientos de impotencia**

*Relacionados con sentimientos de desesperanza**

Nota de la autora

La *Respuesta ventilatoria disfuncional al destete* es un diagnóstico específico dentro de la categoría de *Riesgo de función respiratoria ineficaz*. Durante el destete también se pueden encontrar *Limpieza ineficaz de las vías respiratorias, Patrón respiratorio ineficaz* y *Deterioro del intercambio de gases* ya sea como indicadores de falta de condiciones para el destete o como factor relacionado con el desarrollo de la respuesta ventilatoria disfuncional al destete. Esta respuesta es un estado aparte del enfermo. Sus etiologías distintivas y sus tratamientos surgen del proceso de separar a la persona del respirador mecánico.

El proceso de destete es un arte y una ciencia. Debido a que es un proceso de colaboración, la capacidad de la enfermera para ganarse la confianza de la persona y la voluntad de colaborar es un factor determinante importante del resultado del destete, especialmente en situaciones de larga duración. Esta confianza se gana a partir del conocimiento y de la confianza que muestra el profesional en sí mismo y de su capacidad de lidiar con las preocupaciones específicas de los enfermos (*Jenny y Logan, 1991).

NOC

Control de ansiedad, estado respiratorio, estado de las constantes vitales, conocimiento: destete, conservación de la energía.

Objetivos

La persona alcanzará el objetivo de destete progresivo, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Respira de manera espontánea durante 24 horas sin apoyo ventilatorio.
- Demostrar una actitud positiva hacia la siguiente prueba de destete.
  - Colabora voluntariamente con el plan de destete.
  - Comunica sensación de confort durante el proceso de destete.
  - Intenta controlar el patrón de respiración.
  - Trata de controlar las respuestas emocionales.

- Está cansado del trabajo de destete, pero no exhausto.

NIC

Reducción de la ansiedad, información sensorial preparatoria, monitorización respiratoria, ayuda ventilatoria, presencia, resistencia.

Intervenciones

Si es aplicable, determinar las causas de los intentos previos fallidos de destete

- Véase factores relacionados.

Seguir el protocolo de desconexión multidisciplinario de la institución (si está disponible)

- Documentar los detalles del plan con un calendario.
- Establecer criterios predeterminados para terminar el proceso de destete.
- Hacer una descripción de las responsabilidades de cada disciplina.

Cuadro I.1 CRITERIOS OBJETIVOS PARA EL DESTETE (Epstien, 2015)

Requerido

La causa de la insuficiencia respiratoria ha mejorado.

$PaO_2/FiO_2 \geq 150$ o $SpO_2 \geq 90\%$ con $FiO_2 \leq 40\%$ y presión positiva al final de la espiración (PEEP) ≤ 5 cmH_2O, pH > 7.25

Algunas personas requieren niveles más altos de PEEP para evitar la atelectasia durante la ventilación mecánica

Estabilidad hemodinámica (sin o con medicamentos de vasopresión de dosis baja)

Capaz de iniciar un esfuerzo inspiratorio

Criterios adicionales (criterios opcionales)

Hemoglobina ≥ 8 a 10 mg/dl

Temperatura del núcleo ≤ 38 a 38.5 °C

Estado mental despierto y alerta, o fácilmente excitable

- Revisar los objetivos y el progreso en cada turno. Respuesta del documento.
- Colaborar si se necesitan revisiones.

Determinar la preparación para la desconexión (*Morton, Fontaine, Hudak, y Gallo, 2005)

- Consultar el Cuadro I.1

Consultar los protocolos de unidad para procedimientos específicos de destete

Explicar al enfermo su papel dentro del proceso de destete

- Negociar los objetivos progresivos de destete.
- Generar una visualización de los objetivos con símbolos para indicar la progresión (p. ej., barra o gráfica de línea para indicar el aumento del tiempo sin ventilador).
- Explicar que estos objetivos serán reexaminados a diario.
- Desde la intubación inicial, asegurarse de que el enfermo entiende que la ventilación mecánica es temporal.

Fortalecer los sentimientos de autoestima, autoeficacia y control

- Reforzar la autoestima, la confianza y el control a través de estrategias normalizadoras como el aseo, vestirse, movilizarse y conversar socialmente acerca de temas que sean de interés para la persona.
- Permitir tanto control como sea posible, informando al enfermo la situación y de sus progresos, permitiéndole compartir la toma de decisiones acerca de los detalles de su cuidado, siguiendo sus preferencias tanto como se pueda y mejorando su estado de confort.
- Incrementar la confianza elogiando las actividades exitosas, alentando una visión positiva y revisando los progresos positivos hasta ese momento. Explicar que por lo general se logra salir del destete; confirmar al enfermo que estará con él en cada etapa del camino.
- Mantener la confianza de la persona adoptando un ritmo de destete que asegure el éxito y minimice los retrocesos.[35]
- Anotar las preocupaciones que dificultan el confort y la confianza (miembros de la familia, temas de conversación, acontecimientos en la sala, intentos fallidos de destete previo); intentos fallidos de destete previo); analizarlos abiertamente y reducir su importancia si es posible.

Reducir los efectos negativos de la ansiedad y la fatiga

- Controlar con frecuencia su estado para evitar la fatiga y ansiedad innecesarias. Usar una herramienta sistemática y exhaustiva. La pulsioximetría es una manera no invasiva y discreta de controlar los niveles de saturación de oxígeno.
- Permitir periodos regulares de descanso antes de que progrese la fatiga.
- Durante los períodos de descanso reducir la iluminación, colocar letreros de “no molestar” y poner música instrumental con ritmo de 60 a 80 compases por min. Permitir que el enfermo seleccione el tipo de música (*Chan, 1998).
- Estimular la tranquilidad y el control de la respiración asegurándole que lo va a conseguir.
- Considerar el uso de terapias alternas de relajación como música, hipnosis y bioautorregulación.

- Si el enfermo se inquieta, tranquilizarlo mientras permanece a su lado, y guiarlo para que recupere el control de la respiración. Controlar con cuidado la saturación de oxígeno y las constantes vitales durante esta intervención.
- Si la prueba de destete se suspende, registrar las percepciones del enfermo sobre el fallo en el destete. Asegurar al enfermo que la prueba fue un buen ejercicio y una forma útil de entrenamiento. Recordarle que el trabajo es bueno para los músculos respiratorios y que mejorará su desempeño posterior.

Riesgo de respuesta ventilatoria disfuncional al destete

Definición de la NANDA-I*

Riesgo de incapacidad para ajustarse a la reducción de los niveles de apoyo mecánico del respirador durante el proceso de destete, relacionado con la falta de preparación física o psicológica para el destete, que puede poner en peligro la salud.

Factores de riesgo

Fisiopatológicos

Relacionados con la obstrucción de las vías aéreas

Relacionados con debilidad muscular y fatiga secundarias a:

Deterioro del funcionamiento respiratorio	Enfermedad grave
Anomalías metabólicas	Inestabilidad hemodinámica
Disritmias	Alteraciones acidobásicas
Líquidos o electrólitos	Confusión mental
Disminución del nivel de conciencia	Infección
Fiebre	Enfermedad multisistémica
Anemia	

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con limpieza ineficaz de las vías aéreas

Relacionados con el exceso de sedación, analgesia

Relacionados con el dolor incontrolado

Relacionados con la fatiga

Relacionados con nutrición inadecuada (déficit de calorías, exceso de carbohidratos, ingesta inadecuada de grasas y proteínas)

Relacionados con una dependencia prolongada del respirador (más de 1 semana)

Relacionados con intentos fallidos de destete del respirador

Relacionados con un ritmo demasiado rápido del proceso de destete

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con debilidad muscular y fatiga secundaria a:

Déficit nutricional crónico

Hábitos de sueño ineficaces

Obesidad

Relacionados con déficit de conocimientos sobre el proceso de destete

Relacionados con la autoeficacia inadecuada relacionada con el destete

Relacionados con un grado moderado a alto de ansiedad relacionada con los esfuerzos para respirar

Relacionados con el miedo a separarse del respirador

Relacionados con sentimientos de impotencia

Relacionados con estados de ánimo deprimido

Relacionados con sentimientos de desesperanza

Relacionados con demandas de energía no controladas (actividades de autocuidado o procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, visitas)

*Relacionados con un apoyo social inadecuado**

Relacionados con un ambiente inseguro (ruidos, acontecimientos inquietantes, habitación concurrida)

Nota de la autora

Este diagnóstico no es un diagnóstico enfermero aprobado por la NANDA-I. La autora ha incluido este diagnóstico por su utilidad clínica cuando las personas están en el proceso de destete de un ventilador. Si el proceso de destete es problemático, utilice *Respuesta ventilatoria disfuncional al destete*.

Véase *Respuesta ventilatoria disfuncional al destete*.

NOC

Véase *Respuesta ventilatoria disfuncional al destete*.

Objetivos

La persona

- Demostrará disposición para comenzar con el destete.
- Demostrará una actitud positiva sobre la capacidad de tener éxito.
  - Mantendrá el control emocional.
  - Colaborará con la planificación del destete.

NIC

Mejora de la tos, aspiración de las vías respiratorias, posicionamiento, manejo energético.

Intervenciones

Véase *Respuesta ventilatoria disfuncional al destete*.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Definición de la NANDA-I*

Incapacidad para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

Características definitorias

Tos inefectiva o ausente	Sonidos respiratorios anormales
Incapacidad de eliminar las secreciones de las vías aéreas	Frecuencia, ritmo y profundidad respiratorios anormales

Factores relacionados

Véase *Riesgo de función respiratoria ineficaz*.

NOC

Control de aspiración, estado respiratorio.

Objetivos

El individuo no experimentará broncoaspiración, evidenciado por los siguientes

indicadores:

- Demuestra una tos efectiva
- Demuestra un aumento del intercambio de aire.

NIC

Véase *Respuesta ventilatoria disfuncional al destete*.

Intervenciones

Las intervenciones enfermeras para el diagnóstico de *Limpieza ineficaz de las vías aéreas* son para cualquier persona con este diagnóstico enfermero, sin importar los factores relacionados.

Evaluación de los factores causales o contribuyentesnnn

- Véase factores relacionados.

Valorar y evaluar

- Esputo (color, volumen, olor).
- Estado respiratorio antes y después de los ejercicios de tusígenos (sonidos respiratorios, frecuencia, ritmo).

Supervisar o proporcionar cuidado oral cada 4 horas según esté indicado

Si está en el ventilador, cada 2 horas o 12 veces en 24 horas

- Dientes cepillados a las 8 a.m. y a las 8 p.m. con clorhexidina.
- Limpiar la boca con esponjas dentales 10 veces al día.
- Véase *Riesgo de deterioro de la mucosa oral* para intervenciones adicionales.

Reducir o eliminar barreras para permeabilidad de la vía aérea

Inactividad

- Procurar la deambulación tan pronto como sea consistente con el plan de cuidados médicos.
- Si la persona no puede caminar, establecer un régimen para levantarse de la cama a una silla varias veces al día (p. ej., 1 hora después de las comidas y 1 hora antes de acostarse).
- Aumentar gradualmente la actividad. Explicar que la función respiratoria mejorará y que la disnea disminuirá con la práctica.
- Ayudar con posicionamiento vertical; vigile en caso de *Riesgo de aspiración* (véase *Alto riesgo de aspiración*).

R: *Acostarse plano hace que los órganos abdominales se desplacen hacia el pecho, agolpando así los pulmones, lo cual dificulta aún más la respiración.*

Tos inefectiva

- Instruir sobre el método apropiado de tos controlada.
- Respire profunda y lentamente mientras está sentado lo más erguido posible.
- Ponga en práctica la respiración diafragmática.
- Contenga la respiración durante 3 a 5 s, luego exhale despacio a través de la boca tanto aire como le sea posible (la parte inferior de la caja torácica y el abdomen deben hundirse).
- Haga una segunda respiración; contenga, exhale despacio y tosa con fuerza desde el pecho (no desde el fondo de la boca o garganta); con dos toses cortas y enérgicas.
- Aumente la ingesta de líquidos si no está contraindicado.

Identificar a las personas que no tienen éxito en los intentos de eliminar las secreciones y que pueden requerir la succión (Nance-Floyd, 2011)

- Evidencia:
  - Aumento del trabajo respiratorio.
  - Cambios en la frecuencia respiratoria.
  - Disminución de la saturación de oxígeno.
  - Secreciones abundantes, sibilancias.
- Proceder a la succión (Sharma, Sarin y Bala, 2014).
  - Colocar a la persona en posición supina con la cabeza ligeramente estirada.
  - Colocar a la persona el oxímetro de pulso a fin de evaluar la oxigenación.
  - Hiperoxigenar durante 30 a 60 segundos antes de succionar.
  - Asegurarse de no aplicar succión mientras inserta el catéter de succión.
  - Aplicar aspiración continua cubriendo el orificio de control de succión.
  - Retirar el catéter en movimiento giratorio.
  - El único episodio de succión desde la extracción del ventilador hasta la reconexión del ventilador no debe exceder de 10 a 15 segundos.
  - Vigilar el nivel de saturación de O_2 del paciente entre cada episodio de succión.
  - Comprobar los niveles de succión de la siguiente manera:
    - 30 (100.00) 60 a 80 mm Hg para lactantes.
    - 80 a 100 mm Hg para los menores de 10 a 12 años.
    - 100 a 120 mm Hg para niños mayores.
  - Utilizar una presión de succión de hasta 120 mm Hg para la succión del sistema

abierto y hasta 160 mm Hg para la succión de sistema cerrado con los adultos.

- No usar solución salina normal o balas salinas normales con el propósito de aflojar las secreciones traqueales debido a esta práctica (Nance-Floyd, 2011).
  - Puede llegar sólo a áreas limitadas.
  - Puede enjuagar las partículas en las vías respiratorias inferiores.
  - Puede conducir a una disminución de la saturación de oxígeno después de la succión.
  - Aumenta la colonización bacteriana.
  - Daña el surfactante bronquial.
- Véase también *Riesgo de aspiración*.
- Consultar con fisioterapia y terapia respiratoria como se indica.

R: *Las intervenciones que pueden mejorar la función pulmonar incluyen ejercicio de acondicionamiento para mejorar el cumplimiento pulmonar, entrenamiento de relajación y respiración, percusión torácica, drenaje postural y rehabilitación psicosocial.*

Prevenir las complicaciones de la inmovilidad

- Véase *Síndrome de desuso*.

Intervenciones pediátricas

- Concienciar a los padres de la necesidad de que el niño tosa, aun cuando sea doloroso.
- Permitir que un adulto y niño mayor escuchen los pulmones y describan si están limpios o si hay estertores.
- Si es necesario, pedir ayuda a un terapeuta respiratorio.

Patrón respiratorio ineficaz

Definición de la NANDA-I*

La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

Características definitorias

Taquipnea, hiperpnea[36]	Adoptar la posición de trípode
Pánico y ansiedad[36]	Disminución de la ventilación por

Quejas de cefalea, disnea, entumecimiento y hormigueo, mareo, dolor torácico,[36] palpitaciones y, ocasionalmente, síncope,[36] bradicardia

Disminución de la presión espiratoria

Disminución de la presión inspiratoria

Alteraciones en la profundidad de la respiración

Ortopnea

Respiraciones arrítmicas

Alteración del recorrido torácico

minuto

Disnea

Aumento del diámetro ante-roposterior

Fase prolongada de espiración

Uso de los músculos accesorios para respirar

Respiraciones irregulares/moderadas

Aleteo nasal

Respiración con los labios fruncidos

Factores relacionados

- Véase *Riesgo de función respiratoria ineficaz*.

Nota de la autora

Este diagnóstico tiene una utilidad clínica limitada excepto para describir situaciones que tratan definitivamente las enfermeras, como la hiperventilación. Para las personas con enfermedades pulmonares crónicas con un *Patrón respiratorio ineficaz*, véase *Intolerancia a la actividad*. Las personas con apnea periódica e hipoventilación tienen un problema de colaboración que puede clasificarse como *Riesgo de complicaciones por hipoxemia* para indicar que tienen que ser controladas por diferentes disfunciones respiratorias. Si la persona es más vulnerable a una complicación respiratoria específica, la enfermera puede anotar el problema de colaboración como *Riesgo de complicaciones por neumonía* o *Riesgo de complicaciones por embolia pulmonar*. La hiperventilación es una manifestación de ansiedad o miedo. Como un diagnóstico más descriptivo, la enfermera puede usar *Ansiedad* o *miedo relacionado con (especificar la causa) manifestado por hiperventilación*.

NOC

Estado respiratorio, estado de las constantes vitales, control de la ansiedad.

Objetivos

La persona mejorará la función respiratoria evidenciado por los siguientes indicadores:

- Muestra una frecuencia respiratoria dentro de los límites normales, comparado con la basal (8 a 24 resp/min).
- Expresa alivio o mejoraría en su sensación de falta de aliento.

- Relaciona los factores causales.
- Demostrar técnicas de reinspiración.

NIC

Control de respiración, relajación muscular progresiva, enseñanza, reducción de la ansiedad.

Intervenciones

Valorar el historial de la hiperventilación, los síntomas y los factores causantes

- Episodios previos: cuándo, dónde, circunstancias.
- Orgánicas y fisiológicas.
- Emocional (por ejemplo, trastorno de pánico/ansiedad).
- Malos hábitos respiratorios.

Considerar otras condiciones médicas que pueden presentarse con hiperventilación como (Schwartzstein y Richards, 2014)

- Trastornos metabólicos (cetoacidosis, hipoglucemia o hipocalcemia menos frecuente).
- Síndrome coronario agudo.
  - Arritmia.
  - Insuficiencia cardíaca.
  - Embolia pulmonar.
  - Neumotórax.
  - Exacerbación del asma.
  - Exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
  - Trastorno convulsivo.
  - Hipertiroidismo.

Explicar los signos y síntomas que puede experimentar la persona (Schwartzstein y Richards, 2014)

- Sentirse ansioso, nervioso o tenso.
- Sentido de fatalidad inminente.
- Suspiro o bostezo frecuente.
- Sensación de que no puede obtener suficiente aire (hambre de aire) o necesidad de sentarse para respirar.
- Latidos fuertes y acelerados.
- Problemas con el equilibrio, aturdimiento o vértigo.

- Entumecimiento u hormigueo en las manos, pies o alrededor de la boca.
- Sensación de opresión, llenado, presión, sensibilidad o dolor en el pecho.
- Espasmo carpopedal (tetania).
- Dolor de cabeza.
- Gas, hinchazón o eructos.
- Estremecimiento.
- Sudoración.
- Cambios en la visión, como visión borrosa o visión de túnel.
- Problemas con la concentración o la memoria.
- Pérdida de conciencia (desmayo).

Durante un episodio agudo, instruir a la persona a respirar como usted lo hace (WebMD, 2012). No dejarla sola.

- Respirar a través de los labios fruncidos, como si estuviera silbando, u oprima una fosa nasal mientras respira por la nariz. Es más difícil hiperventilar cuando respira por la nariz o los labios fruncidos, porque no se puede mover tanto aire.
- Reducir la respiración a una respiración cada 5 segundos, o que sea lo bastante lento para que los síntomas desaparezcan poco a poco.
- Tratar de respirar desde el vientre, que llena los pulmones por completo, disminuye su frecuencia respiratoria y ayuda a relajarse.
- Colocar una mano sobre su vientre justo debajo de las costillas. Colocar la otra mano en su pecho. Puede hacerlo mientras está de pie, pero puede ser más cómodo mientras está acostado en el piso con las rodillas dobladas.
- Respirar profundamente por la nariz. Al inhalar, dejar que su vientre empuje su mano hacia afuera. Mantener quieto su pecho.
- Al exhalar a través de los labios fruncidos, sentir cómo baja su mano. Usar la mano en su vientre para ayudar a empujar todo el aire hacia fuera. Tomarse su tiempo exhalando.
- Repetir estos pasos de 3 a 10 veces. Tomarse su tiempo con cada respiración.

Instruir a intentar siempre medidas para controlar su respiración o respirar primero desde el vientre

- Si estas técnicas no funcionan y no hay otros problemas de salud como problemas cardíacos o pulmonares, como enfermedad de las arterias coronarias, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, enfisema) o antecedentes de trombosis venosa profunda, accidente cerebrovascular, o embolismo pulmonar, trate de respirar hacia adentro y fuera en una bolsa de papel (WebMD, 2012).
- Realizar de 6 a 12 respiraciones sencillas y naturales, con una pequeña bolsa de papel sobre la boca y la nariz. A continuación, retirar la bolsa de la nariz y la boca y tomar

respiraciones sencillas y naturales (WebMD, 2012).

- Luego, intentar respirar desde el vientre (respiración diafragmática).
- Alternar estas técnicas hasta que se detenga la hiperventilación.
- Llamar al 911 para recibir atención de emergencia (no conducir al hospital).

Eliminar o controlar los factores causantes

- Si la hiperventilación continúa durante más de 30 minutos, instruya a buscar.
- Si el episodio ha sido desencadenado por el miedo o la angustia:
  - Elimine la causa del miedo, si es posible.
  - Asegurar a la persona que se están tomando medidas para garantizar su seguridad.
  - Distraer a la persona para que no piense en el estado de ansiedad, pidiéndole que mantenga con usted contacto visual (o quizás con alguien en quien confíe); diga: "Ahora míreme y respire despacio conmigo, así".
  - Tranquilice a la persona para que controle la respiración; dígale que le va a ayudar.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Explique que a altitud elevada (más de 1,829 m [6,000 pies]) la respiración es más rápida de lo normal.
- Refiérase a la rehabilitación pulmonar para la readaptación respiratoria.
- Refiérase a la salud mental si sospecha que hay trastorno de pánico o ansiedad.

Deterioro del intercambio de gases

Definición de la NANDA-I*

Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo-capilar.

Características definitorias*

- Gasometría arterial anormal
- pH arterial anómalo
- Respiración anormal (p. ej., frecuencia, ritmo, profundidad)
- Color anormal en la piel (p. ej., pálido,
- Disnea
- Cefalea al despertar
- Hipercapnia
- Hipoxemia
- Hipoxia

ceniciento)	Irritabilidad
Confusión	Aleteo nasal
Cianosis (sólo en neonatos)	Somnolencia
Disminución del dióxido de carbono	Taquicardia
Diaforesis	Trastornos visuales

Factores relacionados

Véanse factores relacionados para *Riesgo de función respiratoria ineficaz*.

Nota de la autora

Este diagnóstico no representa una situación para la cual las enfermeras prescriben un tratamiento definitivo. Éstas no tratan el *Deterioro en el intercambio de gases*, pero pueden tratar los patrones funcionales de salud que pueden verse afectados por una disminución en la oxigenación, como la actividad, el sueño, la nutrición y la función sexual. Por tanto, *Intolerancia a la actividad relacionada con oxigenación insuficiente para las actividades de la vida cotidiana* describe mejor el enfoque enfermero. Si una persona corre el riesgo de sufrir un deterioro respiratorio o ya ha sufrido alguno, la enfermera puede describir la situación como *Riesgo de complicaciones de la función respiratoria ineficaz* o incluso ser más específica con *Riesgo de complicaciones por embolia pulmonar*. Consulte la Sección 3 Problemas de colaboración.

Deterioro de la ventilación espontánea

Definición de la NANDA-I*

Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida.

Características definitorias*

Mayores

Disnea
Aumento de la tasa metabólica

Menores

Aumento de la inquietud	Aumento de la PCO_2

- Aumento de la frecuencia cardíaca
- Aprensión
- Disminución de la PO_2
- Aumento del uso de los músculos accesorios
- Disminución del volumen corriente
- Disminución de la cooperación
- Disminución de la SaO_2

Nota de la autora

Este diagnóstico representa una insuficiencia respiratoria con los cambios metabólicos correspondientes que son incompatibles con la vida. Esta situación requiere una rápida gestión médica y de enfermera, en concreto reanimación y ventilación mecánica. *Deterioro de la ventilación espontánea* no es apropiado como diagnóstico enfermero, esto es una hipoxemia, un problema de colaboración. La *hipoxemia* es una saturación plasmática insuficiente de oxígeno resultado de una hipoventilación alveolar, un cortocircuito pulmonar, o la alteración en la relación ventilación-perfusión. Por ser un problema de colaboración, los médicos prescriben los tratamientos definitivos; sin embargo, es necesaria la prescripción de intervenciones tanto médicas como enfermeras. La responsabilidad enfermera es controlar continuamente el estado y gestionar los cambios que se presenten en las intervenciones apropiadas de acuerdo con los protocolos. Para las intervenciones, véase *Riesgo de complicaciones de hipoxemia* en la Sección 3 en Carpenito, L. J. (2016). *Diagnóstico enfermero: Aplicación a la práctica clínica* [15.ª edición.]. Filadelfia: Wolters Kluwer.

DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL

Definición de la NANDA-I*

Patrones de conducta y expresión de uno mismo que no concuerdan con las normas, expectativas y contexto del marco en el que se desarrollan.

Características definitorias*

- Percepciones alteradas del rol, ansiedad
- Adaptación inadecuada a los cambios
- Ambivalencia de los roles
- Conflicto, confusión, negación, insatisfacción con los roles
- Incertidumbre
- Cansancio del rol

Factores relacionados

Conocimientos

- Expectativas de los roles poco realistas
- Falta de formación
- Preparación inadecuada del rol (p. ej., transición del rol, habilidad, ensayo, validación)
- Falta de modelo del rol

Fisiológicos

- Alteración de la imagen corporal
- Defectos neurológicos
- Autoestima baja

Sociales

- Conflicto
- Nivel de desarrollo
- Sistemas de soporte insuficientes
- Violencia doméstica
- Vínculo inapropiado con el sistema de cuidados de la salud
- Socialización inadecuada de los roles
- Recursos insuficientes
- Demandas laborales
- Recompensas insuficientes
- Juventud
- Nivel socioeconómico bajo
- Déficits cognitivos
- Estresores
- Depresión, trastornos mentales
- Dolor

Nota de la autora

El diagnóstico enfermero *Desempeño ineficaz del rol* tiene una característica definitoria de "conflicto relacionado con la percepción o el desempeño de los roles". Todas las personas tienen múltiples roles. Algunos son prescritos como el sexo y la edad; otros son adquiridos, como la paternidad y la profesión, y algunos son de transición, como el de un cargo público o ser miembro de un equipo.

Diversos factores afectan los roles de una persona, como la etapa de desarrollo, las normas sociales, las creencias culturales, los valores, los acontecimientos vitales, las enfermedades y las discapacidades. Cuando una persona tiene dificultad en el desempeño de roles, puede ser más útil describir el efecto que tiene esa dificultad en sus actividades, en lugar de describir el problema como *Desempeño ineficaz del rol*. Por ejemplo, una persona que ha sufrido un accidente cerebrovascular (ACV) puede

experimentar un cambio al pasar de ser el principal sostén económico de la familia a estar desempleado. En esta situación, el diagnóstico enfermero apropiado sería *Interrupción de los procesos familiares* y/o *temor* relacionado con la pérdida del rol como sostén económico secundario a los efectos del ACV. En otro ejemplo, si una mujer no pudiera seguir con sus responsabilidades en el hogar debido a una enfermedad y otros integrantes de la familia asumieran esas responsabilidades, las situaciones que pudieran surgir sería mejor describirlas como *Riesgo de trastorno del autoconcepto* relacionado con la pérdida reciente de la responsabilidad de los roles secundaria a una enfermedad y *Riesgo de deterioro del mantenimiento del hogar* relacionado con la falta de conocimientos de los miembros de la familia.

Un conflicto en una familia referente a otros que cumplen con las obligaciones o expectativas de los roles puede implicar factores relacionados para el diagnóstico *Procesos familiares disfuncionales* relacionados con el conflicto que surge por las expectativas de los miembros que cumplen las obligaciones de los roles.

Hasta que la investigación clínica defina este diagnóstico y las intervenciones enfermeras correspondientes, usar *Desempeño ineficaz del rol* como un factor relacionado para otros diagnósticos enfermeros (p. ej., *Ansiedad, Duelo, Estrés por sobrecarga* o *Trastorno del autoconcepto*).

SÍNDROME DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Síndrome del déficit de autocuidado[37]

Déficit de autocuidado: alimentación

Déficit de autocuidado: baño

Déficit de autocuidado: vestido

Déficit de autocuidado: instrumental[37]

Déficit de autocuidado: uso del inodoro

Definición[38]

Estado en el cual un individuo experimenta un deterioro de la función motora o una función cognitiva, causando una disminución en la capacidad de realizar cada una de las cinco actividades de autocuidado.

Características definitorias

Mayores (debe estar presente un déficit en cada actividad)

Déficit de autocuidado: alimentación

Incapacidad (o falta de disposición) para:[38]

- Llevar comida del recipiente a la boca
- Completar una comida
- Colocar la comida en los utensilios
- Manejar utensilios
- Ingerir el alimento de una manera socialmente aceptable
- Abrir los recipientes
- Levantar una taza o vaso
- Preparar el alimentos para ingerirlo
- Utilizar un dispositivo auxiliar

Déficits de autocuidado: baño (incluye la limpieza de todo el cuerpo, peinarse, cepillarse los dientes, cuidarse las uñas y la piel y aplicarse el maquillaje)[38]

Incapacidad (o falta de voluntad) de:[38]

- Tener acceso al baño
- Obtener los suministros para el baño
- Lavarse el cuerpo
- Secarse el cuerpo
- Obtener una fuente de agua
- Regular el agua del baño

Déficit de autocuidado: vestido (ponerse la ropa normal o especial, no la ropa para acostarse)[38]

Incapacidad o falta de voluntad de:[38]

- Elegir ropa o ponerse ropa en la parte inferior del cuerpo
- Ponerse ropa en la parte superior del cuerpo
- Ponerse las prendas de ropa necesarias
- Mantener la apariencia a un nivel satisfactorio
- Coger ropa
- Ponerse/quitarse los zapatos
- Poner/quitar calcetines
- Utilizar dispositivos de asistencia
- Uso de cierres
- Abrocharse, desabrocharse la ropa
- Obtener ropa

Déficit de autocuidado: baño

Incapacidad o falta de disposición para:[38]

- Ir al inodoro o usar el orinal
- Llevar a cabo una buena higiene
- Manipular la ropa al ir al baño
- Levantarse del inodoro o del orinal
- Sentarse en un inodoro o en el orinal
- Tirar de la cadena del inodoro o vaciar el

orinal

Deficiencia de autocuidado: instrumentos[38]

Dificultad para usar el teléfono	Dificultad para preparar los alimentos
Dificultad para acceder a un medio de transporte	Dificultad con la gestión de los medicamentos
Dificultad para lavar o planchar la ropa	Dificultad con las compras
Dificultad para gestionar el dinero	

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con la falta de coordinación secundaria a (especificar)

Relacionados con espasticidad o flacidez secundaria a (especificar)

Relacionados con debilidad muscular secundaria a (especificar)

Relacionados con parálisis total o parcial secundaria a (especificar)

Relacionados con atrofia secundaria a (especificar)

Relacionados con contracturas musculares secundarias a (especificar)

Relacionados con trastornos visuales secundarios a (especificar)

Relacionados con falta de alguna extremidad o mal funcionamiento

Relacionados con la regresión a un estado de desarrollo anterior

Relacionados con conductas excesivamente ritualistas

Relacionados con déficits somatoformes (especificar)

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con dispositivos externos (especificar: escayolas, entablillados, corsés, vías intravenosas [IV])

Relacionados con fatiga y dolor posoperatorio

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con déficits cognitivos

Relacionados con la fatiga

Relacionados con el dolor

Relacionados con una disminución de la motivación

Relacionados con la confusión

Relacionados con ansiedad incapacitante

De maduración

Adulto anciano

Relacionados con disminución de la capacidad visual y motora, debilidad muscular

Nota de la autora

El autocuidado abarca las actividades necesarias para satisfacer las necesidades cotidianas, comúnmente conocidas como actividades de la vida diaria (AVD), que se aprenden con el tiempo y se convierten en hábitos para toda la vida. Las actividades de autocuidado incluyen no sólo lo que se tiene que hacer (higiene, baño, vestido, uso del inodoro, alimentación), sino también cuánto, cuándo, dónde, con quién y cómo (Miller, 2015).

En todas las personas, la amenaza o la realidad de un déficit de autocuidado provoca pánico. Muchas comunican que temen más perder la independencia que morir. Un déficit de autocuidado afecta el núcleo del autoconcepto y la autodeterminación. Por esta razón, los cuidados enfermeros centrados en el déficit de autocuidados no deberían orientarse no sólo a prestar los cuidados necesarios, sino en identificar las técnicas adaptativas que permitan que la persona logre el mayor grado de participación e independencia posible.

Alguna vez se usó el diagnóstico de *Déficit total de autocuidado* para describir la incapacidad de una persona para completar su alimentación, baño, uso del inodoro, vestido y aseo (Gordon, 1982). Al especificar "total" se trataba de describir a una persona con déficits en varias AVD. Lamentablemente, algunas veces su uso invita, según Magnan (1989, comunicación personal), a los "juicios preconcebidos acerca del estado de una persona y de las intervenciones enfermeras que se requieren". Puede considerarse a la persona como en estado vegetativo, por lo que sólo se requieren cuidados mínimos. El *Déficit total de autocuidado* se ha eliminado porque su formulación no denota potencial para crecer o rehabilitarse.

Aquí se ha añadido el diagnóstico *Síndrome de déficit de autocuidado* (que actualmente no se encuentra en la lista de la NANDA-I) para describir a una persona con compromiso de la capacidad en las cinco actividades de autocuidado. En el caso de esta persona, la enfermera valora su grado de actividad en cada área e identifica el nivel de participación de que es capaz. El objetivo es mantener el funcionamiento actual, aumentar la participación y la independencia, o ambas. El hecho distintivo del síndrome es que aglutina los cinco déficits para favorecer agrupar las intervenciones según esté indicado, a la vez que permite intervenciones especializadas para un déficit específico.

El peligro de aplicar un diagnóstico de *Déficit de autocuidado* radica en la posibilidad de clasificar prematuramente a la persona como incapaz de ningún grado de participación, lo que elimina el enfoque en la rehabilitación. Es importante que la

enfermera clasifique el nivel funcional de la persona para promover su independencia. Usar esta escala con los diagnósticos enfermeros (p. ej., *Déficit de autocuidado: uso del inodoro* 2 = ayuda mínima). También es necesario hacer una valoración continuada para identificar los cambios en la capacidad de la persona para participar en su autocuidado.

NOC

Véase Déficit de autocuidado: baño, alimentación, vestido, uso del inodoro, o instrumental.

Objetivos

La persona participará en las actividades de alimentarse, vestirse, usar el inodoro y bañarse, evidenciado por los siguientes indicadores (especificar lo que la persona puede desempeñar con ayuda y sin ella):

- Identifica las preferencias en actividades de autocuidado (p. ej., tiempo, productos, ubicación).
- Muestra la higiene óptima después de ayudarle con los cuidados.

NIC

Véase Déficit de autocuidado: alimentación, baño, vestido, uso del inodoro y/o instrumental.

Intervenciones

Valorar los factores causales o contribuyentes

- Véase factores relacionados.

Promover la participación óptima

- Consultar con los fisioterapeutas para determinar el nivel actual de participación y para establecer un plan.
  - Determinar las áreas en que puede haber una mayor participación en cada actividad de autocuidado.
  - Estudiar los objetivos de la persona y determinar lo que ella percibe como sus necesidades.
  - Comparar lo que la enfermera cree que son las necesidades y objetivos de la persona, y después trabajar para establecer objetivos mutuamente aceptables.
  - Dar a la persona el tiempo necesario para completar las actividades sin ayuda. Promover la independencia, pero ayudarle cuando no pueda desempeñar una actividad.

Promover la autoestima y la autodeterminación

- Determinar las preferencias de
  - Horario.

- Productos.
- Métodos.
- Selección de ropa.
- Cortes de cabello.

- Durante las actividades de autocuidado, dar opciones para elegir y preguntar las preferencias.
- No centrarse en la discapacidad.
- Elogiar los logros independientes.

Valorar la capacidad de la persona para participar en cada actividad de autocuidado (alimentación, vestido, baño, uso del inodoro)

- Valorar con frecuencia su capacidad y revisar el código según sea apropiado.

Véanse las intervenciones de cada diagnóstico; déficit de autocuidado: alimentación, baño, vestido, uso del inodoro o instrumental, según esté indicado

Déficit de autocuidado: alimentación

Definición de la NANDA-I*

Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de autoalimentación.

Características definitorias*

Discapacidad (o falta de disposición) para:[39]

- Llevar la comida del recipiente a la boca
- Completar una comida
- Coger los alimentos con los utensilios
- Manipular los utensilios
- Ingerir los alimentos de una manera socialmente aceptable
- Abrir los recipientes
- Asir una taza o un vaso
- Preparar los alimentos para ingerirlos
- Usar dispositivos adaptativos

Factores relacionados

Véase *Síndrome de déficit de autocuidado*.

Nota de la autora

Este diagnóstico es apropiado para personas que tienen dificultades cuando se trata de comer solos. Aquellas con dificultad para masticar e ingerir suficientes calorías necesitan un diagnóstico adicional de *Desequilibrio nutricional*.

NOC

Estado nutricional, autocuidado: de alimentación, estado de deglución.

Objetivos

La persona demostrará un aumento de la capacidad para alimentarse por sí misma o informará que necesita ayuda, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Demuestra capacidad para usar los dispositivos adaptativos, si está indicado.
- Demuestra un aumento del interés por la comida y deseo de comer.
- Describe las razones y el procedimiento del tratamiento.
- Describe los factores causales del déficit de autocuidado en la alimentación.

NIC

Alimentación, ayuda para el autocuidado: alimentación, terapia de deglución, enseñanza, precauciones ante la aspiración.

Intervenciones

Valorar los factores causantes

- Véase factores relacionados.

Usar la siguiente escala para clasificar la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades. Agregue el número al Diagnóstico enfermero de la persona como *Déficit de autocuidado: alimentación* (3)

- 0 = Es completamente independiente.
- 1 = Requiere el uso de un dispositivo de ayuda.
- 2 = Necesita ayuda mínima.
- 3 = Necesita ayuda o alguna supervisión.
- 4 = Necesita supervisión total.
- 5 = Necesita ayuda total o es incapaz de colaborar.

Proporcionar oportunidades para volver a aprender o adaptarse a una actividad

Intervenciones enfermeras comunes para la alimentación

- Preguntar a la persona o a su familia qué alimentos le gustan y cuales no.

- Asegurarse de que la persona toma sus comidas en el mismo entorno, que éste es agradable y que no tiene demasiadas distracciones.
- Mantener la correcta temperatura de los alimentos (las comidas calientes, calientes; las comidas frías, frías).
- Ofrecer un analgésico porque el dolor puede afectar el apetito y a la capacidad de alimentarse de manera independiente.
- Proveer una buena higiene bucal antes y después de comer.
- Animar a la persona a usar la dentadura postiza y las gafas.
- Ayudar a la persona a colocarse en la posición para comer más normal de acuerdo con su discapacidad física (lo mejor es sentarlo en una silla cerca de la mesa).
- Procurar que haya contacto social durante la comida.

Especificar las intervenciones para las personas con déficits sensitivos o perceptivos

- Animar a la persona a usar las gafas correctoras prescritas.
- Describir la ubicación de los utensilios y de la comida en la bandeja o mesa.
- Describir los alimentos para estimular el apetito.
- En el caso del déficit perceptivo, elegir vajillas de diferentes colores para ayudar a distinguir los elementos (p. ej., bandeja roja, platos blancos).
- Averiguar los patrones habituales de alimentación y ofrecer los alimentos según las preferencias (o colocar los alimentos siguiendo un patrón similar a la disposición de los números en un reloj); registrar en el plan de cuidados la disposición usada (p. ej., carne a las 6, patatas a las 9, verduras a las 12).
- Animar a consumir alimentos que se coman con los dedos (p. ej., pan, panceta, fruta, *hot dogs*) para promover la independencia.
- En la persona con afectación del campo visual evitar colocar la comida en el lado ciego hasta que esté visualmente acomodada al entorno; después animarla a observar todo el campo visual.

Intervenciones específicas para personas con perdida de la(s) extremidad(es)

- Proporcionar un entorno para las comidas que no avergüence a la persona; darle el tiempo suficiente para comer.
- Proveer sólo la supervisión y la ayuda necesarias para que vuelva a aprender o se adapte.
- A fin de mejorar la independencia, proporcionar los instrumentos adaptativos necesarios:
  - Platos con bordes altos para evitar que rebose la comida.

  - Plato o taza con una ventosa para estabilizarlos en la mesa.
  - Agarraderas almohadillas en los utensilios para una sujeción más segura.
  - Férulas con abrazaderas en las manos o muñecas para sostener utensilios para comer.
  - Tazas especiales para beber.
  - Cuchillo mecedora para cortar.
- Ayudar con la organización si es necesario: abriendo recipientes, las servilletas, los paquetes de condimentos; cortando la carne, y poniendo la mantequilla sobre el pan.
- Disponer los alimentos de tal manera que la persona tenga espacio suficiente para desempeñar las tareas requeridas para comer.

Intervenciones específicas para personas con déficits cognitivos

- Ofrecer una atmósfera aislada y tranquila hasta que la persona pueda concentrarse en comer y no se distraiga fácilmente.
- Supervisar el programa de alimentación hasta que no exista peligro de atragantamiento o aspiración.
- Orientar a la persona respecto a la colocación y el propósito del equipo de alimentación.
- Evitar las distracciones externas y la conversación innecesarias.
- Colocar a la persona en posición más normal para comer que pueda asumir.
- Animar a la persona a atender a la tarea, pero estar alerta por si presenta fatiga, frustración o agitación.
- Ofrecer un alimento cada vez siguiendo la secuencia usual de alimentación hasta que la persona pueda hacer una comida completa en una secuencia normal.
- Animar a la persona a ser ordenada, a comer en pequeñas porciones y a poner la comida en el lado no afectado de la boca en caso de paresia o parálisis.
- Comprobar la retención de comida en las mejillas.
- Véase *Deterioro de deglución* para otras intervenciones.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Asegurarse de que tanto la persona como la familia entienden la razón y el propósito de todas las intervenciones.
- Proceder con la enseñanza según se necesite.
  - Mantener métodos seguros de alimentación.
  - Prevenir la aspiración de alimentos.

- Usar los utensilios adecuados para comer (evitar los instrumentos afilados).
- Probar la temperatura de los líquidos calientes y usar ropa protectora (p. ej., babero de papel).
- Enseñar el uso de los dispositivos adaptativos.

Déficit de autocuidado: baño

Definición de la NANDA-I*

Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño/higiene.

Características definitorias*

Déficits de autocuidado: baño (incluido lavarse el cuerpo, peinarse, cepillarse los dientes, cuidar la piel y las uñas y aplicar maquillaje)[40]

Discapacidad (o falta de disposición) para:[40]

Acceder al baño	Obtener una fuente de agua
Obtener los productos para el baño	Deterioro de la capacidad para regular el agua del baño
Lavar o secar el cuerpo	

Factores relacionados

Véase *Síndrome de déficit de autocuidado*.

Nota de la autora

Véase *Síndrome de déficit de autocuidado*.

NOC

Autocuidado: actividades de la vida diaria, autocuidado: baño.

Objetivos

La persona desempeñará las actividades requeridas para el baño al nivel óptimo esperado o notificará satisfacción con los logros a pesar de las limitaciones, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Relaciona un sentimiento de confort y satisfacción con la limpieza del cuerpo.

- Demuestra capacidad para usar los dispositivos adaptativos.
- Describe los factores causales del déficit de autocuidado en el baño.

NIC

Ayuda al autocuidado: baño, enseñanza: individual.

Intervenciones

Evaluar los factores causales

- Véase factores relacionados.

Usar la siguiente escala para clasificar la capacidad de la persona para desempeñar una actividad. Agregue el número al Diagnóstico de enfermería de la persona como *Déficit de autocuidado: baño* (3)

- 0 = Es completamente independiente.
- 1 = Requiere el uso de un dispositivo auxiliar.
- 2 = Necesita ayuda mínima.
- 3 = Necesita ayuda o alguna supervisión.
- 4 = Necesita supervisión total.
- 5 = Necesita asistencia total o es incapaz de colaborar.

Proporcionar oportunidades para volver a adaptarse a la actividad

Intervenciones enfermeras generales para la discapacidad para bañarse

- El momento y las rutinas del baño deben ser coherentes para fomentar la independencia óptima.
- Animar a la persona a usar las gafas correctoras o los audífonos prescritos.
- Mantener la temperatura del baño tibia; averiguar la temperatura del agua que prefiere la persona.
- Proporcione privacidad durante la rutina de baño.
- Preguntar a la persona su rutina usual de baño.
- Mantener el entorno simple y despejado.
- Observar el estado de la piel durante el baño.
- Tener a mano todo lo necesario para el baño.
- Proporcionar seguridad en el baño (alfombrillas antideslizantes, barras de sujeción).
- Cuando la persona sea físicamente capaz, animarle a usar una silla para la bañera o ducha, dependiendo de lo que use en casa. (La persona debe practicar en el hospital en preparación para ir a casa.)

- Proporcionar equipos adaptativos si se necesitan:
  - Silla o taburete para la bañera o ducha.
  - Esponja de mango largo para alcanzar la espalda o las extremidades inferiores.
  - Barras de sujeción en las paredes del baño donde se necesiten para la movilidad.
  - Tabla de baño para transferirse a la silla o al taburete de la bañera.
  - Alfombrilla de seguridad o suelo antideslizante en el cuarto de baño, bañera y ducha.
  - Manoplas de baño con un bolsillo para el jabón.
  - Cepillos de dientes adaptados.
  - Soportes para máquinas de afeitar.
  - Ducha de mano con atomizador.
- Aliviar el dolor que pueda influir en la capacidad de la persona para bañarse sola.[41]

Intervenciones específicas de baño para personas con déficit visual

- Colocar los utensilios para el baño en el lugar más accesible para la persona.
- Evitar colocar los utensilios en el lado ciego si la persona tiene una disminución del campo y no está visualmente acostumbrada al entorno.
- Mantener el timbre de llamada a su alcance si se baña sola.
- Dar a la persona con deterioro visual el mismo grado de privacidad y dignidad que a cualquier otra persona.
- Anunciarse antes de entrar o dejar el área de baño.
- Observar la capacidad de la persona para mantener una buena higiene bucal, peinarse y afeitarse.

Intervenciones específicas de baño para personas con déficit cognitivo

- Determinar el mejor método para bañar a una persona (p. ej., un baño de toalla, regadera, tina).
- Programar una hora constante para el baño como parte de un programa estructurado que ayude a disminuir la confusión.
- Dar instrucciones sencillas y evitar las distracciones; orientar a la persona con respecto al propósito de los utensilios de baño y ponerle pasta de dientes el cepillo dental.
- Preservar la dignidad.
- Avisar verbalmente antes de hacer cualquier cosa (p. ej., tocar, rociar con agua).

- Aplicar una firme presión sobre la piel al bañar; es menos probable que se malinterprete que un toque suave.
- Ayudar a relajar a una persona confundida o agitada con un baño de regadera o tina de agua caliente.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Enseñar el uso de los dispositivos adaptativos.
- Comprobar la instalación del baño en el domicilio y ayudar a determinar si es necesario realizar adaptaciones; remitir a la terapia ocupacional o a los servicios sociales para adquirir el equipo necesario para la casa.
- Enseñar a la persona a usar el área de la tina o regadera, dependiendo de lo que se use en casa.

Déficit de autocuidado: vestido

Definición de la NANDA-I*

Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de vestido y arreglo personal.

Características definitorias

Déficit para vestirse solo (incluido ponerse ropa normal o especial, no ropa para acostarse)[42]

Discapacidad (o falta de disposición) para:[42]

- Elegir la ropa
- Ponerse la ropa en la parte inferior o superior del cuerpo
- Mantener el aspecto a un nivel satisfactorio
- Coger la ropa
- Ponerse o quitarse los zapatos
- Ponerse o quitarse los calcetines
- Usar dispositivos de ayuda
- Usar cremalleras
- Abrocharse o desabrocharse la ropa
- Obtener ropa

Factores relacionados

Véase *Síndrome de déficit de autocuidado*.

Nota de la autora

Véase *Síndrome de déficit de autocuidado.*

NOC

Autocuidado: actividades de la vida diaria, autocuidado: vestido.

Objetivos

La persona demostrará un aumento de la capacidad para vestirse sola o informará de la necesidad de contar con alguien más que le ayude a lograrlo, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Demuestra capacidad para usar dispositivos adaptativos para personas con discapacidad y lograr así la independencia para vestirse.
- Demuestra un aumento del interés por usar ropa de calle.
- Describe los factores causales del déficit para vestirse solo.
- Relaciona las razones y el procedimiento para los tratamientos.

NIC

Ayuda al autocuidado: vestido/asearse, enseñanza: individual, vestido.

Intervenciones

Valorar los factores causales

- Véase factores relacionados.

Usar la siguiente escala para clasificar la capacidad de la persona para llevar a cabo una actividad. Agregue el número al Diagnóstico enfermero de la persona como *Déficit de autocuidado: vestido* (3)

- 0 = Es completamente independiente.
- 1 = Requiere el uso de un dispositivo auxiliar.
- 2 = Necesita ayuda mínima.
- 3 = Necesita asistencia y/o alguna supervisión.
- 4 = Necesita supervisión total.
- 5 = Necesita asistencia total o no puede ayudar.

Intervenciones enfermeras generales para vestirse solo

- Obtener ropa que sea de una talla grande y fácil de poner, como la ropa con cintura elástica, con mangas y perneras anchas, los vestidos que se abren por la espalda hasta abajo para mujeres en silla de ruedas y sujeciones de velcro o botones más grandes.
- Animar a la persona a usar las gafas correctoras o los audífonos prescritos.

- Promover la independencia al vestirse mediante la práctica continua y no asistida.
- Proporcionar elementos de ayuda para vestirse si es necesario (entre los más habituales están un bastón para vestirse, pinza alcanza-dora, tirador de cremalleras, gancho para los botones, calzadores largos y cordones para zapatos adaptados con cintas elásticas).

Intervenciones específicas de vestir para personas con deficiencia visual

- Permitir que la persona seleccione la ubicación que le resulte más conveniente para vestirse y adaptar el entorno para que complete mejor la tarea (p. ej., eliminar las barreras innecesarias).
- Anunciarse antes de entrar o salir de la habitación donde la persona se viste.
- Si la persona tiene el campo visual restringido, evitar colocar la ropa en el lado ciego hasta que esté visualmente acomodado a su entorno; después, animarla para que gire la cabeza con fin de analizar el campo visual.

Intervenciones específicas de vestir para personas con déficit cognitivo (Miller, 2015)

- Mantener la comunicación verbal simple.
  - Hacer preguntas cuyas respuestas sean "sí" o "no".
  - Dar una instrucción cada vez (p. ej., "póngase el calcetín").
  - Elogiar después de cada paso.
  - Llamar a la persona por su nombre.
  - Usar la misma palabra para la misma cosa (p. ej., "camisa").
  - Vestir la mitad inferior y después la mitad superior.
- Preparar un entorno ordenado y despejado.
  - Colocar la parte delantera de la ropa hacia abajo.
  - Colocar cada pieza de ropa en el orden en que va a usarse.
  - Permitir que la persona elija sólo entre dos piezas.
  - Colocar las prendas que van juntas en la misma percha.
  - Retire la ropa sucia del área utilizada para vestirse.
- Ofrecer pistas no verbales.
  - Manipular una prenda de ropa a la vez en el orden correcto.
  - Colocar los zapatos al lado del pie correcto.
  - Señalar o tocar la parte del cuerpo que va a usar.
  - Si la persona no puede completar todos los pasos, permitirle siempre completar el último paso para vestirse, si es posible, suba la cremallera del pantalón o abroche el

cinturón.

- Disminuir gradualmente la ayuda.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Contactar con una enfermera de atención primaria para una valoración en el domicilio.

Déficit de autocuidado: instrumental[43]

Definición

Deterioro de la capacidad para realizar ciertas actividades o tener acceso a ciertos servicios esenciales para administrar un hogar.

Características definitorias

Información u observación de dificultad en una o más de las siguientes actividades:

Usar el teléfono	Comprar (comida, ropa)
Acceder al transporte	Administrar el dinero
Lavar y planchar la ropa	Administrar los medicamentos
Preparar las comidas	

Factores relacionados

Véase *Síndrome de déficit de autocuidado*.

Nota de la autora

Déficit de autocuidado: instrumental no está actualmente en la lista de la NANDA-I pero se ha añadido por cuestiones de utilidad y claridad. Este diagnóstico describe problemas para desempeñar ciertas actividades o acceder a ciertos servicios, incluyendo la limpieza, la preparación y la adquisición de alimentos, compras, lavado de ropa, la capacidad de auto-medicarse con seguridad, la capacidad de manejar el dinero y el acceso al transporte (Miller, 2015). Las AVD con utensilios requieren tareas más complejas que las AVD.

NOC

Autocuidado: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Objetivos

La persona o su familia comunicará satisfacción con la gestión del hogar, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Demuestra el uso de dispositivos adaptativos (p. ej., teléfono, ayudas para cocinar).
- Describe un método para asegurar el cumplimiento del calendario de medicamentos.
- Informa de la capacidad de llamar y contestar las llamadas.
- Informa que es capaz de lavarse la ropa con regularidad por sí mismo o con la ayuda de los demás.
- Informa de la ingesta diaria de por lo menos dos comidas nutritivas.
- Identifica las opciones de transporte a las tiendas, el médico, el lugar de culto y las actividades sociales.
- Demuestra que domina las transacciones monetarias simples.
- Identifica a las personas que lo ayudarán con asuntos de dinero.

NIC

Enseñanza: individual, derivación a otros profesionales, promoción de la participación familiar.

Intervenciones

Valorar los factores causales y contribuyentes

- Véase factores relacionados.

Usar la siguiente escala para clasificar la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades. Agregue el número al Diagnóstico enfermero de la persona como *Déficit de autocuidado: utensilios* (3)

- 0 = Es completamente independiente.
- 1 = Requiere el uso de un dispositivo de ayuda.
- 2 = Necesita ayuda mínima.
- 3 = Necesita ayuda o alguna supervisión.
- 4 = Necesita supervisión total.
- 5 = Necesita ayuda total o es incapaz de colaborar.

Asegurar que se consulte a un terapeuta ocupacional y se programe una evaluación en el hogar

Evaluar la habilidad del individuo de seleccionar, adquirir y preparar alimentos nutritivos diariamente

- Preparar una lista permanente de compras con indicaciones de los productos y alimentos esenciales.
- Enseñar a la persona a revisar la lista antes de ir de compras, verificar los productos necesarios y, en la tienda, tachar los productos seleccionados. (Usar un lápiz que se pueda borrar para reutilizar la lista.)

- Enseñar a la persona cómo comprar alimentos para una sola persona (véase *Desequilibrio nutricional* para técnicas específicas).
- Si es posible, enseñar a la persona a usar un horno de microondas con el fin de reducir el riesgo de lesiones o accidentes relacionados con el calor.

Ofrecer sugerencias para mejorar el cumplimiento del horario de la medicación

- Solicitar a alguien que coloque los medicamentos en un pastillero dividido en 7 días.
- Extraer la cantidad exacta de pastillas diarias y separarlas en vasitos, cada uno etiquetado con la hora del día a la que hay que tomarlas.
- Si es necesario, dibujar una imagen de las pastillas y la cantidad de cada una en cada vasito.
- Enseñar a la persona a pasar las pastillas del vasito a una bolsita de plástico cuando vaya a estar fuera de casa en el momento de tomarlas.
- Decirle a la persona a quién llamar para pedir indicaciones en caso de que se le olvide tomar una dosis.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Asegurarse de que se ha programado una evaluación en el hogar (p. ej., enfermería, servicios sociales, terapia ocupacional, terapia física).
- Determinar las fuentes de transporte disponibles (vecinos, familiares, centros comunitarios).
  - Grupos religiosos u organismos de servicios sociales.
  - Remitir a la persona a organizaciones comunitarias de ayuda (p. ej., Departamento de servicios sociales, organizaciones de ayuda a ancianos, vecinos mayores, enfermera de salud comunitaria, comidas a domicilio).

Déficit de autocuidado: uso del inodoro

Definición de la NANDA-1*

Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de evacuación.

Características definitorias

Discapacidad (o falta de disposición) para:[44]

Ir al inodoro o usar la cuña	Levantarse del inodoro o la cuña

Llevar a cabo una higiene apropiada

Manipular la ropa para la evacuación

Sentarse en el inodoro o la cuña

Tirar de la cadena del inodoro o vaciar la cuña

Factores relacionados

Véase *Síndrome de déficit de autocuidado*.

Nota de la autora

Véase *Síndrome de déficit de autocuidado*.

NOC

Autocuidado: actividades de la vida diaria, autocuidado: higiene, autocuidado: uso del inodoro.

Objetivos

La persona demostrará una mejora en la capacidad de usar sola el inodoro o informará de la necesidad de que alguien la ayude para desempeñar las actividades necesarias, evidenciado por los siguientes indicadores (especificar cuando se necesite ayuda):

- Demuestra la capacidad de usar dispositivos adaptativos para facilitar el uso del inodoro.
- Describe los factores causales para el déficit en el uso del inodoro.
- Relaciona las razones y los procedimientos del tratamiento.

NIC

Ayuda al autocuidado: uso del inodoro, ayuda al autocuidado: higiene, enseñanza individual, establecimiento mutuo de objetivos.

Intervenciones

Valorar los factores causales

- Véase Factores relacionados.

Utilizar la siguiente escala para calificar la habilidad de la persona para desempeñar una actividad. Agregue el número al Diagnóstico enfermero de la persona como *Déficit de autocuidado: uso del inodoro* (3)

- 0 = Es completamente independiente.
- 1 = Requiere el uso de un dispositivo auxiliar.
- 2 = Necesita ayuda mínima.
- 3 = Necesita ayuda o alguna supervisión.

- 4 = Necesita supervisión total.
- 5 = Necesita ayuda total o es incapaz de colaborar.

Intervenciones enfermeras frecuentes para ayudar a la persona con dificultades en el uso del inodoro

- Obtener de la persona o de la familia el historial sobre problemas de vejiga o intestino (véase *Deterioro de la eliminación intestinal* o *Deterioro de la eliminación urinaria*).
- Investigar sobre el sistema de comunicación que usa la persona para expresar su necesidad de usar el inodoro.
- Evitar el desarrollo de una "fijación en la disposición" hablando y preguntando con menos frecuencia sobre evacuación intestinal.
- Estar alerta ante posibles caídas cuando la persona use el inodoro (estar preparado para facilitarle llegar al suelo sin que nadie se dañe).
- Permitirle tiempo suficiente para el uso del inodoro con el fin de evitar la fatiga. (La falta de tiempo suficiente en el uso del inodoro puede causar incontinencia o estreñimiento.)

Intervenciones específicas para el uso del inodoro para las personas con un déficit visual

- Tener a mano el timbre de llamada para que la persona pueda recibir ayuda rápidamente en el inodoro; contestar pronto la llamada para reducir la ansiedad.
- Si es necesario usar la cuña u orinal, asegurarse de que queda al alcance de la persona.
- Evitar colocar el material necesario en el inodoro en el lado ciego de la persona con afectación del campo visual. (Cuando esté visual-mente acostumbrada al entorno, puede sugerirle que busque el material en su campo visual.)
- Anunciarse antes de entrar o salir de la zona del inodoro.
- Observar la capacidad de la persona para obtener el equipo o llegar al inodoro sin ayuda.

Intervenciones específicas para el uso del inodoro para personas con déficits cognoscitivos

- Recordar la necesidad de utilizar el inodoro cada 2 horas, después de comer y antes de acostarse.
- Cuando la persona puede indicar la necesidad de usar el inodoro, comenzar yendo cada 2 h, tras de la comida y antes de acostarse.
- Responder inmediatamente al timbre de llamada para evitar frustración y la incontinencia.
- Fomentar el uso de ropa normal. (Muchas personas confusas son continentes mientras usan ropa normal.)
- Evitar el uso de cuñas y orinales; si es posible, procurar una atmósfera normal de

eliminación en el cuarto de baño. (Debe usarse siempre el mismo inodoro para promover la familiaridad.)

- Indicar con palabras qué se espera de la persona y reforzar positivamente el éxito.
- Véase *Deterioro de la eliminación urinaria* para más información sobre la incontinencia.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Valorar la comprensión y conocimiento de la persona y la familia sobre las razones e intervenciones anteriores.

TRASTORNO DEL AUTOCONCEPTO

Trastorno del autoconcepto

Trastorno de la imagen corporal

Trastorno de la identidad personal

Riesgo de trastorno de la identidad personal

Trastorno de la autoestima

Baja autoestima crónica

Riesgo de baja autoestima crónica

Baja autoestima situacional

Riesgo de baja autoestima situacional

Definición[45]

Un estado negativo de cambio en la forma en que una persona siente, piensa o se ve a sí misma. Puede incluir un cambio en la imagen corporal, autoestima o identidad personal (Boyd, 2012).

Características definitorias

Este diagnóstico refleja una categoría diagnóstica amplia que puede usarse al principio hasta que datos de una evaluación más concreta puedan corroborar un diagnóstico enfermero más específico, tal como *Trastorno de la imagen corporal* o *Baja autoestima*.

Algunos ejemplos de signos y síntomas (observados o informados) son:

Respuesta verbal o no verbal negativa al cambio real o percibido en la estructura, función o ambos (p. ej., pena, vergüenza, culpa, repulsión)

Expresión de vergüenza o culpa

Racionalización o rechazo del refuerzo positivo y exageración de la visión negativa de uno mismo

Hipersensibilidad a la menor crítica

Ocurrencia episódica de autovaloración negativa en respuesta a los acontecimientos vitales en una persona con una autoevaluación positiva previa

Expresión verbal de sentimientos negativos acerca de uno mismo (impotencia, ineptitud)

Factores relacionados

Se puede presentar un Trastorno del autoconcepto como respuesta a diversos problemas de salud, circunstancias y conflictos. A continuación se enumeran algunas de las fuentes habituales.

Fisiopatológicos

Relacionados con el cambio en la apariencia, estilo de vida, rol, respuesta de los demás secundario a:

Enfermedad crónica

Dolor

Traumatismo grave

Pérdida de las funciones corporales

Pérdida de partes del cuerpo

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con sentimientos de abandono o fracaso secundario a:
Divorcio, separación o muerte de la pareja
Pérdida del empleo o capacidad de trabajar

Relacionados con la inmovilidad o pérdida de la función

Relacionados con relaciones no satisfactorias (parentales o maritales)

Relacionados con preferencias sexuales (homosexual, lésbica, bisexual, abstinente)

Relacionados con embarazo adolescente

Relacionados con diferencias de género en la educación de los hijos

Relacionados con experiencias de violencia parental

Relacionados con cambios en los patrones habituales de responsabilidades

De maduración

Adulto

Pérdida de los roles y responsabilidades

Pérdida de los roles y responsabilidades

Nota de la autora

El autoconcepto refleja la manera en que uno se ve a sí mismo y abarca la imagen corporal, la autoestima, el desempeño de los roles y la identidad personal. El autoconcepto se desarrolla a lo largo de la vida y es difícil de cambiar. Está influido por las interacciones con el ambiente y con los demás y por las percepciones de la propia persona sobre cómo la ven los demás.

El *Trastorno del autoconcepto* representa una categoría diagnóstica amplia en la cual se encuentran diagnósticos enfermeros más específicos. Al principio quizá la enfermera no tenga datos clínicos suficientes para validar un diagnóstico más concreto, como *Baja autoestima crónica* o el *Trastorno de la imagen corporal*; por tanto, puede usarse *Trastorno del autoconcep to* hasta que los datos corroboren un diagnóstico más específico.

La autoestima es uno de los cuatro componentes del autoconcepto. *Trastorno de la autoestima* es la categoría diagnóstica general. *Baja autoestima crónica* y *Baja autoestima situacional* representan tipos específicos de *Trastorno de la autoestima* y, por tanto, implican intervenciones más concretas. Al principio es posible que la enfermera no tenga datos clínicos suficientes para validar un diagnóstico más específico, como *Baja autoestima crónica* o *Baja autoestima situacional*; por tanto, el uso de *Trastorno de la autoestima* puede ser apropiado. Véanse las características principales de categorías para su validación. *Baja autoestima situacional* es un acontecimiento ocasional; si ocurre de manera repetida o se dan autoevaluaciones negativas continuas en el tiempo, o ambas pueden conducir a una *Baja autoestima crónica* (Willard, 1990, comunicación personal).

NOC

Calidad de vida, nivel de depresión, depresión, autocontrol, autoestima, afrontamiento.

Objetivos

La persona demostrará una adaptación saludable y para el afrontamiento, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Se evalúa a sí misma y a las situaciones de manera realista y sin distorsiones.
- Se expresa verbalmente y demuestra sentimientos positivos crecientes.

NIC

Inculcar esperanza, gestión del humor, aclaración de valores, asesoramiento, consulta a otros profesionales, grupo de apoyo, mejora del afrontamiento.

Intervenciones

Contactar frecuentemente con la persona y tratarla con una consideración cálida positiva

Animar a la persona a expresar sus sentimientos y pensamientos acerca de lo siguiente:

- Su situación.
- Progreso.
- Pronóstico.
- Efectos en el estilo de vida.
- Sistemas de apoyo.
- Tratamiento.

Proporcionar información fiable y aclarar cualquier malentendido

Documentar las palabras de la persona, no interpretarlas

Ayudar a la persona a identificar atributos positivos y nuevas oportunidades posibles

Ayudar con la higiene y el aseo, según se necesite

Fomentar las visitas

Ayudar a la persona a identificar las estrategias para aumentar la independencia y mantener las responsabilidades del rol

- Asigne la prioridad a las actividades.
- Utilice de ayudas para la movilidad y aparatos de asistencia, según sea necesario.

Promover la mayor participación posible en el autocuidado

- Priorizar a las actividades.
- Usar dispositivos para la movilidad y de ayuda según sea necesario.

Discutir con la familia la importancia que tiene para la persona que le comuniquen su valía y lo importante que es para ellos

Iniciar la educación sobre la salud, según está indicado

- Enseñar a la persona recursos comunitarios disponibles, si es necesario (p. ej., centros de salud mental, grupos de autoayuda como Reach for Recovery, Make Today Count).
- Véanse temas específicos de educación para la salud en *Trastorno de la imagen corporal*, *Trastorno de la autoestima* (*crónica y situacional*).

Intervenciones pediátricas

- Permita que el niño exprese sus experiencias ante la situación (p. ej., “Algunos niños dicen que una inyección se siente como la picadura de un mosquito, otros dicen que no sienten nada. Después de hacerlo, puedes decirme qué se siente”; *Johnson, 1995).
- Evitar usar “bueno” o “malo” para describir la conducta. Ser específico y descriptivo (p. ej., “De verdad me ayudaste al estarte quieto”); *Johnson, 1995).

- Relacionar experiencias previas con la presente (p. ej., “La cámara de rayos X es distinta a la de la última vez, tendrás que estarte muy quieto de nuevo. También se va a mover la mesa”; Johnson, 1995).
- Transmitir optimismo al hablar positivamente (p. ej., “Estoy tan ocupado hoy. Me pregunto si podré acabar todo mi trabajo. Apuesto que podré” o “Cuando regreses del quirófano tendrás que quedarte en cama ¿Qué te gustaría hacer entonces?”).
- Ayudar al niño a planificar el momento de los juegos con diferentes opciones. Animarlo a hacer manualidades que produzcan objetos terminados.
- Estimular las interacciones con los pares y los adultos que le apoyen.
- Animar al niño a decorar su habitación con artículos y manualidades hechas por él mismo.

Trastorno de la imagen corporal

Definición de la NANDA-I*

Confusión en la imagen mental del yo físico.

Características definitorias

Mayores (deben estar presentes)

Respuesta verbal o no verbal negativa al cambio real o percibido en la estructura o función (p. ej., vergüenza, culpa, repulsión)

Menores (pueden estar presentes)

Evita mirar la parte de su cuerpo afectada*

Evita tocar la parte de su cuerpo afectada*

Ocultamiento o sobreexposición intencionada de la parte del cuerpo afectada*

Cambio en la implicación social*

Sentimientos negativos sobre el cuerpo; sentimientos de indefensión; sentimientos de desesperanza, impotencia, vulnerabilidad

Preocupación por el cambio o pérdida

Rechazo a verificar el cambio actual

Despersonalización de una parte o pérdida

Conductas autodestructivas (p. ej., mutilación, intentos suicidas, comer en exceso o dejar

de comer)

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con los cambios en la apariencia secundarios a:

- Enfermedad crónica
- Enfermedad*
- Pérdida de una parte o función del cuerpo
- Envejecimiento
- Traumatismo grave

Relacionados con percepciones no realistas de la apariencia secundarias a:

- Psicosis
- Bulimia
- Anorexia nerviosa

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con cambios en la apariencia secundarios a:

- Hospitalización
- Radiación
- Cirugía*
- Régimen de tratamiento*
- Quimioterapia

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con traumatismo físico secundario a:*

- Abuso sexual
- Violación (autor conocido o desconocido)
- Accidentes
- Agresión

Relacionados con efectos (especificar) sobre la apariencia:
Obesidad

*Relacionados con factores cognitivos/perceptuales**

Relacionados con temor patológico a la obesidad (Varcarolis, 2011).

De maduración

*Relacionados con cambios en el desarrollo**

Inmovilidad
Embarazo

Nota de la autora

Una amputación da como resultado varias limitaciones en el desempeño de actividades profesionales, de ocio y sociales. Reduce la movilidad, el dolor y la integridad física, lo que perturba la integridad del cuerpo humano y disminuye la calidad de vida (QoL). Los aspectos psicológicos van desde la depresión, la ansiedad y hasta el suicidio en casos graves (*Atherton y Robertson, 2006; Holzer y cols., 2014). La pérdida de una parte del cuerpo también afecta la percepción del propio cuerpo y su apariencia (Holzer y cols., 2014).

NOC

Imagen corporal, desarrollo infantil: (especificar la edad), resolución del duelo, ajuste psicosocial: cambio vital, autoestima.

Objetivos

La persona pondrá en práctica nuevos patrones de afrontamiento y verbalizará y demostrará aceptación de la apariencia (aseo, vestido, postura, patrones de alimentación, presentación de sí misma), evidenciado por los siguientes indicadores:

- Demuestra la disposición y capacidad de reasumir las responsabilidades de los roles y del autocuidado.
- Inicia contactos nuevos o restablece los antiguos con sistemas de apoyo existentes.

NIC

Refuerzo de la autoestima, orientación psicológica, presencia, escucha activa, refuerzo de la imagen corporal, facilitación del trabajo de duelo, grupos de apoyo, consulta a especialistas.

Intervenciones

Establecer una relación de confianza entre la enfermera y la persona

- Animar a la persona a que exprese sus sentimientos, especialmente acerca de cómo se siente, piensa o ve a sí misma.
- Animar a la persona a hacer preguntas acerca de su problema de salud, tratamiento, progreso y pronóstico.
- Dar información fidedigna y reforzar la información que ya se proporcionó.
- Aclarar cualquier malentendido acerca de la propia persona, del cuidado o de los cuidadores.
- Procurar privacidad y un ambiente seguro.

Promover la interacción social

- Fomentar el movimiento.
- Preparar a la pareja para los cambios físicos y emocionales.
- Apoyar a la familia mientras se adapta.
- Animar las visitas de los pares y otras personas importantes para la persona.
- Animar el contacto (cartas, teléfono) con los pares y la familia.
- Animar la participación en las actividades de la unidad.
- Ofrecer la oportunidad de compartir con personas con experiencias similares.

Proporcionar intervenciones específicas a determinadas situaciones

Pérdida de una parte del cuerpo o de su función

- Valorar el significado de la pérdida para la persona y las personas que él considera importantes, en lo que se refiere a la visibilidad y función de la pérdida, a la inversión emocional.
- Analizar y aclarar malentendidos y mitos respecto a la pérdida o la capacidad de funcionar con la pérdida.
- Esperar que la persona responda ante la pérdida con negación, shock, ira y depresión.
- Ser consciente del efecto de las respuestas de los demás ante la pérdida; fomentar la comunicación de los sentimientos entre otras personas que sean importantes para la persona afectada.
- Validar los sentimientos permitiendo que la persona exprese sus sentimientos y se lamente.
- Recurrir a la representación (*role-playing*) para ayudar a compartir los sentimientos si la persona dice: “Sé que mi pareja no quiere tocarme con esta colostomía”, adopte el papel de la pareja y hable acerca de la colostomía; a continuación hay que intercambiar los papeles para que la persona pueda representar sus sentimientos sobre la respuesta de la pareja.
- Analizar las fortalezas y recursos con la persona.
- Ayude en la resolución de la alteración causada por una cirugía en la imagen corporal:
  - Reemplazar la parte perdida del cuerpo con prótesis tan pronto como sea posible.
  - Animar a ver la zona.
  - Animar a tocar la zona.
  - Fomentar actividades que incluyan la nueva imagen corporal (p. ej., comprar ropa nueva).

- Comenzar a incorporar a la persona en el cuidado de la zona de la operación.
- Permitir poco a poco que sea la persona quien asuma toda la responsabilidad del autocuidado, si es factible.

Cambios asociados con la quimioterapia (*Camp-Sorrell, 2007)

- Analizar la posibilidad de la pérdida de pelo, ausencia de menstruación, esterilidad permanente o temporal, disminución de los niveles de estrógeno, sequedad vaginal y mucositis.
- Animar a la persona a compartir sus preocupaciones, miedos y percepción de los efectos de estos cambios en su vida.
- Explicar en qué zonas puede ocurrir la pérdida de pelo (cabeza, pestañas, cejas, axilas, zona púbica y piernas).
- Explicar que el pelo volverá a crecer después del tratamiento, pero que puede cambiar de color y textura.
- Animar a la persona a escoger una peluca y utilizarla antes de perder el cabello. Sugerir la consulta a un esteticista para que le aconseje sobre cómo cambiar la imagen (p. ej., peines, clips).
- Animar el uso de pañuelos o turbantes cuando no use la peluca.
- Enseñar a la persona a minimizar la cantidad de pérdida de cabello.
  - Llevar el cabello corto.
  - Evitar el uso excesivo de champú.
  - Usar un acondicionador dos veces por semana.
  - Secar el cabello suavemente con palmaditas.
  - Evitar rizadores eléctricos, secadores de pelo y tenazas rizadoras.
  - Evitar tirar del cabello con gomas, horquillas o rizadoras.
  - Evitar la laca y los tintes.
  - Usar peines de dientes anchos y evitar el cepillado vigoroso.
- Referir a la persona a alguna Asociación local para ayuda contra el Cáncer para información sobre pelucas nuevas o usadas. Informar a la persona que la peluca es un artículo deducible de impuestos.
- Analizar la dificultad que los demás (cónyuge, amigos, compañeros de trabajo) pueden tener con los cambios visibles.
- Animar a la persona a llamar y establecer contactos con otras personas que puedan tener dificultades.

- Animar a la persona a solicitar la ayuda de amigos y parientes. Pregúntele qué haría para ayudar a un amigo, si la situación, fuera a la inversa.
- Permitir a los allegados compartir sus sentimientos y miedos.
- Ayudar a los allegados a identificar los aspectos positivos de la persona y las maneras de compartirlos.
- Procurar información acerca de grupos de apoyo para parejas.

Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa

- Diferenciar entre la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción con la imagen corporal.
- Ofrecer retroalimentación objetiva sobre el bajo peso y los determinantes para la salud. No argumentar ni desafiar sus percepciones distorsionadas (Varcarolis, 2011).
- Ser consciente de que la imagen distorsionada de la persona es su realidad (Varcarolis, 2011).
- Ayudar a identificar sus atributos positivos (Varcarolis, 2011).
- Derivar a las personas a asesoramiento psiquiátrico.

Psicosis

- Véase *Confusión* para información e intervenciones específicas.

Abuso sexual

- Véase *Afrontamiento familiar incapacitante* para información e inter-venciones específicas.

Agresión sexual

- Véase *Síndrome de trauma posviolación* para información e intervenciones específicas.

Agresión

- Véase *Respuesta postraumática* para la información y las intervenciones específicas.

Iniciar la educación para la salud, según esté indicado

- Enseñar qué recursos de la comunidad están disponibles, si es necesario (p. ej., centros de salud mental, grupos de autoayuda como Reach for Recovery, Make Today Count).
- Enseñe estrategias para el bienestar.

Intervenciones pediátricas

Para niños hospitalizados

- Preparar al niño para la hospitalización, si es posible, con una explicación y una visita al hospital para conocer el cuidado y examinar el entorno.
- Procurar tantas rutinas y objetos familiares de la casa como sea posible (p. ej., la manta o juguete favorita, el cuento al acostarse).
- Procurar cariño (p. ej., abrazos).
- Ofrecer al niño oportunidades para compartir sus miedos, preocupaciones y enfado:
  - Proporcionar ludoterapia.
  - Corregir los conceptos erróneos (p. ej., que el niño está siendo castigado; que los padres están enojados).
  - Animar a la familia a permanecer con el niño o visitarlo, a pesar de que éste llore cuando se vayan; enseñarles a dar información precisa acerca de cuándo regresarán para disminuir el miedo al abandono.
  - Permita que los padres ayuden con los cuidados.
  - Pedir al niño que haga dibujos de sí mismo y después que los describa con palabras.
- Ayudar al niño a entender las experiencias:
  - Dar una explicación de antemano, si es posible.
  - Explicar las sensaciones e incomodidades de la enfermedad, los tratamientos y los medicamentos.
  - Animarle a llorar.

Discutir con los padres cómo se desarrolla la imagen corporal y qué interacciones contribuyen al autoconcepto de su hijo

- Enseñar los nombres y las funciones de las partes del cuerpo.
- Reconocer los cambios (p. ej., estatura).
- Permitir algunas decisiones sobre qué ropa ponerse.

Para adolescentes

- Analizar con los padres las necesidades del adolescente de “encajar”:
  - No descartar las preocupaciones demasiado rápido.
  - Ser flexible y comprometerse cuando sea posible (p. ej., la ropa es temporal, los tatuajes no lo son).
  - Negociar un período para pensar acerca de las opciones y alter-nativas (p. ej., 4 a 5 semanas).
  - Dar razones para negar una petición. Averiguar las razones del adolescente. Pactar si es posible (p. ej., los padres quieren que cesen las actividades a las 11:00, el

adolescente a las 12:00, pactar que sea a las 11:30).

- Dar oportunidades para hablar sobre las preocupaciones cuando los padres no estén presentes.
- Prepararse para los inminentes cambios en el desarrollo.

Intervenciones maternales

- Animar a la mujer a compartir sus preocupaciones.
- Atender cada preocupación, o referirla a otros para que la ayuden.
- Examinar los desafíos y cambios que el embarazo y la maternidad traen consigo.
- Animarla a compartir expectativas propias o las de las personas que considera importantes.
- Ayudarla a identificar las fuentes de amor y afecto.
- Procurar una guía anticipada a los futuros padres referente a:
  - Fatiga e irritabilidad.
  - Oscilaciones en el apetito.
  - Alteraciones gástricas (náuseas, estreñimiento).
  - Dolor en espalda y piernas.
  - Cambios en el deseo y la actividad sexual (p. ej., posiciones sexuales conforme el embarazo avanza).
  - Oscilaciones en el humor.
  - Miedo (por ella y por el niño no nacido, por la pérdida del atractivo, por la inadecuación parental).
- Animar a los cónyuges a que compartan sus preocupaciones.

Trastorno de la identidad personal

Definición de la NANDA-I*

Incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo.

Características definitorias

(Varcarolis, 2011)

La persona parece no ser consciente o no estar interesada en los demás o en sus

actividades

Incapacidad para identificar partes o sensaciones del cuerpo (p. ej., enuresis)

Imitar en exceso las actividades o palabras de otros

No es capaz de distinguir a los padres/cuidadores como una persona completa

Estrés ante el contacto corporal con otros

Pasar períodos largos con comportamientos de autoestimulación (tocarse, chuparse, mecerse)

Necesidad de conductas rituales y monotonía para controlar la ansiedad

Falta de tolerancia ante la separación de los padres/cuidador

Factores relacionados

(Varcarolis, 2011)

Fisiopatológicos

Relacionados con un desequilibrio bioquímico

Relacionados con un deterioro o disfunción en el desarrollo neurológico

De maduración

Relacionados con la imposibilidad de desarrollar comportamientos de vinculación que resultan en una fijación en la fase autista del desarrollo

Relacionados con un proceso interrumpido o incompleto de separación/individualización que provoca extrema ansiedad ante la separación

Nota de la autora

El *Trastorno de la identidad personal* es un diagnóstico muy complejo y no debe usarse para etiquetar a personas con autismo. En enfermería puede ser clínicamente más útil usar *Ansiedad* y/o *deterioro de las interacciones sociales* para el enfoque de enfermería.

Riesgo de trastorno de la identidad personal

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo.

Factores de riesgo

- Baja autoestima crónica
- Trastornos psiquiátricos (p. ej., psicosis, depresión, trastorno disociativo)
- Adoctrinamiento de culto
- Crisis circunstancial
- Autoestima situacional baja
- Incongruencias culturales
- Alteraciones en el rol social
- Discriminación
- Etapas del desarrollo
- Procesos familiares disfuncionales
- Etapas de crecimiento
- Ingestión/inhalación de productos químicos tóxicos
- Consumo de fármacos psicoactivos
- Estados maníacos
- Trastorno de personalidad múltiple
- Síndromes orgánicos cerebrales
- Percepción de prejuicios

Nota de la autora

Véase *Trastorno de la identidad personal*.

Trastorno de la autoestima[46]

Definición

Estado en el que una persona experimenta o está en riesgo de experimentar una autoevaluación negativa sobre sí misma o sus capacidades.

Definición de características

Leuner, Coler, y Norris, 1994; *Norris y Kunes-Connell, 1987)

Mayores (debe estar presente una o más)

Observadas o informadas

- Expresión verbal de la negación de uno mismo
- Expresiones de vergüenza o culpa
- Evaluarse como incapaz de afrontar los acontecimientos
- Racionalizar o rechazar el refuerzo positivo y exagerar la visión negativa acerca de uno mismo
- Falta de capacidad o deficiencia de la misma para resolver problemas
- Renuencia en probar cosas o situaciones nuevas
- Racionalizar los fallos personales
- Hipersensibilidad a las críticas

Menores (puede estar presente)

- Falta de asertividad
- Demasiado conformista
- Indecisión
- Pasividad
- Busca excesiva de aprobación o reconfirmación
- Carencia de presentación corporal culturalmente apropiada (postura, contacto visual, movimientos)
- Negación de problemas que resultan obvios a los demás
- Proyección de culpa o responsabilidad por los problemas

Factores relacionados

El *Trastorno de la autoestima* puede ser tanto temporal como crónico. El fracaso en la resolución de un problema o muchos estados de estrés secuenciales pueden provocar una baja autoestima crónica (BAEC). Aquellos factores que ocurren a lo largo del tiempo y están asociados con BAEC se indican como BAEC entre paréntesis.

Fisiopatológicos

Relacionados con cambios en la apariencia secundarios a:

- Pérdida de partes del cuerpo
- Pérdida de las funciones corporales
- Desfiguración (traumatismo, cirugía, defectos de nacimiento)

Relacionados con desequilibrio bioquímico/neurofisiológico

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con necesidades de dependencia no satisfechas

Relacionados con sentimientos de abandono secundarios a:

- Muerte de la pareja
- Separación de la pareja
- Secuestro/asesinato de un hijo

Relacionados con sentimientos de fracaso secundarios a:

- Pérdida del empleo o la capacidad para trabajar
- Aumento o disminución de peso
- Desempleo
- Problemas financieros
- Problemas en las relaciones
- Discordia marital
- Separación
- Padrastro/madrastra
- Familia política

Síndrome premenstrual

Relacionados con la agresión (personal, o relacionados con un acontecimiento de agresión a otro, p. ej., de la misma edad, de la misma comunidad)

Relacionados con el fracaso escolar

Relacionados con un historial de relaciones ineficaces con los padres (BAEC)

Relacionados con un historial de relaciones de abuso (BAEC)

Relacionados con expectativas no realistas del padre sobre el hijo (BAEC)

Relacionados con expectativas no realistas sobre uno mismo (BAEC)

Relacionados con expectativas no realistas del hijo sobre el padre (BAEC)

Relacionados con el rechazo parental (BAEC)

Relacionados con castigos incongruentes (BAEC)

Relacionados con sentimientos de desamparo o fracaso secundario a internamiento:

Centro de salud mental	Cárcel
Orfanato	Centro de rehabilitación

Relacionados un historial de numerosos fracasos (BAEC)

De maduración

Lactante/infante/preescolar

Relacionados con la falta de estimulación o cercanía (BAEC)

Relacionados con la separación de padres o de una persona que le resulte importante (BAEC)

Relacionados con la evaluación negativa continua por parte de los padres

Relacionados con la incapacidad de confiar en alguna persona que le resulte importante (BAEC)

Edad escolar

Relacionados con el fracaso en alcanzar los objetivos del grado o nivel

Relacionados con la pérdida del grupo de pares

Relacionados con la retroalimentación negativa repetida

Relacionados con la pérdida de independencia y autonomía secundarias a (especificar)

Relacionados con la interrupción de las relaciones con los pares

Relacionados con problemas escolares

Relacionados con la pérdida de personas que le resulten importantes

Adulto

Relacionados con los cambios asociados con el envejecimiento

Adulto anciano

Relacionados con las pérdidas (personas, función, económicas, jubilación)

Nota de la autora

Véase *Trastorno del autoconcepto*.

NOC

Véase *Baja autoestima crónica*.

Objetivos

La persona expresará una visión positiva del futuro y recuperará el nivel previo de actividad, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica la fuente de amenaza a la autoestima y la trabaja.
- Identifica los aspectos positivos de sí mismo.
- Analiza el comportamiento propio y sus consecuencias.
- Identifica un aspecto positivo de cambio.

NIC

Véase *Baja autoestima crónica*.

Intervenciones

Establecer una relación de confianza entre la enfermera y la persona

- Animar a la persona a expresar sus sentimientos, especialmente acerca de cómo piensa o se ve a sí misma.
- Animar a la persona a que pregunte acerca del problema de salud, tratamiento, progreso y pronóstico.
- Dar información fidedigna y reforzar la información ya dada.
- Aclarar cualquier malentendido que la persona tenga acerca de sí misma, de los cuidados o de los cuidadores. Evitar las críticas.

Promover la interacción social

- Ayudar a la persona a aceptar el apoyo de los demás.

- Evitar la sobreprotección pero limitando las demandas que se le hacen a la persona.
- Fomentar el movimiento.

Examinar con la persona sus fortalezas, recursos y expectativas

- Explorar las alternativas realistas.

Referir a los recursos de la comunidad, según esté indicado (p. ej., orientación psicológica, cursos de asertividad)

Baja autoestima crónica

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias

(Leuner y cols., 1994; *Norris y Kunes-Connell, 1987)

Mayores (80 a 100%)

Crónicas o duraderas

- Verbalizaciones negativas sobre uno mismo
- Comunicación de sentimientos de vergüenza/culpa*
- Autoevaluarse como incapaz de afrontar los eventos*
- Racionalizar/rechazar el refuerzo positivo y exagerar la visión negativa acerca de uno mismo*
- Renuencia a probar cosas/situaciones nuevas*
- Exagerar la visión negativa acerca de uno mismo*

Menores (50 a 79%)

- Frecuente falta de éxitos en el trabajo o en otros eventos de la vida*
- Demasiado conformista, dependiente de las opiniones de otros*
- Carencia de presentación corporal culturalmente apropiada (contacto visual, postura, movimientos)
- No asertivo/pasivo*
- Indeciso
- Búsqueda excesiva de reafirmación*

Factores relacionados

Véase *Trastorno de la autoestima*.

Nota de la autora

Véase *Deterioro del autoconcepto*.

NOC

Nivel de depresión, autocontrol de la depresión, nivel de ansiedad, calidad de vida, autoestima.

Objetivos

La persona identificará los aspectos positivos de sí misma y hará una valoración realista de sus limitaciones, evidenciado por los siguientes indicadores (Halter, 2014; Varcarolis, 2011):

- Identifica dos fortalezas.
- Identifica dos expectativas no realistas y modifica objetivos vitales más realistas.
- Verbaliza la aceptación de las limitaciones.
- Cesa en las descripciones autodenigrantes (p. ej., "Soy estúpido").

NIC

Inculcar esperanza, reducción de la ansiedad, mejora de la autoestima, mejora del afrontamiento, mejora de la socialización, derivación a otros profesionales.

Intervenciones

Ayudar a la persona a reducir el nivel actual de ansiedad

- Dar apoyo, no juzgar.
- Aceptar el silencio, pero hacerle saber que usted está ahí.
- Orientar si es necesario.
- Aclarar las distorsiones; no usar la confrontación.
- Estar alerta de su propia ansiedad y no transmitirla a la persona.
- Véase *Ansiedad* para más intervenciones.

Mejorar el autoconcepto de la persona

- Ser atento.
- Respetar el espacio personal.
- Validar su interpretación acerca de lo que la persona esté diciendo o experimentando ("¿Es esto lo que quiere decir?").

- Ayudar a la persona a verbalizar lo que expresa sin palabras.
- Ayudar a la persona a replantear y redefinir las expresiones negativas (p. ej., no es "fracaso" sino "contratiempo").
- Emplear una comunicación que ayude a mantener su individualidad ("Yo" en lugar de "nosotros").
- Prestar atención a la persona, especialmente a sus comportamientos nuevos.
- Animar los buenos hábitos físicos (alimentos y patrones de alimentación saludables, ejercicio, dormir adecuadamente).
- Animar a la persona cuando intente una tarea o destreza.
- Proporcionar refuerzo positivo y realista acerca de los logros.
- Enseñar a la persona a validar en consenso con los demás.
- Enseñar y animar a hacer ejercicios de desarrollo de la estima (autoafirmación, imágenes mentales, trabajo de espejo, uso del humor, meditación/oración, relajación).

Promover el uso de recursos de afrontamiento

- Identificar las áreas de fortaleza personal del paciente:
  - Deportes, pasatiempos, manualidades.
  - Salud, autocuidados.
  - Trabajo, capacitación, educación.
  - Imaginación, creatividad.
  - Destrezas en la escritura, matemáticas.
  - Relaciones interpersonales.
- Compartir sus observaciones con la persona.
- Proporcionar oportunidades a la persona para que participe en las actividades.

Ayudar en la identificación de distorsiones cognitivas que aumentan la autoevaluación negativa (Varcarolis, 2011)

- Sobregeneralización: enseñar a centrarse en cada acontecimiento por separado.
- Autoculpabilidad: enseñar a evaluar si la persona es realmente responsable y por qué.
- Lectura mental: aconsejar aclarar verbalmente lo que la persona piensa que está sucediendo.
- No tener en cuenta las respuestas positivas de los demás: enseñar a responder sólo "gracias".

Fijar límites a las conductas problemáticas como agresión, higiene deficiente, rumiación y pensamientos suicidas

- Refiérase a *Riesgo de suicidio* y/o *Riesgo de violencia* si se evalúan como problemas.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Referir a orientación vocacional.
- Involucrar a la persona en organizaciones de voluntariado.
- Animar la participación en actividades con otras personas de su misma edad.
- Organizar la continuación de la educación (p. ej., clases de alfabetización, capacitación vocacional, clases de arte/música).

Riesgo de baja autoestima crónica

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a la larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades.

Factores de riesgo*

Afrontamiento ineficaz a una pérdida

Afecto inadecuado

Pertenencia inadecuada a un grupo

Percepción de discrepancia entre las normas culturales y las propias

Percepción de discrepancia entre las normas espirituales y las propias

Sentimiento de pertenencia insuficiente

Percepción de falta de respeto por parte de los otros

Trastornos psiquiátricos

Fracasos repetidos

Repetidos refuerzos negativos

Exposición a eventos traumáticos

Situación traumática

NOC

Nivel de depresión, autocontrol de la depresión, nivel de ansiedad, calidad de vida, autoestima.

Objetivos

La persona identificará los aspectos positivos de sí misma y hará una valoración realista de sus limitaciones, evidenciado por los siguientes indicadores (Varcarolis, 2011):

- Identifica dos fortalezas.
- Identifica dos expectativas no realistas y modifica objetivos vitales más realistas.

- Expresa verbalmente la aceptación de las limitaciones.
- Cesan las descripciones autodenigrantes (p. ej., “Soy estúpido”, etc.).

NIC

Inculcar esperanza, reducción de la ansiedad, mejora de la autoestima, mejora del afrontamiento, mejora de la socialización, derivación a otros profesionales.

Intervenciones

Véase *Baja autoestima crónica*.

Baja autoestima situacional

Definición de la NANDA-I*

Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

Características definitorias

(Leuner y cols., 1994; *Norris y Kunes-Connell, 1987)

Mayores (80 a 100%)

Incidencia episódica de una autoevaluación negativa en respuesta a los acontecimientos vitales en una persona con una autoevaluación positiva previa

Expresa verbalmente que la situación actual constituye un desafío para su valía personal*

Expresa verbalmente sentimientos negativos acerca de uno mismo (desamparo, ineptitud)*

Menores (50 a 79%)

Expresa una autoevaluación negativa*

Expresiones de vergüenza o culpa

Se autoevalúa como incapaz de manejar las situaciones/eventos*

Dificultad para tomar decisiones

Factores relacionados

Véase *Trastorno de la autoestima*.

Nota de la autora

Véase *Trastorno del autoconcepto*.

NOC

Toma de decisiones, resolución del duelo, ajuste psicosocial: cambio de vida, autoestima.

Objetivos

La persona expresará una visión positiva del futuro y reasumirá el nivel previo de actividad, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica la fuente de amenaza a la autoestima y la trabaja.
- Identifica los aspectos positivos de sí misma.
- Analiza el comportamiento propio y sus consecuencias.
- Identifica un aspecto positivo de cambiar.

NIC

Escucha de manera activa, presencia, orientación psicológica, reestructuración cognitiva, apoyo familiar, apoyo de grupo, mejora del afrontamiento.

Intervenciones

Ayudar a la persona a identificar y expresar sus sentimientos

- Ser empático, no juzgar.
- Escuchar. No desalentar expresiones de rabia, llanto, etcétera
- Preguntar a la persona qué estaba pasando cuando comenzó a sentirse de esa manera.
- Aclarar las relaciones entre los acontecimientos de la vida.

Ayudar a la persona a identificar las autoevaluaciones positivas

- ¿Cómo manejó otras crisis?
- ¿Cómo manejó la ansiedad: mediante ejercicio, retraimiento, drogas o alcohol, hablando?
- Reforzar los mecanismos adaptativos de afrontamiento.
- Examinar y reforzar las habilidades y rasgos positivos (p. ej., los pasatiempos, habilidades, escuela, relaciones, apariencia, lealtad, laboriosidad).
- Ayudar a la persona a aceptar los sentimientos tanto positivos como negativos.
- No enfrentarse a sus mecanismos defensivos.
- Transmitir confianza en las habilidades de la persona.
- Involucrar a la persona en el establecimiento mutuo de metas.

- Pedir a la persona que escriba declaraciones positivas verdaderas sobre sí misma (sólo para ella); pedirle que lea la lista diariamente como parte de una rutina formal.
- Reforzar el uso de los ejercicios para desarrollar la autoestima (autoafirmación, imágenes mentales, meditación/oración, relajación, uso del humor).

Ayudar en la identificación de las distorsiones cognitivas que aumentan la autoevaluación negativa (Varcarolis, 2011)

- Sobregeneralización.
- Enseñar a centrarse en cada acontecimiento por separado.
- Sentirse culpable.
- Enseñar a evaluar si la persona es realmente es responsable y por qué.
- Lectura del pensamiento.
- Aconsejar a la persona que aclare verbalmente lo que piensa que está sucediendo.
- Subestimar las respuestas positivas de otros.
- Enseñar a responder sólo "gracias".

Ayudar a la persona a aprender nuevas habilidades de afrontamiento

- Llevar a la práctica la conversación con uno mismo (Martin, 2013; *Murray, 2000).
- Evitar llegar a conclusiones negativas (Martin, 2013).
- Escribir una breve descripción sobre el cambio y sus consecuencias (p. ej., Mi evaluación de trabajo fue mala, la evaluación fue terrible).
- Revisar cada comentario negativo. ¿Es verdad? De ser así, ¿cómo puede mejorarlo?
  - De no ser así, dígase por qué no es cierto. ¿Es parcialmente cierto?
  - ¿Hay alguna otra manera de ver esta situación? (Martin, 2013.)
- Animar a la persona a imaginar futuros resultados positivos.
- Estimular a poner en práctica un nuevo comportamiento.
- Reforzar la creencia de que la persona es quien tiene el control de la situación.
- Obtener un compromiso para la acción.
- Detenga la autoconversación destructiva tan pronto como se inicie.

Ayudar a la persona a manejar problemas específicos

- Violación: véase *Síndrome traumático por violación*.
- Pérdida: véase *Duelo*.
- Hospitalización: véase *Impotencia y Conflicto del rol parental*.
- Enfermedad de un miembro de la familia: véase *Interrupción de los procesos*

familiares.

- Alteración en una parte del cuerpo o pérdida de la misma: véase *Trastorno de la imagen corporal*.
- Depresión: véase *Afrontamiento ineficaz* y *Desesperanza*.
- Violencia doméstica: véase *Afrontamiento familiar incapacitante*.

Intervenciones pediátricas

- Proporcionar oportunidades para que el niño tenga éxito y resulte necesario.
- Personalizar el entorno del niño con sus dibujos, posesiones y sus manualidades.
- Permitir tiempo de juegos estructurados y no estructurados.
- Asegurarse de la continuidad de las experiencias académicas en el hospital y la casa. Reservar tiempo sin interrupciones para las tareas escolares.

Intervenciones geriátricas

- Llamar a la persona por su nombre.
- Usar el tono de voz que usted use para su grupo de compañeros.
- Evitar las palabras asociadas con niños (p. ej., "pañales").
- Interesarse por fotografías de la familia, artículos personales y experiencias pasadas.
- Evitar atribuir las incapacidades a la "edad avanzada".
- Llamar a la puerta de las habitaciones y cuartos de baños.
- Permitir el tiempo suficiente para completar las tareas a su propio ritmo.

Riesgo de baja autoestima situacional

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

Factores de riesgo

Véase *Baja autoestima situacional*.

Nota de la autora

Véase *Baja autoestima situacional*.

Objetivos

La persona continuará expresando una visión positiva del futuro para identificar aspectos positivos de sí misma, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica las amenazas a la autoestima.
- Identifica un aspecto positivo del cambio.

Intervenciones

Véase *Baja autoestima situacional*.

RIESGO DE AUTOLESIÓN[47]

Riesgo de autolesión

Automutilación

Riesgo de automutilación

Riesgo de suicidio

Definición

Estado en el que una persona se encuentra en riesgo de infligirse un daño directo. Puede incluir uno o más de los siguientes: autolesiones, automutilación y suicidio.

Definición de características

Mayor (debe estar presente una o más)

Expresar el deseo o intento de lesionarse

Expresar el deseo de morir o de suicidarse

Antecedentes de intentos de autolesión

Menores (pueden estar presentes)

Comunicadas u observadas

Depresión	Dolor emocional
Impotencia	Desasosiego
Abuso de sustancias	Déficit del autoconcepto

- Hostilidad
- Desesperanza
- Alucinaciones/delirios
- Falta de un sistema de apoyo
- Control deficiente de los impulsos

Factores relacionados

El *riesgo de autolesión* puede ocurrir como respuesta a una diversidad de problemas de salud, situaciones y conflictos. A continuación se enumeran algunas de las causas.

Fisiopatológicos

Relacionados con sentimientos de impotencia, soledad o desesperanza secundarios a:

- Discapacidades
- Enfermedad terminal
- Enfermedad crónica
- Dolor crónico
- Trastorno psiquiátrico
- Esquizofrenia
- Trastorno de personalidad
- Trastorno bipolar
- Dependencia de sustancias químicas
- Abuso de sustancias
- Nuevo diagnóstico de seropositividad para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Deterioro mental (orgánico o traumático)
- Trastorno de adaptación del adolescente
- Síndrome postraumático
- Trastornos somatomorfos

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con el resultado insatisfactorio del tratamiento (médico, quirúrgico, psicológico)

Relacionados con la dependencia prolongada de:

- Diálisis
- Quimioterapia/radiación
- Inyecciones de insulina
- Respirador

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con:

- Encarcelamiento
- Depresión
- Habilidades de afrontamiento ineficaces
- Conflicto paternal/conyugal
- Abuso de sustancias en la familia
- Maltrato infantil

Pérdida real o percibida secundaria a:

Situación económica/empleo	Estatus/prestigio
Muerte de un ser querido	Alguien que abandona el hogar
Separación/divorcio	Desastre natural
Amenaza de abandono	

Relacionados con el deseo de venganza por un daño real o percibido (corporal o a la autoestima)

De maduración

Relacionados con indiferencia al dolor secundaria a autismo

Adolescente

Relacionados con sentimientos de abandono

Relacionados con la presión de los pares

Relacionados con expectativas no realistas de los padres con respecto a su hijo

Relacionados con depresión

Relacionados con un traslado

Relacionados con una pérdida importante

Adulto anciano

Relacionados con pérdidas múltiples secundarias a:

Retiro/jubilación	Pérdida significativa
Aislamiento social	Enfermedad

Nota de la autora

En 2013, el año más reciente del que se dispone de datos, 494,169 personas visitaron un hospital por lesiones debido al comportamiento de automutilación, lo que sugiere que alrededor de 12 personas se dañan a sí mismas (sin necesariamente tener la intención de suicidarse) por cada muerte por suicidio.

El *riesgo de autolesión* representa un diagnóstico general que puede englobar autolesiones, automutilación o riesgo de suicidio. Aunque al principio pueden parecer iguales, la diferencia radica en la intención. La automutilación y las autolesiones son intentos patológicos de aliviar el estrés de manera temporal, mientras que el suicidio es un intento de morir para aliviar el estrés de manera permanente (Carscadden, 1992, comu-nicación personal).

El *riesgo de autolesión* también puede ser un diagnóstico temprano muy útil cuando no hay suficientes datos para diferenciar uno de otro. En algunas situaciones clínicas la persona puede sufrir delirio o demencia, por lo que corre el riesgo de dañarse a sí misma (p. ej., sacándose la sonda de Foley o la vía IV). Aquí *Riesgo de autolesión* sería clínicamente útil.

Riesgo de suicidio ha estado en la obra de esta autora durante más de 20 años, y se añadió a la lista de la NANDA en 2006. Anteriormente, el diagnóstico *Riesgo de violencia autodirigida* estaba incluido bajo el título de *Riesgo de violencia.* El término *violencia* se define como una fuerza rápida e intensa o una fuerza física dañina o peligrosa. Como el lector sabe, el suicidio puede ser violento o no violento (p. ej., sobredosis de barbitúricos). Usar el término "violencia" en el contexto de este diagnóstico puede llevar, lamentablemente, a no detectar a una persona en riesgo de suicidio porque se percibe que no es capaz de ser violenta.

Riesgo de suicidio denota claramente a una persona con alto riesgo de atentar contra su vida y con necesidad de protección. El tratamiento de este diagnóstico incluye validar el riesgo, llegar a un acuerdo con la persona y procurarle protección. El tratamiento de la depresión y desesperanza que éste sufre debe abordarse con otros diagnósticos enfermeros aplicables (p. ej., *Afrontamiento ineficaz, Desesperanza*).

NOC

Autocontrol de la agresión, autocontrol de los impulsos.

Objetivos

La persona elegirá alternativas que no sean dañinas, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Reconoce tener pensamientos de autolesión.
- Admite una conducta de autolesión si ocurre.
- Es capaz de identificar los desencadenantes personales.
- Aprende a identificar y tolerar los sentimientos desagradables.

NIC

Presencia, control de la ira, gestión del entorno: prevención de la violencia, modificación de la conducta, mejora de la seguridad, terapia de grupo, mejora del afrontamiento, entrenamiento de control de impulsos, intervención de crisis.

Intervenciones

Establecer una relación de confianza entre la enfermera y la persona

- Demostrar la aceptación de la persona como alguien valioso mediante declaraciones y comportamientos no críticos.

- Preguntar de manera cariñosa y mostrando interés.
- Fomentar la expresión de pensamientos y sentimientos.
- Escuchar con atención o, si la persona está en silencio, demostrarle apoyo manteniéndose a su lado.
- Ser consciente de la extrema sensibilidad de la persona.
- Clasificar la conducta, no a la persona.
- Ser sincero en las interacciones con la persona.
- Ayudarle a vislumbrar esperanza y a reconocer las alternativas.
- Razonar los procedimientos o intervenciones necesarios.
- Mantener la dignidad de la persona en el transcurso de la relación terapéutica.

Ayudar a reestructurar pensamientos anteriores/patrones de sentimientos (*Carscadden, 1993)

- Ayudar a identificar el concepto de pensamiento-sentimiento-conducta.
- Ayudar a evaluar las recompensas y los inconvenientes del daño a sí mismo.
- Cambiar el nombre de las palabras que tienen una connotación negativa (p. ej., "retroceso", no "fracaso").
- Ayudar a explorar alternativas viables.

Facilitar el desarrollo de nuevas conductas

- Validar las buenas habilidades de afrontamiento ya existentes.
- Fomentar la práctica de escribir: pedirle que lleve un diario donde anote los desencadenantes, los pensamientos, los sentimientos y las alternativas que funcionan y las que no.
- Ayudar a la persona a ser consciente de su cuerpo como método para descubrir los desencadenantes y determinar los niveles de la autolesión inminente

Favorecer un entorno que no fomente las autolesiones

- Siga las políticas y procedimientos para prevenir y/o intervenir en los intentos de daño a sí mismo.

Promover el uso de alternativas

- Reforzar que siempre hay alternativas.
- Reforzar que la autolesión es una opción, no algo que no se pueda controlar.
- Alivie la tensión reprimida y la hiperactividad sin propósito con la actividad física (p. ej., caminata rápida, terapia de danza, aeróbicos).
- Proporcionar válvulas de escape físicas y aceptables (p. ej., gritar, golpear una almohada, romper el periódico, usar arcilla o plastilina, dar una vuelta a paso ligero).

- Procurar alternativas menos físicas (p. ej., música relajante y suave, baño caliente, actividades recreativas).

Reducir el exceso de estímulos

- Proporcionar un entorno sereno y tranquilo.
- Establecer límites firmes y congruentes a la vez que se otorga a la persona el máximo control y opciones posibles dentro de esos límites.
- Intervenir en las primeras etapas para ayudar a la persona a recuperar el control, evitar la escalada y permitir el tratamiento de la manera menos restrictiva posible.
- Mantener la comunicación simple. Las personas alteradas no pueden procesar una comunicación complicada.
- Procurar una zona donde la persona pueda retirarse para disminuir los estímulos (p. ej., habitación de "tiempo fuera", cuarto tranquilo; las personas que han tomado alucinógenos necesitan una habitación tranquila y a oscuras con un observador discreto).
- Eliminar los objetos del entorno potencialmente peligrosos (si la persona está en una fase de crisis).

Determinar el grado actual de amenaza de autolesión, si está indicado

Fase inicial (etapa de pensamientos)

- Recordar a la persona que su "actitud es ya consabida" y que hay que cambiarla por nuevos patrones de pensamientos y creencias.
- Procurar alternativas tranquilizadoras y no molestas.

Fase de escalada (etapa de sentimientos)

- Recordar a la persona que considere las alternativas.
- Darle tanto control como sea posible para apoyar su responsabilidad.
- ¿Está controlada? ¿Puedo ayudarle? ¿Le gustaría que le ayudara?
- Procurar intervenciones más intensas en esta etapa.

Fase de crisis (etapa de conducta)

- Dar refuerzo positivo si la persona opta por una alternativa y no se lesiona.
- Si la persona tiene algún objeto con el que pueda lesionarse, pedirle que lo suelte.
- Seguir remarcando que siempre hay alternativas.
- Liberar a la persona de la retención lo antes posible para devolverle la responsabilidad. "¿Ha recuperado el control?" "¿Se siente segura?"
- Atender cuestiones prácticas sin juzgar ni castigar.

Fase posterior a la crisis

- Reforzar positivamente si la persona no se ha lesionado.
- Ayudar a la persona a solucionar el problema de cómo distraerse antes de la fase de crisis.
- Evaluar el grado de la lesión/herida si la persona no eligió otra alternativa.
- En caso necesario, proporcionar ayuda o atención médica.
- Prestar tan poca atención como sea posible al hecho de haberse autolesionado y centrarse en las fases anteriores (p. ej., "¿Se acuerda de qué lo desencadenó?" "¿Qué cosas pasaron por su mente?" "¿Qué cree que podría haber hecho en lugar de esto?").
- Hacer que la persona recupere su rutina y actividades normales tan pronto como sea posible.

Iniciar sistemas de apoyo a la comunidad, cuando y donde esté indicado

Enseñar a la familia

- Cómo ayudar con las intervenciones apropiadas.
- Cómo tratar los resultados/conducta autolesiva.

Proporcionar el número de teléfono de urgencias las 24 h Facilitar la derivación a

- Terapeuta individual.
- Orientación psicológica familiar.
- Grupo de apoyo de pares.
- Orientación profesional/de tiempo libre.
- Centros de rehabilitación.

Automutilación

Definición de la NANDA-I*

Conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.

Características definitorias*

Expresar el deseo o la intención de autolesionarse[48]

Antecedentes de intentos autolesivos, como:

Hacerse cortes en el cuerpo	Quemaduras autoinfligidas

Arañarse el cuerpo

Hurgarse las heridas

Abrasiones

Constreñir una parte del cuerpo

Morderse

Autoamputarse una parte del cuerpo

Inhalación de sustancias nocivas

Inserción de objetos en los orificios corporales

Golpearse

Ingestión de sustancias nocivas

Factores relacionados

Véase *Riesgo de autolesión*.

Nota de la autora

Véase *Riesgo de autolesión*.

Objetivos

Véase *Riesgo de autolesión*.

Intervenciones

Véase *Riesgo de autolesión*.

Riesgo de automutilación

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.

Factores relacionados

(Varcarolis, 2011)

Fisiopatológicos

Relacionados con desequilibrio bioquímico/neurofisiológico secundario a:

Trastorno bipolar

Estados psicóticos

Autismo

Incapacidad mental

Personales

Relacionados con:

- Antecedentes de autolesiones
- Necesidad desesperada de atención
- Antecedentes de maltrato físico, emocional o sexual
- Habilidades de afrontamiento ineficaces
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Incapacidad para expresar las tensiones con palabras
- Conducta impulsiva
- Sentimientos de depresión, rechazo, odio por uno mismo, ansiedad de separación, culpa o despersonalización

De maduración

Niños/adolescentes

Relacionados con niños con trastornos emocionales o maltratados

Nota de la autora

Las personas que se lesionan a sí mismas, han sido dañadas mentalmente en etapas previas en la vida y debido a esto son vulnerables en las relaciones con otras personas (Tofthagen, Talseth y Fagerström, 2014).

NOC

Autocontrol de los impulsos, limitación de la automutilación.

Objetivos

La persona identificará a las personas a las que recurrirá si tiene pensamientos autolesivos, evidenciado por los siguientes indicadores:

A largo plazo (Varcarolis, 2011)

- Demuestra una disminución en la frecuencia e intensidad de las heridas autoinfligidas (especificar la fecha).
- Participa en el régimen terapéutico.
- Demuestra dos nuevas habilidades de afrontamiento que a la persona le sirven cuando se acumula tensión y aparece impulsividad para evitar las conductas lesivas (especificar la fecha).

A corto plazo

- Responder a los límites externos.
- Expresar sentimientos relacionados con el estrés y la tensión en lugar de las conductas

lesivas (especificar la fecha).

- Analizar formas alternativas con las que la persona pueda satisfacer las demandas de la situación actual (especificar la fecha).

NIC

Escucha activa, mejora del afrontamiento, entrenamiento en el control de impulsos, gestión de la conducta: autolesión, infundir esperanza, contrato, vigilancia: seguridad.

Intervenciones

(Varcarolis, 2011)

Transmitir la confianza de que la persona puede cambiar su comportamiento con una actitud de cuidado

- Iniciar un procedimiento de agencia para identificar y eliminar todas las fuentes de daño potencial (p. ej., búsqueda de personas, búsqueda de pertenencias). Limite las pertenencias personales.
- Tratar de saber más sobre la persona (p. ej., intereses, objetivos).
- Evaluar los antecedentes de automutilación (Varcarolis, 2011):
  - Tipos de conducta de mutilación (p. ej., cortar, quemar, golpearse a sí mismo, estrangulación, arrancar el cabello, agravación de heridas crónicas o inserción de objetos en el cuerpo).
  - Frecuencia de las conductas.
  - Eventos anteriores desencadenantes (p. ej., estar solo, rechazo, conversaciones con un médico o enfermera, noches o circunstancias particulares). Algunas personas pueden no tener claros los factores desencadenantes.

Explorar los sentimientos anteriores al acto mutilante y lo que significa (p. ej., tener control sobre los demás, llamar la atención, método para sentir alivio, expresión de culpa o de odio hacia uno mismo)

Si ocurre una lesión a sí mismo

- Responder a los episodios de automutilación con naturalidad.
- Colaborar en conductas alternativas a la automutilación.
- Evitar las actividades que desencadenen la conducta.
- Discutir los sentimientos intensos con la persona designada antes de la automutilación.
- Establecer claramente los límites de la conducta.

Vigilar signos de empeoramiento y aumento del riesgo de suicidio

- Refiérase a *Riesgo de suicidio*.

Iniciar las derivaciones a otros profesionales si es necesario

- Contactar con los recursos de la comunidad (terapeuta, grupos de apoyo).

Riesgo de suicidio

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una lesión autoinflingida que pone en peligro la vida.

Factores de riesgo

Conducta suicida (ideación, conversaciones, planes, medios disponibles) (Varcarolis, 2011)

Personas con alto riesgo de suicidio

Apoyo social insuficiente*

Historia familiar de suicidio*

Impotencia/desesperanza

Antecedentes de intentos suicidas*

Abuso de alcohol y sustancias*

Problemas legales o de disciplina*

Aflicción/duelo (pérdida de una persona, trabajo, hogar) Indicios suicidas (Varcarolis, 2011)

Evidente ("Nadie me echará de menos", "Estoy mejor muerto", "No tengo nada por lo que vivir")

Encubierto (hacer testamento, deshacerse de las posesiones valiosas, escribir notas de amor desesperado, contratar un seguro de vida)

Nota de la autora

En 2013, la tasa de suicidios más alta (19.1) fue entre personas de 45 a 64 años de edad. La segunda tasa más alta (18.6) ocurrió en los mayores de 85 años de edad. Los grupos más jóvenes han tenido tasas de suicidio consistentemente más bajas que los adultos de mediana edad y adultos ancianos. En 2013, los adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 24 años tuvieron una tasa de suicidios de 10.9. De los que murieron por suicidio en 2013, el 77.9% eran hombres y el 22.1% eran mujeres. Después del cáncer y las enfermedades del corazón, el suicidio representa más años de vida perdidos que cualquier otra causa de muerte (American Foundation for Suicide Prevention, 2015).

NOC

Autocontrol de los impulsos, autolimitación del suicidio.

Objetivos

La persona identificará a las personas con las que se pondrá en contacto si se le presentan pensamientos suicidas, y no se quitará la vida, evidenciado por los siguientes indicadores:

A largo plazo (Varcarolis, 2011)

- Manifiesta el deseo de vivir.
- Nombra a dos personas a las que puede llamar si vuelve a tener pensamientos suicidas antes de recibir el alta.
- Nombra al menos una alternativa aceptable a su situación.
- Identifica al menos un objetivo realista para el futuro.

A corto plazo

- Permanece seguro mientras se encuentra en el hospital.
- Permanece con un amigo o familia si la persona tiene el potencial de cometer suicidio (si la persona no está ingresada).
- Concertar una cita con un asesor de crisis al día siguiente (si la persona no está ingresada).
- Inscribir a la familia para orientación psicológica familiar sobre crisis.
- Establecer vínculos con grupos de autoayuda de la comunidad

NIC

Escucha activa, mejora del afrontamiento, prevención del suicidio, entrenamiento en el control de impulsos, gestión de la conducta: autolesión, infundir esperanza, contrato, vigilancia: seguridad.

Intervenciones

Ayudar a la persona a reducir el riesgo actual de autodestrucción

- Valorar el nivel de riesgo actual.
- Consultar la Tabla I.5.
  - Alto.
  - Moderado.
  - Bajo.
- Valorar el nivel de riesgo a largo plazo.
  - Estilo de vida.
  - Letalidad del plan.

- Mecanismos habituales de afrontamiento.
- Apoyo disponible.

Proporcionar un entorno seguro de acuerdo con el grado de riesgo; notificar a todo el equipo que la persona está en riesgo de autolesionarse; usar comunicación oral y escrita

- Iniciar medidas de prevención de suicidio para la gestión inmediata de la persona de alto riesgo.
- Cuando se observa a la persona continuamente, no se le permite quedar fuera de la vista, aunque ello implique una pérdida de la privacidad.
- La longitud del brazo es el espacio personal más apropiado para una persona de alto riesgo.
- Iniciar la observación de suicidio en personas con riesgo.
- Anotar cada 15 min la comprobación visual del estado de ánimo, la conducta y las declaraciones literales (Varcarolis, 2011).
- Inicie la observación en caso de suicidio en personas de riesgo.

Tabla I.5 EVALUACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE SUICIDIO (Halter, 2014; Hockenberry y Wilson, 2015; Varcarolis, 2011)

	Intensidad de riesgo		
Conducta o síntoma	***Bajo***	***Moderado***	***Alto***
Ansiedad	Leve, moderada	Alta o estado de pánico	
Depresión	Leve	Moderada	Intensa o cambio repentino a un estado de felicidad o de tranquilidad
Aislamiento/ retraimiento	Algunos sentimientos de aislamiento, sin retraimiento	Algunos sentimientos de desesperanza y retraimiento	Desesperanza, retraimiento y autodenigración, aislamiento
Actividad diaria	Eficaz Buenas calificaciones en la escuela[a] Sin intentos previos de suicidio Empleo estable	Temperamental Algunos amigos Pensamientos suicidas previos	Deprimido Malas calificaciones[a] Pocos o ningún amigo íntimo Intentos suicidas previos Antecedentes laborales erráticos o deficientes
Estilo de vida	Estable	Moderadamente estable	Inestable
Consumo de alcohol/ drogas	Es poco frecuente que se exceda	Es frecuente que se exceda	Abuso continuo
Intentos suicidas	Ninguno o de baja letalidad (pocas pastillas)	Uno o más (pastillas, cortes superficiales en las muñecas)	Uno o más (todo el frasco de pastillas, arma, ahorcamiento)

Acontecimientos asociados	Ninguno o una pelea	Acción disciplinaria[a] Malas calificaciones[a] Problemas laborales Enfermedad familiar	Ruptura de una relación Muerte de un ser querido Pérdida del empleo Embarazo[a]
Propósito del acto	Ninguno o no está claro	Alivio de la vergüenza o la culpa Para castigar a otros Para llamar la atención	Deseos de morir Huida para unirse con alguien que ha muerto Enfermedad debilitante
Reacción y estructura familiar	De apoyo Familia intacta Buen afrontamiento y salud mental Sin antecedentes de suicidio	Reacción mixta Divorciados/separados Por lo general afronta y entiende	Enfadada e insolidaria Desorganizada Estricta/maltratadora Antecedentes de suicidios en la familia
Plan suicida (método, ubicación, hora) Letalidad de los intentos de suicidio	Sin plan	Pensamientos frecuentes, ideas ocasionales sobre un plan Cortes en las muñecas Sobredosis de medicamentos sin receta médica excepto ácido acetilsalicílico y paracetamol	Plan específico Armas de fuego Ahorcarse Saltar al vacío Monóxido de carbono Sobredosis de antidepresivos, barbitúricos, ácido acetilsalicílico, paracetamol

- Anotar cada 15 min la comprobación visual del estado de ánimo, la conducta y las declaraciones literales.
- Restringir el cristal, las limas de uñas, las tijeras, el quitaesmalte, los espejos, las agujas, las cuchillas, las latas de refresco, las bolsas de plástico, los encendedores, los utensilios eléctricos, los cinturones, las perchas, los cuchillos, las pinzas, el alcohol y las pistolas.
- Ofrecer las comidas en una zona muy vigilada, por lo general en la unidad o en la habitación de la persona:
  - Asegurarse de que ingiere un aporte suficiente del alimento y líquido adecuados.
  - Usar platos y utensilios de plástico o papel.
  - Comprobar que todos los utensilios son devueltos.
- Si se administran medicamentos por vía oral, verificar que se los traga todos.
- Designar a un miembro del equipo para que vigile sus acciones, según lo designe la política de la institución. Permitir descansar al miembro del equipo.
- Confinar a la persona a la unidad a menos que un médico ordene específicamente lo contrario. Cuando la persona se encuentre fuera de la unidad, solicitar a un miembro del equipo que lo acompañe.
- Informar a los visitantes sobre los artículos restringidos (p. ej., asegurarse de que no le llevan comida en una bolsa de plástico).
- La persona puede usar los artículos restringidos en presencia del equipo, según el grado de riesgo.
- En caso de personas con tendencias claramente suicidas, proporcionarles una bata de

hospital para impedir que abandonen la instalación. Conforme disminuya el riesgo, podrán volver a usar su propia ropa.

- Registrar periódicamente la habitación siguiendo las normas de la institución.
- Usar el aislamiento o las restricciones en caso necesario (véase *Riesgo de violencia*).
- Informar a la policía si la persona abandona el centro y corre el riesgo de cometer suicidio.
- Llevar registros precisos y detallados de las conductas de la persona y de todas las valoraciones e intervenciones enfermeras.

Destacar lo siguiente

- La crisis es temporal.
- Se puede sobrevivir al dolor insoportable.
- Dispone de ayuda.
- No está solo (Varcarolis, 2011).

Observar un cambio repentino en las emociones (de un estado de tristeza, depresión, a otro eufórico, feliz o tranquilo)

Ayudar a la persona a identificar el sistema de apoyo y contactar con el mismo

- Informar a la familia y otros allegados.
- Conseguir apoyo.
- No dar la falsa seguridad de que la conducta no recurrirá.
- Fomentar un aumento de la actividad social.
- Pedir a la persona que lea "If You Are Thinking About Suicide… Read This First", es decir, "Si está pensando en suicidarse… lea esto primero". que se encuentra en www.metanoia.org/suicide

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, cuando esté indicado

- Enseñar técnicas a la persona que le preparen para lidiar con los factores estresantes de la vida (relajación, habilidades de resolución de problemas, cómo expresar los sentimientos de manera constructiva).
- Derivar a terapia de grupo o de pares.
- Derivar a terapia familiar, sobre todo cuando se trate de un niño o un adolescente.
- Enseñar a la familia técnicas para establecer límites.
- Enseñar a la familia a expresar los sentimientos de una manera constructiva.
- Indicar a los seres queridos cómo reconocer un aumento del riesgo: cambio en la conducta, comunicación verbal o no verbal, retraimiento o signos de depresión.

- Dar un número de teléfono gratuito de emergencias de 24 horas.
- Derivar a formación profesional si es pertinente.
- Derivar a centros de rehabilitación así como a otras instituciones, si es apropiado.
- Derivar a seguimiento psiquiátrico continuo.
- Derivar a centros para la tercera edad u otras instituciones para aumentar las actividades de ocio.
- Iniciar las derivaciones para intervención familiar tras un suicidio consumado.

Intervenciones pediátricas

- Tomar en serio todas las amenazas de suicidio. Escuchar con cuidado.
- Determinar si el niño entiende la finalidad de la muerte (p. ej., "¿Qué significa morir?").
- "¿Alguna vez has visto un animal muerto en la carretera? ¿Se puede levantar y correr?"
- Hacer participar a padres, amigos, personal escolar y al propio niño en contratos de conducta para "mantenerle seguro".
- Analizar los sentimientos y razones para el deseo suicida.
- Consultar con un experto en psiquiatría sobre el entorno más apropiado para el tratamiento.
- Participar en programas escolares que enseñen los síntomas de la depresión y los signos de una conducta suicida.
- Con adolescentes, analizar (Mohr, 2009; Hockenberry y cols., 2009):
  - Problemas familiares.
  - Estado mental.
  - Fortaleza de los sistemas de apoyo.
  - Interrupción de una relación amorosa o de amistad.
  - Seriedad del intento.
  - Presencia de fracaso en el rendimiento (p. ej., exámenes, curso).
  - Cambio reciente o inminente (cambio de escuela, traslado de domicilio).
  - Orientación sexual.
- Transmitir empatía referente a problemas o pérdidas.
- Mantenerse alerta a los síntomas de una depresión oculta (p. ej., aburrimiento, inquietud, irritabilidad, dificultad para concentrarse, preocupación somática, dependencia excesiva de los demás o aislamiento, especialmente en adultos).

PATRÓN SEXUAL INEFICAZ

Patrón sexual ineficaz

Disfunción sexual

Definición de la NANDA-I*

Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

Características definitorias

Preocupaciones reales referentes a las conductas, salud, actividad o identidad sexual

Manifestación de preocupación sobre el efecto que un diagnóstico o tratamiento por un problema médico tenga en la actividad o deseo sexual

Factores relacionados

Los patrones sexuales ineficaces pueden aparecer como respuesta a diversos problemas de salud, situaciones y conflictos. A continuación se enumeran algunas fuentes comunes.

Fisiopatológicos

Relacionados con efectos bioquímicos sobre la energía y la libido secundarios a:

Endocrino

Diabetes mellitus	Disminución de la producción de hormonas
Hipertiroidismo	Mixedema
Enfermedad de Addison	Acromegalia

Genitourinarios

Enfermedad renal crónica

Neuromusculares y esqueléticos

Artritis	Alteraciones de la inervación aferente al cerebro, médula espinal, nervios sensoriales o nervios autonómicos
Esclerosis lateral amiotrófica	
Esclerosis múltiple	

Cardiorrespiratorio

Disfunción vascular periférica	Insuficiencia cardiaca congestiva
Cáncer	Trastornos respiratorios crónicos
Infarto de miocardio	

Relacionados con temor asociado a (enfermedades de transmisión sexual [ETS]) (especificar):*

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)	Herpes
Virus del papiloma humano	Gonorrea
	Clamidia
	Sífilis

Relacionados con los efectos del alcohol en el rendimiento

Relacionados con disminución en la lubricación vaginal secundaria a (especificar)

Relacionados con el miedo a una eyaculación precoz

Relacionados con el dolor durante la relación sexual

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con los efectos de:

Medicamentos

Radioterapia

Relacionados con un trastorno del autoconcepto por el cambio de apariencia (traumatismo, cirugía radical)

*Relacionados con el déficit de habilidades/conocimientos sobre respuestas alternativas a transiciones relacionadas con la salud, alteraciones en la función o estructura corporal, enfermedad o tratamiento médico**

Situacionales (personales, ambientales)

*Relacionados con el miedo al embarazo**

*Relacionados con falta de pareja**

*Relacionados con conflictos en la preferencia de orientación sexual**

Relacionados con conflictos con preferencias diferentes

Relacionados con problemas con la pareja (especificar):

Reticencia	Conflictos
Falta de disponibilidad	Maltrato
Falta de información	Separación/divorcio

*Relacionados con falta de privacidad**

*Relacionados con un modelo ineficaz del rol**

Relacionados con factores estresantes secundarios a:

Problemas laborales	Preocupaciones económicas
Conflictos de valores	Conflictos en la relación

Relacionados con desinformación o falta de conocimientos

Relacionados con fatiga

Relacionados con miedo al rechazo secundario a la obesidad

Relacionados con dolor

Relacionados con miedo al fracaso sexual

Relacionados con el miedo al embarazo

Relacionados con depresión

Relacionados con ansiedad

Relacionados con culpa

Relacionados con antecedentes de experiencias sexuales insatisfactorias

De maduración

Adolescente

*Relacionados con ineficacia o ausencia de modelos de rol**

Relacionados con una enseñanza sexual negativa

Relacionados con falta de enseñanza sexual

Adulto

Relacionados con adaptación a la relación parental

Relacionados con los efectos de la menopausia en la libido y la atrofia tisular vaginal

Relacionados con conflicto de valores

Relacionados con los efectos del embarazo en los niveles de energía y la imagen corporal

Relacionados con los efectos del envejecimiento en los niveles de energía y la imagen corporal

Nota de la autora

Los diagnósticos *Patrón sexual ineficaz* y *Disfunción sexual* son difíciles de distinguir. El primero representa un diagnóstico general, que puede incluir al segundo. Una enfermera especialista clínica en terapia sexual puede aplicar el diagnóstico de *Disfunción sexual*. La mayoría de las enfermeras no debería usar este diagnóstico hasta que pueda diferenciarse claramente entre *Disfunción sexual* y *Patrón sexual ineficaz*.

NOC

Imagen corporal, autoestima, desempeño de roles, identidad sexual.

Objetivos

La persona reasumirá la actividad sexual previa o mantendrá una actividad sexual alternativa satisfactoria, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica los efectos de los factores estresantes, pérdidas o cambios en la actividad sexual.
- Modifica la conducta para reducir los factores estresantes.
- Identifica las limitaciones en la actividad sexual provocadas por un problema de salud.
- Identifica las modificaciones apropiadas en las prácticas sexuales en respuesta a estas limitaciones.
- Notifica una actividad sexual satisfactoria.

NIC

Gestión de la conducta, orientación psicológica sexual, apoyo emocional, escucha activa, enseñanza: sexualidad.

Intervenciones

Valorar los factores causales o contribuyentes

- Véase factores relacionados.

Analizar los patrones de actividad sexual de la persona utilizando el modelo PLISSITT (*Annon, 1976)

- Animarle a compartir sus preocupaciones; suponer que las personas de todas las edades han tenido alguna experiencia sexual, y transmitir la disposición de analizar los sentimientos y preocupaciones.
  - Permiso: transmitir a la persona y a otros seres queridos la voluntad de hablar de lo que piensa y siente acerca de la sexualidad (p. ej., “Algunas personas con su diagnóstico se preocupan de cómo afectará su funcionamiento sexual. ¿A usted o su pareja les preocupa esta situación?”).
  - Información limitada: dar a la persona y sus allegados información acerca de los efectos que pueden tener ciertas situaciones (embarazo), condiciones (cáncer) y tratamientos (medicamentos) sobre la sexualidad y la función sexual.
  - Sugerencias específicas: proporcionar instrucciones bastante claras que pueden facilitar el funcionamiento sexual positivo (p. ej., cambios en las posiciones coitales).
  - Terapia intensiva: indicar a las personas que necesitan más ayuda de un profesional

de la salud apropiado (p. ej., terapeuta sexual, cirujano).

Discutir la relación entre la actividad sexual y los factores estresantes de la vida

- Aclarar la relación entre los factores estresantes y el problema en la actividad sexual.
- Explorar las opciones disponibles para reducir los efectos de los factores estresantes en la actividad sexual (p. ej., aumentar las horas de sueño y el ejercicio, modificar la dieta, buscar métodos de reducción del estrés).

Reiterar la necesidad de que la pareja sexual se comunique con franqueza

- Analizar cómo la persona y su pareja pueden usar el juego de roles para analizar las preocupaciones sobre el sexo.
- Reiterar la necesidad de cercanía y expresiones de cariño mediante caricias, masajes y otros medios.
- Sugerir que la actividad sexual no siempre debe terminar con un coito vaginal, sino que la pareja puede llegar al orgasmo a través de estimulación manual u oral.

Tratar los factores en personas con enfermedad aguda o crónica

- Eliminar o reducir los factores causantes o contribuyentes, si es posible, y enseñar la importancia de cumplir el régimen terapéutico diseñado para reducir o controlar los síntomas de la enfermedad.
- Procurar información limitada y sugerencias específicas.
- Proporcionar información apropiada a la persona y a su pareja referente a las limitaciones reales de la actividad sexual causadas por la enfermedad (información limitada).
- Enseñar las modificaciones posibles en las prácticas sexuales para ayudar a afrontar las limitaciones causadas por la enfermedad.

Procurar derivar a otros profesionales, según esté indicado:

- Estomaterapeuta.
- Médico.
- Enfermera especialista.
- Sexólogo.

Intervenciones de adultos ancianos

- Utilizar el modelo PLISSIT para evaluar los intereses sexuales y los problemas con los adultos ancianos.
- El modelo PLISSIT y las preguntas sugeridas pueden usarse con adultos ancianos en una variedad de entornos clínicos. A pesar de los hallazgos de que la sexualidad continúa a lo largo de todas las fases de la vida, existe poco material, científico o de otro tipo, para guiar a las enfermeras en la evaluación de la sexualidad de los adultos

ancianos (Kazer, 2012b).

Proveer información factual de los efectos negativos relacionados con el tratamiento en el deseo/la función sexual

- Discutir los cambios fisiológicos normales relacionados con la edad.
  - Las mujeres experimentan disminución en el tono de la mama, adelgazamiento y pérdida de elasticidad de la pared vaginal, disminución de la lubricación vaginal y acortamiento de la longitud vaginal debido a la pérdida de estrógeno circulante (Miller, 2015).
  - Los hombres experimentan disminución de la producción de espermatozoides, disminución de la fuerza eyaculatoria y testículos más pequeños y menos firmes. Tal vez sea necesaria la estimulación directa para lograr una erección; sin embargo, la erección puede mantenerse durante un tiempo más largo (Miller, 2015).

Facilitar la comunicación con los adultos ancianos con respecto a la salud sexual como deseen, incluyendo lo siguiente

- Estimular en las reuniones familiares una discusión abierta de los temas si está indicado.
- Enseñar sobre prácticas sexuales seguras.
- Hablar sobre el uso de condones para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH (Kazer, 2012a).
- Garantizar la privacidad y la seguridad entre los residentes de cuidados a largo plazo y que viven en la comunidad.
- Garantizar la privacidad, dignidad y respeto en torno a su sexualidad.
- Proporcionar información y la enseñanza sobre la salud sexual como se desee.
- Enseñar a que busquen la salud sexual libre de comportamientos sexuales patológicos y problemáticos.

Asegurar que la instalación de la comunidad residencial cuente con

- Programa de educación sobre las necesidades sexuales en curso de los adultos mayores y las intervenciones apropiadas para manejar estas necesidades con dignidad y respeto.
- Inclusión de preguntas de salud sexual en la historia de rutina y la evaluación física.
- Reevaluar con frecuencia a las personas por cambios en la salud sexual.
- Proporcionar la privacidad necesaria para que las personas mantengan la intimidad y la salud sexual (p. ej., en el cuidado a largo plazo).

Intervenciones pediátricas

Adolescentes

- Reducir la tensión, tener una conversación en el coche o mientras cocina para reducir la necesidad de contacto visual y la terminación temprana del diálogo.
- No abstenerse de educar a sus propios hijos (Ginsburg, 2015).
- Elegir la hora y el lugar correctos (Ginsburg, 2015).
- Evitar las conversaciones sexuales que no resulten necesarias (Gins burg, 2015).
- Averiguar lo que su hijo está pensando al hablar de sus relaciones o experiencias sexuales (Ginsburg, 2015).
- Hablar de sexo es difícil. Cuando sea necesario, identifíquelos y aliéntelos a pedir ayuda de otros adultos de confianza; no siempre tiene que ser usted.
- Hacer énfasis en que no significa no para los adolescentes mujeres y varones.

Disfunción sexual

Definición de la NANDA-I*

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*

Alteraciones en el logro de la satisfacción sexual o en la percepción del rol sexual

Limitaciones reales o percibidas impuestas por la enfermedad o el tratamiento

Cambio en el interés por los demás o por uno mismo

Incapacidad para lograr la satisfacción deseada

Alteración percibida en la excitación sexual

Deficiencia percibida en el deseo sexual

Búsqueda de confirmación del atractivo

Expresión verbal del problema

Factores relacionados

Véase *Patrón sexual ineficaz*.

Nota de la autora

Véase el *Patrón ineficaz de la sexualidad*.

RIESGO DE SHOCK

Véase también *Riesgo de complicaciones por hipovolemia* que se puede encontrar en http://thepoint.lww.com/espanol-Carpenito14e.

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a un aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo*

Hipertensión
Hipovolemia
Hipoxemia
Hipoxia
Infección
Sepsis
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica

Nota de la autora

Este diagnóstico de la NANDA-I representa diversos problemas de colaboración. Para decidir cuál de los siguientes problemas de colaboración es apropiado para cada persona, determinar para qué lo está controlando. ¿Cuál de los siguientes describe el enfoque enfermero para esta persona?

- *Riesgo de complicaciones por hipertensión*
- *Riesgo de complicaciones por hipovolemia*
- *Riesgo de complicaciones por sepsis*
- *Riesgo de complicaciones por disminución del gasto cardíaco*
- *Riesgo de complicaciones por hipoxemia*
- *Riesgo de complicaciones por reacción alérgica*

Véase http://thepoint.lww.com/espanol-Carpenito14e para objetivos e intervenciones relacionados.

TRASTORNO DEL PATRÓN DE SUEÑO

Trastorno del patrón de sueño

Insomnio

Deprivación de sueño

Definición de la NANDA-1*

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

Características definitorias

Mayores (deben estar presentes)

Adultos

Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido

Menores (pueden estar presentes)

Adultos

Cansancio al despertar o durante el día

Dormitar durante el día

Agitación

Alteraciones del estado de ánimo

Niños

Renuencia a dormir

Insistencia en dormir con los padres

Despertares frecuentes durante la noche

Factores relacionados

Hay muchos factores que pueden contribuir a los trastornos de los patrones de sueño. A continuación se enumeran los más frecuentes.

Fisiopatológicos

Relacionados con despertares frecuentes secundarios a:

Deterioro en el transporte de oxígeno

- Angina de pecho
- Trastornos respiratorios

Estreñimiento

Disuria

Incontinencia

Arteriosclerosis periférica

Trastornos circulatorios

Trastorno de la evacuación; vesical o intestinal

Diarrea

Retención

Frecuencia

Trastornos del metabolismo

Hipertiroidismo

Deterioro de la función hepática

Úlcera gástrica

Relacionados con el tratamiento

*Relacionados con interrupciones (p. ej., para realizar controles terapéuticos, pruebas de laboratorio)**

*Relacionados con restricciones físicas**

Relacionados con la dificultad para asumir la postura habitual secundaria a (especificar)

Relacionados con un exceso de sueño durante el día o hiperactividad secundario a (especificar los medicamentos):

Tranquilizantes

Sedantes

Anfetaminas

Inhibidores de la monoaminooxidasa

Hipnóticos

Barbitúricos

Antidepresivos

Corticosteroides

Antihipertensores

Situacionales (personales, ambientales)

*Relacionados con falta de privacidad o control de sueño**

*Relacionados con luz, ruido, olores perjudiciales**

*Relacionados con la pareja (p. ej., ronquidos)**

*Relacionados con muebles para dormir a los que no se está acostumbrado**

*Relacionados con la temperatura o la humedad del ambiente**

*Relacionados con las responsabilidades de brindar cuidados**

*Relacionados con un cambio en la exposición a la luz diurna/oscuridad**

Relacionados con hiperactividad excesiva secundaria a:

Trastorno bipolar

Ansiedad de pánico

Trastorno de déficit de atención Consumo ilícito de sustancias

Relacionados con dormir demasiado durante el día

Relacionados con depresión

Relacionados con una actividad inadecuada durante el día

Relacionados con dolor

Relacionados con la respuesta a la ansiedad

Relacionados con la incomodidad secundaria al embarazo

Relacionados con alteraciones en el estilo de vida

Laborales

Emocionales

Sociales

Sexual

Económicas

Relacionados con cambios ambientales (especificar)

Hospitalización (ruido, compañero de habitación molesto, miedo) Viajes

Relacionados con miedos

Relacionados con cambios en el ritmo circadiano

De maduración

Niños

Relacionados con miedo a la oscuridad

Relacionados con miedo

Relacionados con enuresis

Relacionados con respuestas inconsistentes de los padres

Relacionados con rituales inconstantes para dormir

Mujeres adultas

Relacionados con cambios hormonales (p. ej., perimenopausia)

Nota de la autora

Las alteraciones del sueño pueden tener muchas causas o factores contribuyentes. Algunos ejemplos son asma, tabaquismo, problemas maritales y viajar. *Trastorno del patrón de sueño* describe una situación que posiblemente sea transitoria debido a un cambio en la persona o en el entorno (p. ej., dolor agudo, viaje, hospitalización). *Riesgo de trastorno del patrón de sueño* se puede aplicar cuando una persona está en riesgo

debido a que viaja o al turno de su trabajo. *Insomnio* describe una persona con un problema continuo para conciliar el sueño o permanecer dormida debido a dolor crónico y numerosos factores estresantes crónicos. Puede resultar clínicamente útil considerar los problemas de sueño como un signo o síntoma de otro diagnóstico enfermero como *Estrés por sobrecarga, Dolor, Afrontamiento ineficaz, Afrontamiento familiar incapacitante* o *Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.*

NOC

Descanso, sueño, bienestar, desempeño parental.

Objetivos

La persona informará de un equilibrio óptimo de descanso y actividad, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Describe los factores que impiden o inhiben el sueño.
- Identifica técnicas para inducir al sueño.

NIC

Gestión de la energía, mejora del sueño, terapia de relajación, promoción del ejercicio, gestión ambiental, educación parental: familia con niños a su cargo.

Intervenciones

Aunque muchos consideran que una persona necesita 8 horas de sueño cada noche, no existe evidencia científica que respalde esta información. Los requisitos de sueño individuales varían en gran medida. Por lo general, una persona que puede relajarse y descansar fácilmente requiere menos sueño para sentirse fresco. Con el envejecimiento, se gasta menos tiempo en las fases 3 y 4 del ciclo del sueño, que son las etapas más reparadoras del sueño. Los resultados son dificultad para conciliar el sueño y quedarse dormido (Cole y Richards, 2007). A continuación se sugieren intervenciones generales para promover el sueño y específicas para determinadas situaciones clínicas.

Identificar los factores causales y contribuyentes

- Véase factores relacionados.
- Explicar que los ciclos del sueño incluyen las fases REM (*rapid eye movement* [movimientos oculares rápidos]), no REM (NREM) y vigilia, y explicar los requisitos de sueño.
- Alentar o brindar cuidados nocturnos:
  - Eliminación en el inodoro o la cuña.
  - Higiene personal (cuidado bucal, baño, ducha, baño parcial).
  - Sábanas y ropa de cama limpias (cama recién hecha, mantas suficientes).

- Procedimientos de grupo para minimizar los tiempos que necesita para despertar al individuo por la noche. De ser posible, planificar por lo menos cuatro periodos de 90 minutos de sueño ininterrumpido.
- Si se despierta a la persona para el monitoreo, usar SBAR con prescripción profesional.

SBAR

Situación (***S**ituation*): El Sr. Nelo sólo ha dormido __ horas en las últimas 24 horas.

Antecedentes (***B**ackground*): No está durmiendo porque ...

Evaluación (***A**ssessment*): Se queja de más dolor, quiere una pastilla para dormir.

Recomendación (***R**ecommendation*): Sería útil ... (p. ej., detenga los signos vitales de 10 p.m. a 6 a.m.), a menos que sea necesario, cambiar los horarios de administración de los medicamentos.

Proporcionar tratamientos antes de las 10 p.m. y después de las 6 a.m. cuando sea posible

- Discutir con el médico/enfermera avanzada/asistente médico sobre el uso de un "Protocolo de sueño". Esto permitirá al personal de enfermería la autoridad para no despertar a una persona para extraer sangre u obtener signos vitales si es apropiado (Bartick, Thai, Schmidt, Altaye y Solet, 2010):
  - La implementación del protocolo de higiene del sueño permitió a los pacientes heridos o enfermos críticos de nuestra unidad de cuidados intensivos dormirse más rápidamente y experimentar menos interrupciones del sueño (Faraklas y cols., 2013).
  - Cerrar la puerta de la habitación o cierre las cortinas.
  - Designar "tiempo en silencio" entre las 10 p.m. y las 6 a.m.
  - Reproducir canciones de cuna en el sistema de sonorización.
  - Las luces de los pasillos se apagan con un cronómetro a las 10 p.m.
  - Apagar los teléfonos cerca de las habitaciones individuales, evitar el uso del intercomunicador excepto en emergencias.
  - Los signos vitales se toman a las 10 p.m., y de nuevo a las 6 a.m. a menos que se indique lo contrario.
  - Los medicamentos se ordenan bid, tid, qid, no "q" ciertas horas cuando es posible.
  - No administrar un diurético después de las 4 p.m.
  - Evitar las transfusiones de sangre durante el "tiempo de silencio" debido al monitoreo frecuente.

Asesorar al personal/estudiante auxiliar para informar la cantidad de tiempo que duerme (incluyendo las siestas y el sueño nocturno)

Iniciar la educación para la salud, según esté indicado

- Si el mal sueño contribuye a la fatiga y al dolor durante el día, probar los siguientes

consejos para mejorar el sueño en casa (Arthritis Foundation, 2012):

- Mantener un horario diario regular de actividades, incluyendo un horario regular de sueño.
- Practicar ejercicio, pero evitar hacerlo tarde en la noche.
- Apartar una hora antes de acostarse para relajarse.
- Comer un tentempié ligero antes de acostarse. No se debe ir a la cama con hambre, ni debe sentirse demasiado lleno.
- Hacer que su dormitorio sea lo más silencioso y cómodo posible. Mantener una temperatura ambiente cómoda. Invertir en un colchón cómodo o probar una almohada de cuerpo entero para tener más apoyo.
- Usar lar recámara sólo para dormir y para estar físicamente cerca de su pareja.
- Levantarse a la misma hora todos los días, incluso los fines de semana y días festivos.

Reducir o eliminar las distracciones ambientales y las interrupciones del sueño

Ruido

- Cerrar la puerta de la habitación.
- Correr las cortinas.
- Desconectar el teléfono.
- Usar el "ruido tranquilo" (p. ej., ventilador, música tranquila, música de lluvia, olas).
- Eliminar la luz de 24 horas.
- Proporcionar luces de noche.
- Disminuir la cantidad y el tipo de estímulos (p. ej., conversaciones del equipo de cuidados).
- Cubrir las luces intermitentes con cinta adhesiva.
- Reducir el volumen de las alarmas y la televisión.
- Colocar a la persona con un compañero de habitación compatible, si es posible.

Interrupciones

- Organizar los procedimientos para disminuir al máximo las alteraciones durante el período de sueño (p. ej., cuando se despierta a la persona para que tome la medicación, administrar también otros tratamientos y controlar las constantes vitales).
- Evitar los procedimientos innecesarios durante el período de sueño.
- Limitar las visitas durante los períodos de descanso óptimos (p. ej., después de las comidas).

- Si evacuar durante la noche es perjudicial, pedir a la persona que limite la ingesta de líquidos durante la noche y que evacue antes de acostarse.

Aumentar las actividades diurnas, según lo indicado

- Establecer con la persona un horario para un programa diurno de actividades (caminar, fisioterapia).
- No propiciar las siestas de más de 90 minutos.
- Propiciar las siestas por las mañanas.
- Limitar la cantidad y duración de sueño diurno si es excesivo (es decir, más de 1 h).
- Animar a otros a comunicarse con la persona y estimular la vigilia.

Promover un ritual o rutina para dormir

- Mantener un programa congruente diario para caminar, dormir y descansar (días laborables, fines de semana).
- Levantarse a la hora habitual aun cuando no se haya dormido bien; evitar permanecer en la cama despierto.
- Usar la cama sólo para las actividades asociadas con dormir; no ver la televisión acostado.
- Si la persona se despierta y no puede volver a dormirse, decirle que se levante de la cama y lea en otra habitación durante 30 minutos.
- Tomar un baño caliente.
- Tomar leche caliente y el tentempié deseado antes de acostarse (evitar los alimentos muy condimentados y difíciles de digerir).
- Usar hierbas que promuevan el sueño (p. ej., lavanda, ginseng, tila, valeriana, escaramujo, bálsamo de limón, flor de la pasión [Miller, 2009]). Consultar con el profesional responsable de sus cuidados antes de usarlas.
- Evitar el alcohol, la cafeína y el tabaco al menos 4 h antes de acostarse.
- Acostarse con material de lectura.
- Recibir friegas o un masaje en la espalda.
- Escuchar música suave o una historia grabada.
- Practicar ejercicios de relajación/respiración.
- Asegurarse de que la persona tenga un mínimo de cuatro o cinco períodos de al menos 90 min de sueño ininterrumpido cada 24 horas.
- Documentar la cantidad de sueño ininterrumpido de la persona en cada turno.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Enseñar una rutina de sueño en casa (Miller, 2015). Véase anteriormente para detalles.
- Enseñar la importancia de practicar ejercicio de forma habitual (caminar, correr, baile aeróbico) durante al menos 30 min tres veces a la semana (si no está contraindicado). Evitar el ejercicio por la tarde.
- Explicar los riesgos de los medicamentos hipnóticos si se consumen de forma prolongada.
- Si la persona tiene un problema crónico de sueño, derivarlo a un centro para trastornos del sueño.
- En el caso de mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas, explicar lo siguiente:
  - Las sustancias sedantes e hipnóticas comienzan a perder su efectividad después de 1 semana de uso, lo que exige aumentar las dosis provocando un riesgo de dependencia.
  - La leche caliente contiene l-triptófano, que es un inductor del sueño.
  - La cafeína y la nicotina son estimulantes del sistema nervioso central que alargan la latencia del sueño y aumentan la vigilia durante la noche (Miller, 2015).
- El alcohol provoca somnolencia pero suprime el sueño REM y aumenta la cantidad de despertares (Miller, 2015).
- Las siestas por la mañana producen más sueño REM que las de la tarde. Las que duran más de 90 min disminuyen los estímulos durante los ciclos de sueño más largos en los que se obtiene el sueño REM.

Intervenciones pediátricas

Explicar las diferencias de sueño entre lactantes y niños pequeños

(*Murray, Zentner y Yakimo, 2009)

	Una siesta matutina más corta, necesita una siesta de la tarde
15 meses	Tiene problemas para conciliar el sueño
17 a 24 meses	Tiene un juguete, almohada o manta de dormir favorito
18 meses	Trata de salir de la cuna
19 meses	Puede despertarse con pesadillas
20 meses	Duerme mejor, siestas más cortas por la tarde
21 meses	Quiere retrasar la hora de acostarse, necesita siesta por la tarde,
24 meses	duerme menos tiempo
2 a 3 años	Puede cambiar de la cuna a la cama, necesita laterales con poco espacio entre los barrotes

- Explicar al niño qué es la noche (estrellas y luna).
- Explicar que algunas personas (enfermeras, trabajadores de fábrica) trabajan de noche.
- Explicar que cuando llega la noche para ellos, comienza el día para otras personas en otras partes del mundo.
- En caso de pesadillas, animar al niño a que hable de ellas, si es posible. Tranquilizarle diciéndole que era un sueño, aun cuando parezca muy real. Comparta con el niño que usted también tiene sueños.

Remarcar la importancia de establecer una rutina para dormir

(*Murray y cols., 2009)

- Fijar una hora definitiva y una rutina para dormir. Comenzar 30 min antes de acostar al niño y tratar de impedir que se inquiete o se canse en extremo.
- Establecer un ritual antes de acostarse con baño, lectura de un cuento y música suave.
- Asegurarse de que el niño tiene su objeto favorito para dormir (juguete, almohada, manta, etc.).
- Hablar en voz baja y tranquila y abrazar al niño.
- Evitar la televisión y los vídeos.
- Si el niño llora, regresar al cabo de unos minutos y tranquilizarle durante menos de 1 min. No levantarle. Si sigue llorando, volver a los 5 min y repetir el procedimiento.
- "Si se prolonga el llanto, prolongar el tiempo de volver a ver al niño a 10 minutos" (*Murray y cols., 2009). Con el tiempo el niño se cansará y se quedará dormido.
- "El niño debe permanecer en su cama en lugar de dormir durante toda la noche o parte de ella en la cama con sus padres" (*Murray y cols., 2009). Se pueden hacer excepciones ocasionales para las crisis familiares, los traumatismos y las enfermedades.
- Procurar una luz nocturna o una intermitente para dar al niño control sobre la oscuridad.
- Tranquilizar al niño diciéndole que usted estará cerca toda la noche.

Intervenciones maternales

- Analizar las razones de las dificultades para dormir durante el embarazo (p. ej., calambres en las piernas, dolor de espalda, movimientos fetales).
- Enseñar a la mujer cómo colocar las almohadas en la posición de lado (una entre las piernas, otra bajo el abdomen, una bajo el ante-brazo, una bajo la cabeza).
- Véanse intervenciones para *Estrategias para promover el sueño*.

Intervenciones geriátricas

Explicar los efectos relacionados con la edad en el sueño

Explicar que hay algunos medicamentos (prescritos o de venta sin receta) que deben evitarse debido a su riesgo de dependencia y a los riesgos de somnolencia

- Si la persona necesita tomar de cuando en cuando somníferos, aconsejarle que consulte con el profesional responsable de sus cuidados para que le prescriba un tipo con una semivida breve.

Insomnio

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias*

Cambios observados en efecto

Aumento del ausentismo (p. ej., escuela, trabajo)

Informa de:

- Alteración del estado de humor
- Disminución del estado de salud
- Insatisfacción con el sueño (usual)
- Aumento de los accidentes
- Energía insuficiente
- Despertarse demasiado temprano
- Observación de falta de energía

Disminución de la calidad de vida

Dificultad para concentrarse

Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido

Sueño no reparador

Alteraciones del sueño que producen consecuencias al día siguiente

Factores relacionados

Véase *Trastorno del patrón de sueño*.

NOC

Véase *Trastorno del patrón de sueño*.

Objetivos

Véase *Trastorno del patrón de sueño*.

NIC

Véase *Trastorno del patrón de sueño*.

Intervenciones

- Pedir a la persona que lleve un diario de sueño-vigilia durante 1 mes que incluya la hora de acostarse, las dificultades para conciliar el sueño, el número de despertares (razón) y las siestas.
- Evaluar si hay alguna condición fisiológica o medicamento que interfiera con el sueño. Véase la sección factores relacionados fisiopatológicos y relacionados con el tratamiento en *Trastorno del patrón de sueño*. Consultar al profesional responsable de sus cuidados para su gestión.
- Evaluar si algún estado psicológico interfiere con el sueño. Véanse los factores situacionales relacionados. Derivar a un profesional de la salud mental.
- Determinar si el estilo de vida o los eventos de la vida interfieren con el sueño. Consultar otros diagnósticos enfermeros si es pertinente: *Duelo, Estrés por sobrecarga, Afrontamiento ineficaz* o *Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud*.

Véanse intervenciones en el *Trastorno del patrón de sueño* para establecer un ritual o rutina de sueño

Deprivación de sueño

Definición de la NANDA-I*

Períodos de tiempo prolongados sin sueño (patrón de suspensión natural y periódica de la conciencia).

Características definitorias

Véase *Trastorno del patrón de sueño*.

Factores relacionados

Véase *Trastorno del patrón de sueño*.

Nota de la autora

Esta clasificación diagnóstica representa una situación en la que el sueño de la persona es insuficiente. Es difícil diferenciar entre este diagnóstico y otros. Véase *Trastorno del patrón de sueño* para las intervenciones.

Objetivos/Intervenciones

Véase *Trastorno del patrón de sueño*.

AISLAMIENTO SOCIAL

Definición de la NANDA-I*

Soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Características definitorias

- Ausencia de un sistema de apoyo
- Deseos de estar solo
- Incongruencias culturales
- Trastorno en el desarrollo
- Intereses inadecuados del desarrollo
- Condición de discapacidad
- Soledad impuesta por otros o rechazo*
- Incapacidad para satisfacer las expectativas de los demás*
- Inseguridad en público*
- Retraimiento
- Antecedentes de rechazo
- Sentirse distinto de los demás
- Enfermedad
- Acciones carentes de significado
- Miembro de una subcultura
- Falta de propósito
- Acciones repetitivas
- Valores incongruentes con las normas culturales
- Hostilidad*
- Introvertido*
- Afecto triste*
- Actitud triste
- Poco contacto visual
- Preocupado por sus propios pensamientos

Factores relacionados

Alteración en el estado mental

Alteración en el aspecto físico

Alteración del bienestar

Factores contribuyentes a la ausencia de relaciones personales satisfactorias (p. ej., retraso en el logro de las tareas del desarrollo)

Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias

Recursos personales insuficientes (p. ej., pocos logros, mala introspección, afectos escasos y mal controlados)

Comportamiento social incongruente con las normas

Valores incongruentes con las normas culturales

Nota de la autora

En 1994, la NANDA añadió un nuevo diagnóstico: *Riesgo de soledad*. Aunque este diagnóstico se apega con más exactitud a la definición de la NANDA de "respuesta a". Además, una persona puede experimentar soledad aun cuando haya mucha gente alrededor. Al revisar la definición de las características y los factores relacionados mencionados anteriormente, algunos se repiten en ambas categorías. Esta autora recomienda eliminar *Aislamiento social* del uso clínico y aplicar *Soledad* o *Riesgo de soledad*. Una persona con dificultades de comunicación de uno a uno o en grupo puede evitar interacciones sociales o experimentar respuestas negativas de los demás. El *Deterioro de la interacción social* puede usarse para describir a esta persona.

AFLICCIÓN CRÓNICA

Definición

Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza generalizada experimentado (por un familiar, cuidador, persona con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad (NANDA-I).

Estado en el que una persona experimenta, o está en riesgo de experimentar, dolor psíquico generalizado y tristeza, de intensidad variable, en respuesta a la alteración permanente sufrida por un ser querido debido a un acontecimiento o situación y a la pérdida continua de normalidad (*Teel, 1991).

Características definitorias

Tristeza intermitente de por vida por la pérdida de un ser querido o por la pérdida de normalidad de un ser querido a causa de la alteración sufrida por un acontecimiento o una incapacidad

Intensidad variable

Expresa sentimientos que interfieren con la capacidad para llegar al nivel superior de bienestar personal o social*

Sentimientos negativos de intensidad variable, periódicos y recurrentes*

Ira

Soledad

Tristeza

Frustración

Culpa

Sentimiento de culpa

Miedo

Sentimiento de agobio

Vacío

Impotencia

Confusión

Disgusto

Factores relacionados

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con la pérdida crónica de normalidad secundaria a la situación de un niño o un adulto, por ejemplo:

Síndrome de Asperger	Retraso mental
Autismo	Espina bífida
Escoliosis grave	Anemia falciforme
Trastorno psiquiátrico crónico	Diabetes mellitus tipo I
Síndrome de Down	Virus de la inmunodeficiencia humana

Relacionados con pérdidas de por vida asociadas con la infertilidad

Relacionados con pérdidas continuas asociadas con enfermedades degenerativas (p. ej., esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer)

Relacionados con la pérdida de un ser querido

Relacionados con las pérdidas asociadas al cuidado de un niño con una enfermedad letal

Nota de la autora

Olchansky identificó *Aflicción crónica* en 1962. La aflicción crónica se distingue del duelo, que se padece durante un tiempo limitado y como resultado tiene lugar la adaptación a la pérdida. La aflicción crónica varía en intensidad pero continúa mientras la persona con la incapacidad o condición crónica sigue con vida (*Burke, Hainsworth, Eakes y Lindgren, 1992). La aflicción crónica también puede acompañar a la pérdida de un niño con mayor aflicción conforme pasa el tiempo y los acontecimientos de cumpleaños, graduaciones, matrimonio son ausencias notables. La aflicción crónica también puede ser efecto de la pérdida de un niño y puede ocurrir en una persona con una enfermedad crónica que de manera regular le impide vivir una "vida normal" (p. ej., paraplejía, sida, anemia falciforme). "La aflicción crónica no significa que las familias no amen o sientan orgullo por sus hijos. Estos sentimientos, y muchos otros más, existen junto con la tristeza. Es como si muchos hilos estuvieran entretejidos, brillantes y oscuros, en el tejido de la vida de los padres/cuidadores" (Rhode Island Department of Health, 2011, p. 22).

NOC

Nivel de depresión, afrontamiento, aceptación de equilibrio del humor: estado de salud.

Objetivos

Se ayudará a la persona a anticipar los acontecimientos que pueden desencadenar la intensificación de la tristeza, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Expresar tristeza.
- Analiza la(s) pérdida(s) periódicamente.

NIC

Orientación previa, mejora del afrontamiento, derivación a otros profesionales, escucha activa, presencia, promoción de la resiliencia.

Intervenciones

Explicar la aflicción crónica

- Respuesta normal.

- Centrarse en la pérdida de la normalidad.
- Sin límite de tiempo.
- Episódica.
- Persiste durante toda la vida

Animar a la persona a compartir sus sentimientos desde el cambio (p. ej., nacimiento de un niño, accidente)

Promover la esperanza (Hockenberry y Wilson, 2015)

- Aconsejar sobre las necesidades de promoción de la salud según la edad.
- Proporcionar orientación psicológica preventiva para las etapas de maduración (p. ej., pubertad).
- Discutir las responsabilidades posibles de autocuidado según la edad.

Explorar actividades que el niño y el padre disfruten hacer

Adquirir una consulta con un especialista en ludoterapia

Transmitir un interés por cada persona y familia

- Proporcionar a los hermanos oportunidades para que compartan sus sentimientos.

Explorar las actividades que pueden mejorar el afrontamiento cotidiano como (Gordon, 2009)

- Acceso a recursos para obtener más información sobre la condición (p. ej., biblioteca, internet).
- Actividades regulares para reducir el estrés, por ejemplo, hacer ejercicio (yoga en casa, caminar, leer, manualidades).
- Llevar un diario.
- Ayudar a la planificación de cómo tener una "noche de diversión".
- Hacer énfasis en la importancia de mantener los sistemas de apoyo y amistades.

Preparar a la persona para posteriores crisis durante la vida

- Animar amablemente a la persona a compartir los sueños o esperanzas perdidos.
- Ayudar a la persona a identificar puntos clave del desarrollo que aumentarán la pérdida de la normalidad (p. ej., juego en la escuela, deportes, graduación, citas).
- Explicar que los sentimientos fluctuarán (intensos, leves) con los años, pero la pena no desaparecerá.
- Advertirle a la persona de que estas crisis pueden despertar la misma intensidad de sentimiento que la primera vez que se supo la "noticia".

Animar la participación en grupos de apoyo con otras personas que experimentan aflicción crónica

- Comparta las dificultades de lo siguiente (*Monsen, 1999):

- Vivir preocupado.
- Tratar al niño como a otros niños.
- Permanecer en la lucha.

Reconocer que el (los) progenitor(es) es (son) el (los) cuidador(es) experto(s) del niño (Melnyk y cols., 2001)

- Preparar a la familia para la transición a otro equipo de cuidados de la salud (p. ej., equipo de pediatría a equipo para adultos).

Poner en contacto a la familia con los servicios apropiados (p. ej., salud domiciliaria, consejero de cuidado auxiliar)

- Explicar la diferencia entre aflicción crónica y depresión. Si se sospecha depresión, los padres deben remitirse a un psiquiatra/enfermero psiquiátrico para la correcta valoración y diagnóstico (Gordan, 2009).

Véase *Cansancio del rol de cuidador* para más intervenciones

SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

Sufrimiento espiritual

Riesgo de sufrimiento espiritual

Deterioro de la religiosidad

Riesgo de deterioro de la religiosidad

Definición de la NANDA-I*

Deterioro de la 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 y/o un poder superior al propio yo.

Características definitorias

Preguntarse el significado de la vida, la muerte y el sufrimiento

Informes de falta de significado y propósito en la vida

Carecer de entusiasmo por la vida, falta de sentimientos de alegría, paz interior o amor

Demostrar desánimo o desesperación

Sentir una sensación de vacío

Experimentar alejamiento de la comunidad espiritual o religiosa

Expresar necesidad de reconciliarse consigo mismo, con los demás, con Dios o con el

Creador

Presentar un interés repentino por cuestiones espirituales (leer libros o ver programas espirituales o religiosos en la televisión)

Mostrar cambios repentinos en las prácticas espirituales (rechazo, negligencia, dudas, devoción fanática)

Expresar verbalmente que la familia, los seres queridos o los profesionales del cuidado de la salud se oponen a las creencias o prácticas espirituales

Cuestionar la credibilidad de la religión o del sistema de creencias espirituales

Solicitar ayuda para una alteración en las creencias espirituales o práctica religiosa

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con el reto en la salud espiritual o separación de los vínculos espirituales secundario a:

Hospitalización

Dolor

Enfermedad terminal

Pérdida de una función corporal o una parte del cuerpo

Traumatismo

Enfermedad debilitante

Aborto, muerte fetal

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con el conflicto entre (especificar el régimen prescrito) y las creencias:

Aborto

Aislamiento

Cirugía

Transfusiones de sangre

Medicamentos

Restricciones dietéticas

Procedimientos médicos

Diálisis

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con muerte o enfermedad de un ser querido*

Relacionados con la vergüenza de expresiones de espiritualidad o religión, como oraciones, meditación u otros rituales

Relacionados con los obstáculos para practicar rituales espirituales:

Restricciones del entorno de cuidados intensivos

Falta de privacidad

No disponibilidad de alimentos/dieta especial o de objetos rituales

Confinamiento a una cama o a una habitación

Relacionados con creencias religiosas o espirituales a las que se oponen la familia, los pares o los profesionales del cuidado de la salud

Relacionados con el divorcio, separación de un ser querido u otra pérdida percibida

Nota de la autora

El bienestar representa la respuesta al potencial de la persona para el crecimiento personal, que incluye el empleo de todos los recursos que tenga a su alcance (sociales, psicológicos, culturales, ambientales, espirituales y psicológicos). Las enfermeras son responsables de cuidar todos los aspectos de la persona, pero muchos estudios informan de que por lo general evitan tratar la dimensión espiritual de las personas, las familias y las comunidades (*Kendrick y Robinson, 2000; Puchalski y Ferrell, 2010; Swift, Calcutawalla y Elliott, 2007).

Para promover la espiritualidad positiva con las personas y familias, la enfermera debe conocerse a sí misma espiritualmente. Para ella, la autoevaluación debe preceder a la valoración de las cuestiones espirituales, y la valoración de la salud espiritual debería confinarse al contexto de la enfermería. La enfermera puede ayudar a las personas con preocupaciones o sufrimiento espirituales proporcionándoles recursos para la ayuda espiritual, escuchándolas sin emitir juicios y procurándoles oportunidades para satisfacer sus necesidades espirituales (*O'Brien, 2010; Wright, 2004).

La espiritualidad y la religiosidad son dos conceptos diferentes. Burkhart y Solari-Twadell (*2001) definen espiritualidad como la "capacidad de experimentar e integrar el significado y el yo; los demás, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior". La religiosidad es "la capacidad de participar en las creencias de una denominación particular de comunidad de fe y sus rituales relacionados" (*Burkhart y Solari-Twadell, 2001). Aunque la dimensión espiritual siempre está presente en la totalidad del ser humano, puede existir o no dentro del contexto de las prácticas o tradiciones religiosas.

El *Deterioro de la religiosidad* fue aprobado por la NANDA en 2004. Este diagnóstico se puede utilizar para el *Sufrimiento espiritual* cuando la persona tiene un impedimento para practicar sus rituales religiosos que la enfermera puede aliviar o eliminar. *Deterioro de la religiosidad* sería apropiado.

NOC

Esperanza, bienestar espiritual.

Objetivos

La persona hallará el significado y propósito de su vida, incluso durante la enfermedad, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Expresa sus sentimientos con relación a creencias y espiritualidad.
- Describe su sistema de creencias espirituales en lo concerniente a la enfermedad.
- Halla significado y consuelo en la práctica religiosa o espiritual.

NIC

Facilitación del crecimiento espiritual, infundir esperanza, escucha activa, presencia, apoyo emocional, apoyo espiritual.

Intervenciones

Crear un ambiente de confianza (Puchalski y Ferrell, 2010)

- Estar dispuesto a escuchar la historia del paciente, no sólo los hechos médicos.
- Escuchar el contenido, la emoción, la forma, y los significados espirituales.
- "Permitir" que se hable de asuntos espirituales con la enfermera, planteando el tema del bienestar espiritual, si es necesario.
- Estar completamente presente.

Conflicto entre creencias religiosas o espirituales y esquema de salud prescrito

Evaluar los factores causales y contribuyentes

- Falta de información o comprensión de las restricciones espirituales.
- Falta de información o comprensión del esquema de salud.
- Conflicto informado.

Eliminar o reducir los factores causales y contribuyentes, si es posible

Sentirse amenazado y vulnerable debido a los síntomas o la posible muerte

- Informar a las personas y a sus familias de la importancia de hallar un significado a la enfermedad.
- Sugerir recurrir a la oración, visualización y meditación para reducir la ansiedad y dar esperanza y un sentido de control.

Las creencias espirituales no sirven para proporcionar una explicación o consuelo durante una crisis de enfermedad/sufrimiento/muerte inminente

- Hacer preguntas sobre las creencias y experiencias espirituales pasadas para ayudar a la persona a situar este acontecimiento de la vida en una perspectiva más amplia.
- Ofrecerse a contactar con el consejero espiritual habitual o con uno nuevo.

- Ofrecerse a rezar/meditar/leer con la persona si usted se siente cómoda con esto, o buscar otro miembro del equipo de cuidados, si es más apropiado.
- Procurar momentos de tranquilidad y sin interrupciones para la oración/lectura/meditación sobre cuestiones espirituales.
- Conflicto de los padres sobre el tratamiento de su hijo.
- Falta de tiempo para la deliberación antes del tratamiento de emergencia o la cirugía.
- Fungir como defensor de la persona y la familia.

Dudar de la calidad de la propia fe para solucionar la enfermedad actual/sufrimiento/muerte

- Estar disponible y dispuesta a escuchar cuando la persona exprese dudas de sí misma, culpa u otros sentimientos negativos.
- El silencio, el contacto físico o ambas cosas son técnicas útiles para comunicar la presencia de la enfermera y su apoyo durante los momentos de duda o desesperanza.
- Ofrecerse a contactar con el consejero espiritual habitual o con uno nuevo.

Ira contra Dios o contra las creencias espirituales por permitir o causar la enfermedad/sufrimiento/muerte

- Expresar a la persona que la ira hacia Dios es una reacción común ante la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.
- Ayudar a la persona a reconocer y analizar sus sentimientos de ira.
- Permitir a la persona resolver el problema para hallar formas de expresar y aliviar la ira.
- Ofrecerse a contactar con otra persona de apoyo espiritual (p. ej., cuidado pastoral, capellán del hospital) si la persona no puede compartir sus sentimientos con el consejero espiritual habitual.

Falta de información sobre las restricciones espirituales

- Solicitar que el líder espiritual hable sobre las restricciones y exenciones que se aplican a las personas que están gravemente enfermas u hospitalizadas.
- Proporcionar materiales de lectura sobre restricciones y exenciones religiosas y espirituales.
- Alentar a la persona a buscar información y hablar sobre las restricciones con el líder espiritual u otros en el grupo espiritual.
- Registrar los resultados de estas discusiones.

Conflicto informado

- Alentar a la persona y al médico/enfermera a considerar métodos alternativos de terapia.[49] Apoyar a la persona a tomar una decisión informada, incluso si la decisión entra en conflicto con los valores de la enfermera.

Conflicto de los padres sobre el tratamiento del niño

- Si los padres rechazan el tratamiento del niño, siga las intervenciones en conflicto informado antes.
- Si siguen rechazando el tratamiento, el médico o el director del hospital pueden obtener una orden judicial que designe la custodia temporal para aceptar el tratamiento.
- Llamar al consejero espiritual para que respalde a los padres (y posiblemente al niño).
- Animar la expresión de los sentimientos negativos.

Habilidades de escucha (Puchalski y Ferrell, 2010)

- Crear un ambiente de confianza.
- Estar abierto a escuchar la historia de la persona, no sólo los hechos médicos.
- Escuchar el contenido, la emoción, las formas así como el significado espiritual.
- Concentrarse totalmente en la persona.
- Comunicar aceptación de diversas creencias y prácticas espirituales.
- Transmitir una actitud no crítica.
- Reconocer la importancia de las necesidades espirituales.
- Expresar la disposición del equipo de cuidados para ayudar a satisfacer las necesidades espirituales.
  - Mantener la dieta con restricciones religiosas cuando no sea en detrimento de la salud.
  - Animar los rituales espirituales que no vayan en detrimento de la salud.
  - Dar la oportunidad a la persona de rezar con otros o de que le lean miembros de su propio grupo religioso o un miembro del equipo de cuidados que se sienta cómodo con estas actividades.

Intervenciones pediátricas

- Animar a los niños a mantener los rezos rituales al acostarse o antes de las comidas.
- Si es compatible con las creencias religiosas del niño:
  - Compartir libros religiosos que contengan imágenes y otros artículos religiosos.
  - Consultar a la familia qué tipos de libros u objetos son apropiados (p. ej., medallas, estatuas).
  - Analizar los sentimientos del niño referentes a la enfermedad como un castigo por portarse mal (Hockenberry y Wilson, 2015).
- Analizar si estar enfermo ha cambiado sus creencias (p. ej., pedir rezar).

- Apoyar al adolescente que pueda estar esforzándose por entender las enseñanzas espirituales.

Riesgo de sufrimiento espiritual

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a un 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 que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Véase *Sufrimiento espiritual*.

Nota de la autora

Véase *Sufrimiento espiritual.*

NOC

Véase *Sufrimiento espiritual.*

Objetivos

La persona hallará significado y propósito en su vida, incluso durante la enfermedad, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Practica rituales espirituales.
- Expresa confort con las creencias.

NIC

Refiérase a *Sufrimiento espiritual.*

Intervenciones

Véase *Sufrimiento espiritual*.

Deterioro de la religiosidad

Definición de la NANDA-I*

Deterioro de la capacidad para confiar en las creencias y/o participar en los rituales de una tradición religiosa en particular.

Características definitorias

Las personas experimentan sufrimiento por la dificultad de cumplir con los rituales religiosos como:

Ceremonias religiosas

Regulaciones dietéticas

Determinada forma de vestir

Oración

Solicitud de alabanza

Observancia de las festividades

Aflicción por la separación de su comunidad religiosa*

Sufrimiento espiritual en lo que concierne a creencias religiosas, red social religiosa, o ambas

Necesidad de volver a conectar con patrones y costumbres de creencias pasados

Cuestiona los patrones y costumbres de las creencias religiosas*

Factores relacionados

Fisiopatológicos

*Relacionados con la enfermedad/trastorno**

Relacionados con el sufrimiento

*Relacionados con el dolor**

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con crisis personales secundarias a la actividad*

*Relacionados con el miedo a la muerte**

Relacionados con la vergüenza de practicar rituales espirituales

Relacionados con los obstáculos para practicar rituales espirituales

Restricciones del entorno de cuidados intensivos

Falta de disponibilidad de alimentos o

Confinamiento a una cama o habitación	dietas especiales
Falta de privacidad	Hospitalización

Relacionados con crisis dentro de la comunidad religiosa, lo cual provoca sufrimiento en el creyente

Nota de la autora

Véase *Sufrimiento espiritual*.

NOC

Bienestar espiritual.

Objetivos

La persona expresará satisfacción con la capacidad para practicar o ejercer sus creencias o prácticas, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Continúa las prácticas espirituales sin detrimento de la salud.
- Expresa disminución de los sentimientos de culpa y de la ansiedad.

NIC

Apoyo espiritual.

Intervenciones

Averiguar si la persona desea participar en una religión, práctica espiritual o ritual disponible; si es así, darle la oportunidad de hacerlo

Expresarle que usted entiende y acepta la importancia de la religión o de sus prácticas y creencias religiosas

Valorar los factores causales y contribuyentes

- Entorno hospitalario o de centro de cuidados.
- Limitaciones relacionadas con el proceso de la enfermedad o el régimen terapéutico (p. ej., no puede ponerse de rodillas porque lleva una tracción; la dieta prescrita es diferente a la dieta religiosa habitual).
- Miedo de imponerse o enfrentarse al equipo médico y enfermero con solicitudes de rituales espirituales.
- Vergüenza por las creencias o las costumbres espirituales (especialmente frecuente en los adolescentes).
- Separación de artículos, textos o entorno de importancia espiritual.
- Falta de transporte al lugar espiritual o de los servicios espirituales.

- Consejero espiritual no disponible debido a una urgencia o por falta de tiempo.

Eliminar o reducir los factores causales y contribuyentes, si es posible

Limitaciones impuestas por entorno del hospital o del centro de cuidados

- Procurar la tranquilidad y privacidad necesarias para la oración diaria, la visita del consejero espiritual y la lectura y contemplación espirituales.
  - Correr las cortinas o cerrar la puerta.
  - Apagar la televisión o la radio.
  - Pedir a recepción que no pasen llamadas, si es posible.
  - Anotar las intervenciones espirituales en la historia clínica (Kardex) e incluirlas en el plan de cuidados.
- Contactar con el consejero espiritual para aclarar las prácticas y desarrollar los ritos o servicios religiosos, si se desea.
  - Comunicarse con el consejero espiritual sobre la condición de la persona.
  - Dirigirse a los sacerdotes católicos, ortodoxos y episcopales con el apelativo "padre", a otros ministros cristianos con el de "pastor", y a los rabinos judíos con el de "rabino".
- Impedir las interrupciones durante la visita, si es posible.
- Ofrecerse a proporcionar una mesa o un puesto cubiertos con una tela blanca limpia.
- Informar a la persona sobre los servicios y materiales religiosos disponibles en la institución.

Miedo a la imposición o vergüenza

- Comunicar la aceptación de diversas creencias así como de las prácticas espirituales.
- Transmitir una actitud respetuosa y sin críticas.
- Reconocer la importancia de las necesidades espirituales.
- Expresar la buena disposición del equipo de cuidados para ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades espirituales.
- Proporcionar privacidad y asegurar la confidencialidad.

Limitaciones relacionadas con el proceso de la enfermedad o el régimen terapéutico

- Animar los rituales espirituales que no supongan un detrimento de la salud.
  - Ayudar a las personas con limitaciones físicas en las observancias espirituales y de oración (p. ej., ayudarles a sostener el rosario; ayudarles a arrodillarse, si es apropiado).
  - Ayudar en los hábitos de limpieza personal.

- Evitar afeitar la barba si es de relevancia espiritual.
- Permitir que la persona use ropa o accesorios religiosos cuando sea posible.
- Hacer los ajustes especiales para el entierro de extremidades u órganos corporales amputados.
- Permitir que la familia o el consejero espiritual lleven a cabo el cuidado ritual del cuerpo.
- Hacer los ajustes necesarios para otros rituales espirituales importantes (p. ej., circuncisión).

- Determinar si hay restricciones dietéticas. Mantener la dieta con las restricciones espirituales que no supongan un detrimento para la salud.
  - Consultar con un dietista.
  - Permitir el ayuno por períodos breves, si es posible.
  - Cambiar la dieta terapéutica, si es necesario.
  - Si es posible, permitir que la familia o los amigos le lleven alimentos especiales.
  - Pedir a los miembros del grupo religioso que suministren los alimentos en el domicilio de la persona.
  - Ser tan flexible como se pueda en la forma de servir los alimentos, horarios de comidas, etcétera.

Riesgo de deterioro de la religiosidad

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a un deterioro de la capacidad para confiar en las creencias religiosas y/o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular que puede comprometer la salud.

Factores relacionados

Véase *Deterioro de la religiosidad*.

NOC

Bienestar espiritual.

Objetivos

La persona expresará satisfacción continua con las actividades religiosas, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Continúa practicando los rituales religiosos.
- Describe un aumento del confort después de la valoración.

NIC

Apoyo espiritual.

Intervenciones

Véase *Deterioro de la religiosidad* para las intervenciones.

ESTRÉS POR SOBRECARGA

Definición de la NANDA-I*

Excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción.

Características definitorias

Informa de estrés circunstancial excesivo (p. ej., clasificación del grado de estrés en 7 o más en una escala de 10 puntos).*

Informa de impacto negativo del estrés (p. ej., síntomas físicos, malestar psicológico, sensación de estar enfermo o de que va a enfermar).*

Fisiológicas

Dolores de cabeza

Dificultad para dormir

Fatiga

Indigestión

Inquietud

Emocionales

Llanto

Irritabilidad

Nerviosismo

Abrumado

Sensación de presión*

Ira creciente*

Impaciencia creciente*

Se altera fácilmente

Sensación de estar enfermo

Sensación de tensión*

Cognitivas

Pérdida de memoria

Olvidos

Pérdida del humor

Problemas con la toma de decisiones*

Problemas para pensar con claridad

Preocupación constante

Conductuales

Aislamiento

Intolerancia

Falta de intimidad

Ingesta compulsiva

Fumar de manera excesiva

Resentimiento

Dificultad para realizar actividades*

Factores relacionados

Los factores relacionados de *Estrés por sobrecarga* representan múltiples factores estresantes que coexisten, que pueden ser fisiopatológicos, de maduración o relacionados con el tratamiento, situacionales, ambientales, personales o todos ellos. Una persona puede tener la capacidad de reducir o eliminar algunos factores, mientras que otros factores son crónicos y pueden requerir nuevas estrategias para manejar estos factores de estrés.

Fisiopatológicos

Relacionados con el afrontamiento de:

Enfermedad aguda (infarto de miocardio, fractura de cadera)

Enfermedad crónica* (artritis, depresión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica)

Enfermedad terminal*

Diagnóstico nuevo (cáncer, herpes genital, VIH, esclerosis múltiple, diabetes mellitus)

Condición que comporta una desfiguración

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con la pérdida real o anticipada de un ser querido secundaria a:

Muerte

Divorcio

Traslado

Obligaciones militares

Relacionados con el afrontamiento de:

Muerte

Guerra

Agresión

Relacionados con el cambio real o percibido en el nivel socioeconómico secundario a:

Desempleo

Nuevo empleo

Ascenso

Enfermedad

Ejecución de una hipoteca

Destrucción de la propiedad personal

Relacionados con el afrontamiento de:

Violencia familiar*

Nuevo miembro de la familia

Consumo de sustancias

Problemas de relación

Declive de la capacidad funcional de un familiar anciano

De maduración

Relacionados con el afrontamiento de:

Retiro/jubilación

Cambios económicos

Pérdida del domicilio

Pérdidas funcionales

Nota de la autora

Este diagnóstico representa a una persona en una situación abrumadora que está influida por múltiples factores estresantes. Si no reduce la sobrecarga de estrés, la persona se deteriorará y correrá el riesgo de sufrir lesiones y enfermedad.

Nota de Carpenito

- Health People 2020 tiene los siguientes objetivos, que pueden influir en el estrés y el manejo del estrés (US Department of Health and Human Service, 2015):
  - Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y el bienestar de todas las personas.
  - Mejorar la salud mental mediante la prevención y garantizando el acceso a servicios de salud mental apropiados y de calidad.
  - Reducir la enfermedad, la discapacidad y la muerte relacionada con el uso del tabaco y la exposición pasiva al humo.
  - Reducir el abuso de sustancias para proteger la salud, la seguridad y la calidad

de vida de todos, especialmente los niños.

- Mejorar la salud, el estado físico y la calidad de vida a través de la actividad física diaria.
- Mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, los lactantes, los niños y las familias.

Objetivos

La persona expresará verbalmente un intento de cambiar dos conductas para disminuir o gestionar los factores estresantes, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica los factores estresantes que se pueden controlar y aquellos que no.
- Identifica un cambio conductual satisfactorio para mejorar la gestión del estrés.
- Identifica una conducta que puede reducir o eliminar para aumentar la gestión satisfactoria del estrés.

NIC

Reducción de ansiedad, modificación de la conducta, promoción del ejercicio físico.

Intervenciones

Alerta clínica En el sitio Peaceful Parent Institute (2015) se describen los efectos del estrés crónico por sobrecarga:

La persona que creció en un ambiente relativamente relajado y emocionalmente seguro en general será capaz de identificar que sus niveles de estrés son demasiado altos y serán menos tolerantes de vivir con tales molestias en forma continua, por tanto, ser más proactivo en cuanto a satisfacer sus necesidades de autocuidado.

Sin embargo, cuando alguien crece en un ambiente emocionalmente sofocante, exigente o caótico, su cuerpo se acostumbra a los altos picos regulares de estrés y ansiedad y avalanchas de adrenalina. Por último, el estado de reposo fisiológico del niño, incluso cuando no hay una amenaza aparente, permanece en un estado de estrés elevado y un nivel de ansiedad bajo (o alto).

El resultado siempre es vivir al borde de una manera u otra, pero debido a que esto era normal como un niño, es difícil para la persona, como adulto, reconocer que necesita y merece vivir en general en un estado más relajado.

Ayudar a la persona a reconocer sus pensamientos, sentimientos, acciones y respuestas fisiológicas en referencia a una evaluación de enfoque

R: *La autoconciencia puede ayudar a la persona a replantearse y reinterpretar sus experiencias (Edelman, Kudzma, y Mandle, 2014).*

Enseñar a la persona cómo romper el ciclo de estrés en un embotellamiento de tráfico y cómo disminuir el ritmo cardíaco, las respiraciones y el intenso sentimiento de ira (Edelman y cols., 2014)

- Distraerse a propósito pensando en algo agradable.
- Participar en una actividad recreativa.
- Enseñar a usar técnicas de mini-relajación (Edelman y cols., 2014).
  - Inhalar por la nariz durante 4 segundos, exhalar por la boca durante 4 segundos.
  - Repetir esta respiración controlada y piense en algo que le haga sonreír (p. ej., un niño, su mascota).
- Referir a la persona a los recursos para que aprenda técnicas de relajación (audiovisuales, material impreso, yoga).

R: *Ante múltiples factores estresantes abrumadores, la persona puede ser asistida para diferenciar los factores estresantes que se pueden modificar o eliminar (Edelman y Mandle, 2010).*

Pedir a la persona que escriba uno o dos cambios que le gustaría hacer durante la semana siguiente

- Dieta (comer verdura una vez al día).
- Ejercicio (caminar una o dos manzanas cada día).

R: *En una persona que ya está abrumada, pequeños cambios en el estilo de vida pueden tener una mayor probabilidad de éxito y aumentarán la confianza (*Bodenheimer, MacGregor y Shariffi, 2005).*

En caso de alteraciones del sueño, véase *Insomnio*

Si se identifican como deficientes las necesidades espirituales, véase *Sufrimiento espiritual*

- Preguntar qué actividades brindan a la persona sensación de paz, alegría y felicidad. Pedirle que incorpore una de ellas cada semana.

R: *Las personas abrumadas por lo general se niegan a sí mismos tales actividades. El ocio puede romper el ciclo de estrés (Edelman y Mandle, 2014).*

- Preguntar a la persona qué es importante y si necesita un cambio en su vida.

R: *La clarificación de valores ayuda a la persona abrumada a identificar lo que es significativo y valorado y si está presente en sus hábitos reales de vida (Edelman y Mandle, 2014).*

Ayudar a la persona a fijar objetivos realistas para lograr un estilo de vida que promueva más el equilibrio de la salud

- ¿Qué es lo más importante?
- ¿Qué aspectos de su vida son los que más le gustaría cambiar?
- ¿Cuál es el primer paso?

- ¿Cuándo?

R: *Establecer objetivos realistas aumentará la confianza y el éxito (*Bodenheimer y cols., 2005).*

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Si la persona abusa de sustancias o alcohol, derivarla al profesional adecuado para tratar esos problemas.
- Si la persona sufre depresión o ansiedad grave, derivarla a orientación psicológica profesional.
- Si el funcionamiento de la familia es incapacitante, derivar a orientación familiar.

RIESGO DE SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

Definición de la NANDA-I*

Bebé vulnerable a una muerte inesperada.

Factores de riesgo

No hay un único factor de riesgo. Puede contribuir una combinación de diversos factores de riesgo (véase factores relacionados).

Factores relacionados

(*McMillan y cols., 1999)

Fisiopatológicos

Relacionados con aumento de la vulnerabilidad secundario a:

Cianosis

Hipotermia

Fiebre

Mala alimentación

Irritabilidad

Dificultades respiratorias

Taquicardia

Bajo peso al nacer*

Pequeño para la edad gestacional*

Prematuridad*

Puntuación de Apgar baja* (< 7)

Antecedentes de diarrea, vómitos, o apatía 2 semanas antes de la muerte

Taquipnea

Relacionados con aumento de la vulnerabilidad secundario a los siguientes problemas maternos prenatales:

Anemia*
Infección de las vías urinarias
Poco aumento de peso
Infecciones de transmisión sexual

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con aumento de la vulnerabilidad secundario a las siguientes causas maternas:

Tabaquismo*
Consumo de sustancias durante el embarazo
Falta de lactancia materna*
Cuidado prenatal inadecuado*
Niveles educativos bajos*
Madre soltera*
Embarazo múltiple en primigesta
Juventud (< 20 años)*
Embarazo adolescente*

Relacionados con aumento de la vulnerabilidad secundario a:

Vivir en condiciones de hacinamiento*
Dormir boca abajo*
Nivel socioeconómico bajo
Ambiente frío
Estado económico familiar deficiente

Relacionados con aumento de la vulnerabilidad secundario a:

Sexo masculino*
Indios nativos americanos*
Nacimientos múltiples
Origen africano*
Muerte previa en la familia por síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)

NOC

Conocimientos: salud madre-hijo, control de riesgos: consumo de tabaco, control de riesgos, conocimientos: seguridad del lactante.

Objetivos

El cuidador reducirá o eliminará los factores de riesgo modificables, evidenciado por

los siguientes indicadores:

- Coloca al lactante boca arriba o de lado.
- No fuma en casa, cerca del lactante ni durante el embarazo.
- Participa en los cuidados médicos prenatales y neonatales.
- Mejora la salud materna (p. ej., trata la anemia, promueve una nutrición óptima).
- Participa en un programa para la adicción a las drogas y el alcohol, si es necesario.

NIC

Enseñanza: seguridad del lactante, identificación de riesgos.

Intervenciones

Explicar el SMSL a los cuidadores e identificar los factores de riesgo similares a otras muertes infantiles relacionadas con el sueño, incluso las atribuidas a sofocación, asfixia y atrapamiento (Corwin, 2015)

Reducir o eliminar los factores de riesgo que pueden ser modificados (Corwin, 2015)

- Factores maternos:
  - Edad materna joven < 20.
  - Tabaquismo materno durante el embarazo.
  - Cuidado prenatal insuficiente o ausencia de cuidado.
- Factores infantiles y ambientales:
  - Nacimiento prematuro o bajo peso al nacer.
  - Posición boca abajo para dormir.
  - Dormir sobre una superficie blanda y con accesorios de cama, como mantas y almohadas sueltas.
  - Compartir cama (p. ej., dormir en la cama de los padres).
  - Sobrecalentamiento.
- Colocar al lactante boca arriba.
- Usar una tetina.
- Evitar el sobrecalentamiento del lactante durante el sueño (p. ej., ropa excesiva, ropa de cama, habitación caliente).
- Reducir los riesgos de sofocación:
  - Evitar ropa suelta o suave (p. ej., colchones).
  - Evitar almohadas, posicionadores para dormir.

- Evitar dormir con el lactante (Anderson, 2000).

- No exponer al lactante a humo de tabaco.
- Evitar usar asientos de coche para dormir fuera del mismo. Por lo común no se deben utilizar los asientos de coche, carriolas o columpios para dormir porque la posición decaída puede inhibir la respiración.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Estudiar estrategias para dejar de fumar (véase *Tabaquismo* en el índice).
- Proporcionar números de emergencia, según lo indicado.
- Derivar a organismos sociales, si está indicado.

RETRASO EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA

Retraso en la recuperación quirúrgica

Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica

Definición de la NANDA-I*

Aumento del número de días del posoperatorio requeridos para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Características definitorias

Posponer la reanudación de las actividades laborales*

Requerir ayuda para completar el autocuidado*

Pérdida del apetito con o sin náuseas*

Fatiga*

Percibir que se necesita más tiempo para recuperarse*

Evidencia de una interrupción en la curación del área quirúrgica (p. ej., rubicundez, induración, drenaje, inmovilizado)*

Dificultad para moverse*

Obstrucción/estasis venosa

Nota de la autora

Este diagnóstico representa a una persona que no ha logrado recuperarse de un procedimiento quirúrgico en el tiempo previsto. Según las características definitorias de

la NANDA-I, a veces surge una confusión sobre la diferencia entre las características definitorias (signos y síntomas) y los factores relacionados. Un uso posible de este diagnóstico es como diagnóstico de riesgo. Podrían identificarse aquellas personas que sufren un mayor riesgo de *Retraso en la recuperación quirúrgica* (p. ej., personas obesas, con diabetes mellitus o cáncer) e instaurar las intervenciones para prevenir esa situación. El diagnóstico no se ha desarrollado lo suficiente para su uso clínico. Esta autora recomienda usar otro diagnóstico enfermero, como *Déficit de autocuidados, Dolor agudo* o *Desequilibrio nutricional.*

Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica

Definición

Vulnerable a un aumento del número de días del posoperatorio requeridos para iniciar y realizar actividades para mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Calificación ≥ 3 en la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA)

Diabetes mellitus

Edema en el sitio quirúrgico

Cirugía mayor

Extremos de la vida

Antecedentes de retraso en la curación de las heridas

Deterioro de la movilidad

Desnutrición

Obesidad

Dolor

Procedimiento quirúrgico prolongado

Infección del sitio quirúrgico perioperatorio

Náusea persistente

Vómito persistente

Agente farmacéutico

Respuesta emocional posoperatoria

Trastorno psicológico en el posoperatorio

Contaminación del sitio quirúrgico

Traumatismo en el sitio quirúrgico

Nota de la autora

Un nuevo diagnóstico enfermero de la NANDA-I, *Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica*, es un diagnóstico enfermero clínicamente útil para designar a las personas que corren el riesgo de una transición tardía al hogar. Los factores que aumentan el riesgo de infección de una persona suelen estar relacionados con una transición tardía. El cuidado de enfermería debe ser más agresivo en la reducción de factores que contribuyen a la infección como la diabetes mellitus no controlada y el consumo de tabaco. Además, es imperativo un estricto control ambiental para prevenir la transferencia de la infección al individuo comprometido.

Objetivos

NOC

Véase Retraso en la recuperación quirúrgica.

Intervenciones

NIC

Véase Retraso en la recuperación quirúrgica.

Valorar los siguientes factores de riesgo. Total del número de factores de riesgo de (1 a 10) en (). Cuanto mayor sea el puntaje, mayor será su riesgo. Por ejemplo, un individuo que fuma, tiene diabetes mellitus y es obeso tiene una puntuación total de 15. El diagnóstico puede ser escrito como de *Alto riesgo para el retraso en la recuperación quirúrgica* (15) o agregar los factores de riesgo, por ejemplo, como *Alto riesgo para retraso de la curación quirúrgica* relacionado con la obesidad, la diabetes mellitus y el consumo de tabaco.

- Colonización de microorganismos por infección (1).
  - Se observó la colonización de nares preoperatorias con *Staphylococcus aureus* en el 30% de las poblaciones más saludables, en especial *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM), predispone a las personas a tener un mayor riesgo de infección del sitio quirúrgico (Price y cols., 2008).
- Infección del sitio del cuerpo remoto preexistente (1).
- Herida preoperatoria contaminada o sucia (por ejemplo, después de un trauma) (1).
- Esteroides glucocorticoides (2).
- Uso del tabaco (3).
- Desnutrición (4).
- Obesidad (5).
- Hiperglucemia perioperatoria (6).

- Diabetes mellitus (7).
- Alteración de la respuesta inmunitaria (8).
- Consumo crónico de alcohol/intoxicación aguda por alcohol (9).

Monitorear el sitio quirúrgico en caso de sangrado, dehiscencia, hematoma, cierre incisional inadecuado

Vigilar en caso de signos de íleo paralítico

- Ausencia de sonidos intestinales.
- Náusea, vómito.
- Distensión abdominal.

Explicar los efectos de la nicotina (cigarros, puros sin humo) en la circulación

- Si la persona deja de fumar antes de la cirugía, subrayar la importancia de continuar con el hábito de no fumar para reducir el riesgo de infección. Consultar en thePoint el tema Cómo empezar a dejar de fumar en http://thePoint.lww.com/Carpenito6e e imprima la guía para la persona.

Consultar diagnósticos enfermeros específicos para reducir los factores de riesgo si está dispuesto al cuidado de enfermería como

- *Desequilibrio nutricional.*
- *Obesidad.*
- *Propensión a conductas de riesgo para la salud* (p. ej., alcohol, uso del tabaco).
- *Manejo ineficaz de la salud* relacionado con (especificar) como se muestra por los niveles de glucosa no controlados.
- *Falta de compromiso* relacionado con (especificar) como se muestra por el manejo inadecuado de la enfermedad (especificar).

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Explicar la curación de heridas y las precauciones necesarias.
- Hacer énfasis en la importancia de una buena hidratación y una buena nutrición.
- Demostrar el cuidado de la herida; observar a un allegado o a la persona hacer la curación de la herida.
- Hacer arreglos para una consulta de una enfermería de cuidados domiciliarios.

PERFUSIÓN TISULAR INEFICAZ[50]

Perfusión tisular ineficaz

Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca

Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz

Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz

Perfusión tisular periférica ineficaz

Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz

Riesgo de disfunción neurovascular periférica

Riesgo de perfusión renal ineficaz

Definición

Disminución de la cantidad de oxígeno que provoca una deficiencia para nutrir los tejidos a nivel capilar.

Nota de la autora

El uso de cualquier diagnóstico de *Perfusión tisular ineficaz* diferente del de *Periférico* simplemente renombra los diagnósticos médicos, estas etiquetas no describen el enfoque o la responsabilidad de las enfermeras.

Cuando se usan estos diagnósticos, las enfermeras no pueden ser responsables de prescribir las intervenciones para el logro de los resultados. En lugar de usar *Perfusión tisular ineficaz*, la enfermera debe centrarse en los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración aplicables debidos al deterioro de la perfusión tisular renal, cardíaca, cerebral, pulmonar o gastrointestinal. Véase la Sección 3 para problemas de colaboración concretos, por ejemplo: *RC de aumento de la presión intracraneal, RC de hemorragia gastrointestinal, Riesgo de disminución del gasto cardíaco, Riesgo de insuficiencia renal, Riesgo de hipoxemia*.

Perfusión tisular periférica ineficaz puede ser un diagnóstico enfermero clínicamente útil si se usa para describir la insuficiencia venosa o arterial crónica o una posible tromboflebitis. (Por el contrario, una embolia aguda y tromboflebitis representan problemas de colaboración.) Una enfermera que se centre en la prevención de la tromboflebitis en una persona durante el posoperatorio anotaría el diagnóstico *Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz relacionado con inmovilidad posoperatoria y deshidratación.*

Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una disminución de la circulación cardíaca (coronaria) que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo*

Agente farmacéutico* (efectos secundarios de la combinación de pastillas)[51]

Cirugía cardiovascular* (tratamiento)

Taponamiento cardíaco* (urgencia clínica)

Espasmo de la arteria coronaria* (urgencia clínica)

Diabetes mellitus* (diagnóstico médico con múltiples complicaciones asociadas a estilos de vida de riesgo pero modificables)

Consumo de sustancias* (situaciones clínicas con múltiples complicaciones)

Elevación de proteína C reactiva* (análisis de laboratorio positivo)

Antecedentes familiares de enfermedad arterial coronaria* (factor asociado con estilos de vida de riesgo pero modificables)

Hiperlipidemia* (diagnóstico médico con estilos de vida de riesgo pero modificables)

Hipertensión* (diagnóstico médico con múltiples complicaciones asociadas con estilos de vida de riesgo pero modificables)

Hipoxemia* (complicación)

Hipovolemia* (complicación)

Hipoxia* (complicación)

Abuso de sustancias (diagnóstico médico)

Conocimiento insuficiente acerca de los factores de riesgo modificables (p. ej., fumar, estilo de vida sedentario, obesidad)[2]

(Estos factores relacionados son más apropiados para los diagnósticos enfermeros de *Riesgo de tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud* y *Gestión ineficaz de la salud.*)

Nota de la autora

Este diagnóstico enfermero de la NANDA-I representa un grupo de factores de riesgo con diferentes implicaciones clínicas. Algunos incluyen una serie de complicaciones fisiológicas que se relacionan con la situación y pueden clasificarse como *Riesgo de complicaciones de la cirugía cardíaca, RC del síndrome coronario agudo,* y *RC de diabetes mellitus.* Algunas son complicaciones únicas como *RC de hipovolemia* y *RC de hipoxia.* Véase la Sección 3, Problemas de colaboración.

Por ejemplo, *Riesgo de complicaciones por el consumo de cocaína* describiría el control y tratamiento de las complicaciones como shock cardiovascular, convulsiones, coma, insuficiencia respiratoria, enfermedad vascular cerebral e hiperpirexia. Estas complicaciones son diferentes de *Riesgo de complicaciones por abuso de alcohol* que

describe el control y tratamiento de las complicaciones de *delirium tremens,* convulsiones, hiperactividad, hipovolemia, hipoglucemia, alucinaciones alcohólicas o shock cardiovascular.

Algunas complicaciones son urgencias médicas como el taponamiento cardíaco, el espasmo o la oclusión arterial coronaria; todas ellas cuentan con protocolos para intervenciones médicas.

Si se necesita un diagnóstico para esta situación clínica, usar *Riesgo de complicaciones por reacciones adversas del tratamiento con medicamentos,* específicamente, *Riesgo de complicaciones del tratamiento combinado con anticonceptivos.*

Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una disminución de la circulación tisular cerebral que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo*

Tiempo de tromboplastina parcial anormal

Segmento ventricular izquierdo acinético

Disección arterial

Mixoma auricular

Estenosis carotídea

Coagulopatías (p. ej., anemia de células falciformes)

Coagulación intravascular diseminada

Traumatismo cerebral

Hipertensión

Trombosis de la aurícula izquierda

Estenosis mitral

Infarto de miocardio reciente

Consumo de sustancias

Tiempo de protrombina anormal

Aterosclerosis aórtica

Fibrilación auricular

Tumor cerebral

Aneurisma cerebral

Cardiomiopatía dilatada

Embolia

Hipercolesterolemia

Endocarditis

Válvula protésica mecánica

Neoplasia cerebral

Síndrome del seno enfermo

Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (derivación [*bypass*] cardiopulmonar, fármacos)	Terapia trombolítica

Nota de la autora

Este diagnóstico enfermero de la NANDA-I representa un grupo de factores de riesgo que tiene implicaciones clínicas muy diferentes. Algunas de ellas son fisiológicas y se relacionan con un diagnóstico o tratamiento médico que puede clasificarse como *Riesgo de complicaciones por traumatismo craneoencefálico*, *RC de tumor cerebral* o *RC de terapia trombolítica*. Estas situaciones clínicas tienen diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración que requieren intervenciones.

Por ejemplo, *Riesgo de complicaciones por cirugía craneal* tendría los siguientes problemas de colaboración:

- *Riesgo de complicaciones de aumento de la presión intracraneal.*
- *Riesgo de complicaciones de hemorragia, hipovolemia/shock.*
- *Riesgo de complicaciones de tromboembolia.*
- *Riesgo de complicaciones de disfunción de los pares craneales.*
- *Riesgo de complicaciones de disritmias cardíacas.*
- *Riesgo de complicaciones de convulsiones.*
- *Riesgo de complicaciones de alteraciones sensitivas/motoras.*

Diagnósticos enfermeros asociados con esta situación clínica:

- *Ansiedad* ante la cirugía inminente y miedo a los resultados.
- *Dolor* agudo relacionado con la compresión o desplazamiento del tejido cerebral y el aumento de la presión intracraneal.
- *Riesgo de gestión ineficaz de la salud* relacionado con un conocimiento insuficiente del cuidado de la herida, de los signos y síntomas de las complicaciones, de las restricciones y de los cuidados de control y seguimiento.

Objetivos/Intervenciones

Consultar la Sección 3 para los problemas de colaboración específicos bajo *Riesgo de complicaciones de disfunción neurológica*.

Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una disminución de la circulación gastrointestinal que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo*

Aneurisma de aorta abdominal

Síndrome compartimental abdominal

Tiempo de tromboplastina parcial anormal

Tiempo de protrombina anormal

Sangrado gastrointestinal agudo

Hemorragia gastrointestinal aguda

Edad > 60 años de edad

Anemia

Coagulopatías (p. ej., anemia de células falciformes)

Diabetes mellitus

Coagulación intravascular diseminada

Sexo femenino

Gastroparesia (p. ej., diabetes mellitus)

Enfermedad gastrointestinal

Úlcera, colitis isquémica, pancreatitis isquémica

Evento vascular cerebral; eyección ventricular izquierda disminuida

Deterioro de la función hepática (p. ej., cirrosis, hepatitis)

Deficiente del desempeño ventricular izquierdo

Inestabilidad hemodinámica

Infarto de miocardio

Enfermedad renal (p. ej., riñón poliquístico, estenosis de la arteria renal, fallo renal)

Nota de la autora

Este diagnóstico es demasiado general para su uso clínico pues representa diversas complicaciones relacionadas con la perfusión gastrointestinal. Estas complicaciones son problemas de colaboración y deben separarse en complicaciones más específicas como:

- *Riesgo de complicaciones de hemorragia gastrointestinal.*
- *Riesgo de complicaciones de íleo paralítico.*
- *Riesgo de complicaciones de hipovolemia/shock.*

Objetivos/Intervenciones

Véase la Sección 3, para objetivos e intervenciones de *Riesgo por complicaciones de hemorragia gastrointestinal* o *Íleo paralítico* o *Shock/hipovolemia.*

Perfusión tisular periférica ineficaz

Definición de la NANDA-I*

Disminución de la circulación sanguínea periférica que compromete la salud.

Características definitorias

Presencia de uno de los siguientes tipos (véanse Conceptos clave para las definiciones):

Claudicación intermitente (arterial)*

Dolor en reposo (arterial)

Cambios en el color de la piel*

Hiperemia reactiva (arterial)

Cambios en la temperatura de la piel

Más caliente (venosa)

Llenado capilar mayor de 3 s (arterial)*

Edema* (venoso)

Alteración de la función motora (arterial)

Uñas duras y gruesas

Dolor intenso (arterial o venoso)

Disminución o ausencia de pulsos arteriales* (arterial)

Palidez (arterial)

Cianosis (venosa)

Más fría (arterial)

Disminución de la presión sanguínea (arterial)

Cambio en la función sensitiva (arterial)

Cambios tróficos en los tejidos (arterial)

Pérdida del vello

Heridas que no cicatrizan

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con flujo sanguíneo comprometido secundario a:

Trastornos vasculares

- Arteriosclerosis
- Enfermedad/síndrome de Raynaud

Trombosis arterial
Crisis de células falciformes
Artritis reumatoide
Diabetes mellitus
Hipotensión
Discrasias sanguíneas
Insuficiencia renal
Cáncer/tumor
Síndrome de Leriche
Aneurisma
Enfermedad de Buerger
Enfermedad vascular del colágeno
Alcoholismo
Hipertensión venosa
Varices
Trombosis venosa profunda
Cirrosis

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con inmovilización

Relacionados con la presencia de vías invasivas

Relacionados con zonas de constricción/presión (vendas elásticas de compresión, medias, sujeciones)

Relacionados con traumatismo o compresión de los vasos sanguíneos

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con la presión sobre los vasos pélvicos por el agrandamiento del útero

Relacionados con la presión sobre los vasos pélvicos por el agrandamiento del abdomen

Relacionados con los efectos vasoconstrictores del tabaco

Relacionados con la disminución del volumen circulatorio secundario a deshidratación

Relacionados con estasis venosa postural

Relacionados con hipotermia

Relacionados con la presión de la masa muscular secundaria a levantamiento de pesos

Nota de la autora

Véase *Perfusión tisular periférica ineficaz.*

NOC

Funciones sensitivas: cutánea, integridad tisular, perfusión tisular: periférica.

Objetivos

La persona informará de una disminución del dolor, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Define el problema vascular periférico con sus propias palabras.
- Identifica los factores que mejoran la circulación periférica.
- Identifica los cambios de estilo de vida necesarios.
- Identifica el régimen médico, la dieta, los medicamentos, las actividades que promueven la vasodilatación.
- Identifica los factores que inhiben la circulación periférica.
- Indica cuándo contactar con un médico o un profesional del cuidado de la salud.

NIC

Gestión de la sensibilidad periférica, cuidados circulatorios: insuficiencia venosa, cuidados circulatorios: insuficiencia arterial, cambios posturales, promoción del ejercicio físico.

Intervenciones

Valorar los factores causales y contribuyentes

- Enfermedad subyacente.
- Inhibición del flujo sanguíneo arterial.
- Inhibición del flujo sanguíneo venoso.
- Exceso o déficit de volumen de líquidos.
- Hipotermia o vasoconstricción.
- Actividades relacionadas con el inicio de síntomas o signos.

Promover factores que mejoren el flujo arterial

- Mantener la extremidad en una posición dependiente.
- Mantener la extremidad tibia (no usar un cojín de calor o una botella de agua caliente).

Reducir el riesgo por traumatismo

- Cambiar de postura al menos cada hora.
- No cruzar las piernas.
- Reducir los puntos de presión externa (inspeccionar los zapatos diariamente buscando rugosidades en el forro).
- Evitar los protectores de talones de badana (aumentan la presión en los talones y en el dorso del pie).
- Animar a realizar ejercicios de amplitud de movimientos.

- Discutir dejar de fumar (véase *Gestión ineficaz de la salud relacionada con el consumo de tabaco*).

Promover los factores que mejoran el flujo sanguíneo venoso

- Elevar la extremidad por encima del nivel del corazón (puede estar contraindicado si existe trastorno cardíaco o respiratorio grave).
- No estar de pie o sentado con las piernas por debajo del nivel del corazón durante períodos prolongados.
- Considerar el uso de medias elásticas de compresión.

Enseñar a la persona a

- Evitar las almohadas debajo de las rodillas o los armazones en la cama que elevan las rodillas.
- No cruzar las piernas.
- Cambiar de postura y mover las extremidades y los dedos de las manos y de los pies cada hora.
- Evitar ligas y medias elásticas apretadas por encima de las rodillas.
- Medir la circunferencia basal de las pantorrillas y muslos si la persona está en riesgo de sufrir una trombosis venosa profunda, o si se sospecha que lo puede estar.

Planear un programa diario de caminata

- Véase *Estilo de vida sedentario* para intervenciones específicas.

Iniciar la educación para la salud, según esté indicado

- Enseñar a la persona a:
  - Evitar viajes largos en coche o avión (levantarse y caminar al menos cada hora).
  - Mantener lubricada la piel seca (la piel agrietada elimina la barrera física ante una infección).
  - Abrigarse si el clima es frío.
  - Usar calcetines de algodón o lana.
  - Usar guantes o mitones si las manos están expuestas al frío (incluidos los congeladores domésticos).
  - Evitar la deshidratación cuando hace calor.
  - Prestar especial atención a los pies y dedos de los pies:
    - Lavar y secar bien los pies diariamente.
    - No tener los pies mojados.
    - Evitar los jabones agresivos o productos químicos (como el yodo) en los pies.

- Mantener las uñas bien cortadas y limadas con suavidad.
- Inspeccionar los pies y las piernas diariamente para localizar heridas y puntos de presión.
- Usar calcetines limpios.
- Usar zapatos que ofrezcan soporte y se ajusten cómodamente.
- Inspeccionar el interior de los zapatos diariamente para localizar rugosidades en el forro.

Explicar la relación de determinados factores de riesgo con el desarrollo de la aterosclerosis

- Fumar.
- Vasoconstricción.
- Presión sanguínea elevada.
- Disminución de oxígeno en sangre.
- Aumento de la lipemia.
- Aumento de la agregación plaquetaria.
- Hipertensión/hiperlipidemia.
- Estilo de vida sedentario.
- Sobrepeso (más del 10% del ideal).
- Derivar a los recursos existentes en la comunidad para los cambios del estilo de vida.

Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo*

Edad > 60 años

Conocimientos deficientes de los factores agravantes (p. ej., fumar, estilo de vida sedentario, traumatismos, obesidad, ingesta de sal, inmovilidad)

Conocimientos deficientes del proceso de la enfermedad (p. ej., diabetes mellitus, hiperlipidemia)

Diabetes mellitus

Procedimientos endovasculares

Hipertensión

Estilo de vida sedentario

Tabaquismo

Objetivos

Véase *Perfusión tisular periférica ineficaz*.

Intervenciones

Véase *Perfusión tisular periférica ineficaz*.

Riesgo de disfunción neurovascular periférica

Definición

Riesgo de interrupción de la circulación, sensibilidad o movimiento de una extremidad.

Factores de riesgo

Fisiopatológicos

Relacionados con aumento del volumen de (especificar la extremidad) secundario a:

Hemorragia (p. ej., traumatismo,* fracturas*)

Obstrucción*/estasis venosa

Obstrucción arterial

Trastornos de la coagulación

Relacionados con aumento del filtrado capilar secundario a:

Respuesta alérgica (p. ej., picadura de insectos)

Traumatismo

Quemaduras graves (térmicas, eléctricas)

Congelación

Síndrome nefrótico

Mordeduras venenosas (p. ej., serpiente)

Hipotermia

Relacionados con constricción del vendaje secundaria a quemaduras circunferenciales

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con aumento del filtrado capilar secundario a:

Artroplastia de rodilla

Artroplastia de cadera

Relacionados con constricción del vendaje secundaria a:

Torniquete

Vendas Ace

Dispositivos de constricción

Inmovilizadores

Pantalones neumáticos o *antishock*

Tracción excesiva

Férulas de aire

Apósitos circunferenciales

Escayola

Cierre prematuro o hermético de defectos de la fascia

Nota de la autora

Este diagnóstico representa una situación en la que las enfermeras pueden prevenir las complicaciones al identificar a las personas con riesgo e instaurar medidas para reducir o eliminar los factores causales o contribuyentes. El *Riesgo de disfunción neurovascular periférica* puede cambiar a síndrome compartimental. El *RC de síndrome compartimental* es la per fusión tisular inadecuada en un músculo (en general, un brazo o una pierna) causada por edema, que obstruye el flujo venoso o arterial y comprime los nervios. El enfoque enfermero para el *Síndrome compartimental* es diagnosticar los primeros síntomas y signos y notificarlos al médico. Las intervenciones médicas requeridas para resolver el problema son quirúrgicas, como la evacuación de hematomas, reparar los vasos dañados o la fasciotomía. Véase *RC de síndrome compartimental* en http://thepoint.lww.com/espanol-Carpenito14e para intervenciones específicas para ambos diagnósticos. Los estudiantes deben consultar con su profesor las indicaciones para usar *Riesgo de disfunción vascular periférica* o *RC de síndrome compartimental*.

Objetivos

Véase *Riesgo de complicaciones del síndrome compartimental* en la Sección 3.

Intervenciones

Véase *Riesgo de complicaciones del síndrome compartimental* en la Sección 3.

Riesgo de perfusión renal ineficaz

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una disminución de la circulación sanguínea renal que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo*

Síndrome compartimental abdominal

Edad avanzada

Necrosis cortical bilateral

Quemaduras

Cirugía cardíaca

Derivación (*bypass*) cardiopulmonar

Diabetes mellitus

Exposición a toxinas

Glomerulonefritis en la mujer

Hiperlipidemia

Hipertensión

Hipovolemia

Hipoxemia

Hipoxia

Infección (p. ej., sepsis, infección localizada)

Tumor maligno

Hipertensión maligna

Acidosis metabólica

Traumatismos múltiples

Pielonefritis

Estenosis arterial renal

Enfermedad renal (riñón poliquístico)

Tabaquismo

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica

Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (p. ej., fármacos, cirugía)

Vasculitis por embolia vascular

Nota de la autora

Este diagnóstico de la NANDA-I representa una complicación potencial que es un problema de colaboración: *Riesgo de complicaciones por insuficiencia renal.*

Si la situación es un diagnóstico médico de insuficiencia renal aguda o enfermedad renal crónica, el hecho de usar *Riesgo de complicaciones por insuficiencia renal aguda* incluiría los siguientes problemas de colaboración:[52]

- *Riesgo de complicaciones de sobrecarga de líquidos.*

- *Riesgo de complicaciones de acidosis metabólica.*
- *Riesgo de complicaciones de albuminemia aguda.*
- *Riesgo de complicaciones de hipertensión.*
- *Riesgo de complicaciones de edema pulmonar.*
- *Riesgo de complicaciones de arritmias.*
- *Riesgo de complicaciones de hemorragia gastrointestinal.*

Diagnósticos enfermeros asociados con esta situación clínica:

- *Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.*
- *Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionada con anorexia, náuseas, vómitos, pérdida del sentido del gusto y del olfato, estomatitis y restricciones dietéticas.*
- *Riesgo de deterioro de la integridad tisular relacionado con la retención de desechos metabólicos, el aumento de la fragilidad capilar y la disfunción plaquetaria.*

Objetivos/Intervenciones

Véase la Sección 3 para los objetivos e intervenciones de *Riesgo de complicaciones por insuficiencia renal*.

Véase la Sección 2 para objetivos e intervenciones de diagnósticos enfermeros específicos relacionados.

DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

Deterioro de la eliminación urinaria

Enuresis madurativa‡

Incontinencia urinaria funcional

Incontinencia urinaria refleja

Incontinencia urinaria de esfuerzo

Incontinencia urinaria continua

Incontinencia urinaria de urgencia

Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia

Incontinencia urinaria por rebosamiento

Definición de la NANDA-I*

Disfunción en la eliminación urinaria.

Características definitorias

Mayores (deben estar presentes una o más)

Informa de, o experimenta, un problema de eliminación urinaria, como:

Urgencia*
Goteo
Frecuencia*
Distensión vesical
Dificultad para iniciar la micción*
Gran cantidad de orina residual
Nicturia*
Incontinencia*
Disuria*
Enuresis
Retención*

‡*Nota de la revisora*: este diagnóstico no está en la NANDA-I.

Factores relacionados

(Burakgazi y cols., 2011)

Fisiopatológicos

Relacionados con vaciado vesical incompleto secundario a:

Anomalías congénitas de las vías urinarias

Relacionados con una disminución en la capacidad vesical o con irritación de la vejiga secundaria a:

Infección*
Glucosuria
Traumatismo
Carcinoma
Uretritis

Relacionados con una disminución de los signos vesicales o con deterioro de la capacidad para reconocerlos secundaria a:

Lesión/tumor/infección medular
Neuropatía diabética
Lesión/tumor/infección cerebral
Neuropatía alcohólica
Accidente cerebrovascular
Tabes dorsal
Enfermedades desmielinizantes
Parkinsonismo
Esclerosis múltiple
Agentes α-adrenérgicos

*Relacionados con deterioro sensitivomotor**

*Relacionados con causalidad múltiple**

*Relacionados con obstrucción anatómica**

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con los efectos de una cirugía en el esfínter vesical secundarios a:

Posprostatectomía

Disección pélvica generalizada

Relacionados con la instrumentación diagnóstica

Relacionados con la disminución del tono muscular secundaria a:

Anestesia general o raquídea

Tratamiento farmacológico (yatrógeno)

- Antihistamínicos
- Tratamiento con inmunodepresores
- Epinefrina
- Diuréticos
- Anticolinérgicos
- Tranquilizantes
- Sedantes
- Relajantes musculares
- Después del uso de una sonda vesical permanente

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con debilidad de los músculos del suelo pélvico secundaria a:

- Obesidad
- Parto
- Envejecimiento
- Pérdida reciente y considerable de peso

Relacionados con incapacidad para comunicar las necesidades

Relacionados con obstrucción del drenaje vesical secundaria a:

Impactación fecal

Estreñimiento crónico

Relacionados con una disminución del tono muscular vesical secundaria a:

Deshidratación

Relacionados con una disminución de la atención a los signos vesicales secundaria a:

- Depresión
- Supresión intencional

Delirio

(desacondicionamiento autoinducido)

Confusión

Relacionados con obstáculos del entorno para acceder al baño secundarios a:

Inodoros alejados
Mala iluminación
Entorno desconocido

Cama demasiado alta
Barandillas de protección

Relacionados con incapacidad para llegar al inodoro a tiempo secundaria a:

Consumo de alcohol o cafeína

Deterioro de la movilidad

De maduración

Niño

Relacionados con poca capacidad vesical

Relacionados con falta de motivación

Nota de la autora

En Estados Unidos, 17 millones de personas padecen incontinencia urinaria, lo que crea una carga financiera de más de 76 millones de dólares tanto a las personas como al sistema de salud (Testa, 2015).

Deterioro de la eliminación urinaria es un diagnóstico demasiado general para que tenga un uso clínico eficaz; para que sea útil, la enfermera debe reunir más información y con ella buscar un diagnóstico más específico, como *Incontinencia urinaria de esfuerzo,* siempre que sea posible. Si no se hubiera identificado la etiología o los factores contribuyentes de la incontinencia, la enfermera podría escribir un diagnóstico temporal de *Deterioro de la eliminación urinaria* relacionado con etiología desconocida, evidenciado por la incontinencia.

La enfermera realiza una valoración focalizada para determinar si la incontinencia es transitoria, en respuesta a una condición aguda (p. ej., infección, efectos secundarios de la medicación), o establecida en respuesta a diversas patologías genitourinarias o neurológicas crónicas (Miller, 2015). Además, la enfermera debe distinguir el tipo de incontinencia: funcional, refleja, de esfuerzo o de urgencia.

Objetivos

La persona será continente (especificar durante el día, la noche, las 24 h), evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica las causas de la incontinencia.
- Da razones para los tratamientos.

Intervenciones

Determinar si hay una causa aguda del problema

- Infección (p. ej., de las vías urinarias, por enfermedad de transmisión sexual).
- Enfermedad renal.
- Litiasis renal.
- Efectos de la medicación.
- Efectos de la anestesia.

Derivar a un urólogo si se determina una causa aguda

Si el problema es la incontinencia, valorar para determinar el tipo

- Antecedentes de continencia.
- Comienzo y duración (día, noche, en determinados momentos).
- Factores que aumentan la incidencia:
  - Toser.
  - Reír.
  - Estar de pie.
  - Girarse en la cama.
  - Tardar en ir al inodoro.
  - Nerviosismo.
  - Al salir del baño.
  - Correr.
- Percepción de la necesidad de orinar: presente, ausente, disminuida.
- Capacidad de retrasar la emisión de la orina después de sentir la urgencia.
- Alivio después de orinar:
  - Completo.
  - Deseo continuo de orinar después de haber vaciado la vejiga (tenesmo vesical).

Véase el tipo específico de incontinencia usando la información de la valoración

Enuresis madurativa[53]

Definición

Estado en el que un niño sufre una micción involuntaria durante el sueño que no tiene un origen fisiopatológico.

Características definitorias

Informe de episodios de pérdida involuntaria de orina durante el sueño.

Factores relacionados

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con factores estresantes (escuela, hermanos)

Relacionados con falta de atención a los signos vesicales

Relacionados con un entorno desconocido

De maduración

Niño

Relacionados con poca capacidad vesical

Relacionados con falta de motivación

Relacionados con una conducta que pretende llamar la atención

Nota de la autora

La enuresis puede ser debida a factores fisiológicos o madurativos. Si hay enuresis deben descartarse algunas etiologías, como contracciones, infección de las vías urinarias, estreñimiento, epilepsia nocturna y diabetes. Estas situaciones no representan diagnósticos enfermeros.

Cuando la enuresis se debe a poca capacidad vesical, incapacidad de percibir los signos vesicales debido a sueño profundo, falta de atención ante los signos vesicales, o está relacionada con una cuestión de madurez (p. ej., un nuevo hermano, presión en la escuela), el diagnóstico enfermero apropiado sería *Enuresis madurativa.* Los problemas psicológicos no suelen ser la causa de la enuresis, aunque ésta puede ser resultado de la falta de comprensión o insensibilidad ante el problema. Deben evitarse las intervenciones que castigan o avergüenzan al niño.

NOC

Continencia urinaria, conocimientos: enuresis, funcionamiento familiar.

Objetivos

El niño permanecerá seco durante el ciclo de sueño, evidenciado por el siguiente indicador:

- Tanto el niño como su familia enumeran los factores que disminuyen la enuresis.

NIC

Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis, control del esfínter vesical, orientación previa, apoyo familiar.

Intervenciones

Preguntar sobre el patrón de la enuresis, incluyendo preguntas como

- ¿Cuántas noches por semana moja la cama?
- ¿Cuántas veces por la noche moja la cama?
- ¿Parece haber una gran cantidad de orina?
- ¿A qué hora de la noche ocurre la enuresis?
- ¿El niño o joven se despierta después de la enuresis?

Preguntar sobre la presencia de síntomas diurnos a un niño o joven que moja la cama, incluyendo

- Frecuencia diurna (es decir, pasa la orina más de siete veces al día).
- Urgencia diurna.
- Ocurre la enuresis en el día.
- Pasa la orina con poca frecuencia (menos de cuatro veces al día).
- Esfuerzo abdominal o deficiencia del flujo urinario.
- Hay dolor al orinar.

Preguntar sobre los patrones del uso del inodoro durante el día en un niño o joven que moja la cama, incluyendo

- Si los síntomas durante el día ocurren sólo en algunas situaciones.
- Evitar los baños en la escuela u otros lugares.
- Si el niño o joven acude al inodoro con más o menos frecuencia que sus compañeros.

Evaluar si el niño o joven tiene alguna comorbilidad o hay otros factores por considerar, en particular

- Estreñimiento o defecar en la ropa.
- Problemas de desarrollo, atención o aprendizaje.
- Diabetes mellitus.

- Problemas conductuales o emocionales.
- Problemas familiares o un niño o joven o familia vulnerables.

Cambio reciente o factor estresante; escuela, compañeros de trabajo, nuevo integrante de la familia, reubicación, problemas familiares (financiero, enfermedad, separación, divorcio)

- Considerar el maltrato (para los propósitos de la guía del maltrato infantil, considerar que éste significa que el maltrato es una posible explicación para la característica de alerta o se incluye en el diagnóstico diferencial) si:
  - Se ha informado que un niño o una persona joven moja la cama de manera deliberada.
  - Se observó o se tienen informes de que los padres o cuidadores castigan a un niño o joven por mojar la cama a pesar del consejo profesional de que el síntoma es involuntario.

Verificar que se han descartado las causas fisiológicas de la enuresis

- Los ejemplos incluyen las infecciones, la estenosis del meato urinario, las fístulas, los oxiuros, el hipospadias, el uréter ectópico y la disfunción neurológica menor (hiperactividad, retraso cognitivo).

Determinar los factores contribuyentes

- Véase factores relacionados.

Promover una relación positiva padres-hijo

- Informar a niños y jóvenes con enuresis que no es su culpa. No excluir a los niños más pequeños (p. ej., los menores de 7 años) del manejo de la enuresis basado sólo en la edad (National Clinical Guideline Center, 2010).
- Informar a sus padres o cuidadores de que la enuresis nocturna no es culpa del niño o del joven y que no deben usarse medidas punitivas en el manejo de la enuresis (National Clinical Guideline Center, 2010, Tu, Baskin y Amhym, 2014).
- Preguntar a integrantes de la familia si hay antecedentes de enuresis nocturna en la familia (p. ej., padres, tías, tíos).
- Explicar a los padres y al niño el desarrollo fisiológico del control vesical.
- Explicar a los padres que la desaprobación (vergüenza, castigo) es inútil para detener la enuresis, pero puede hacer que el niño sea tímido, se avergüence y se asuste.
- Mencionar la ingesta excesiva o insuficiente de líquidos o patrones anormales del uso del inodoro antes de comenzar otro tratamiento para la enuresis en niños y jóvenes.
- Aconsejar a los padres o cuidadores que prueben un sistema de recompensa solo (como se describió anteriormente) para el tratamiento inicial de la enuresis en niños pequeños que tienen algunas noches secas. Por ejemplo, pueden obtener premios (National Clinical Guideline Center, 2010).

- Beber niveles recomendados de líquido durante el día.
- Usar el inodoro para orinar antes de dormir.
- Participar en el manejo (p. ej., tomar medicamentos o ayudar a cambiar las sábanas).

Reducir, si es posible, los factores contribuyentes

Poca capacidad vesical

- Después de que el niño beba, animarle a posponer la micción para ayudar a distender la vejiga.

Sueño profundo

- Hacer que el niño orine antes de acostarse.
- Restringir los líquidos a la hora de acostarse.
- Si más tarde se despierta al niño para orinar (alrededor de las 11 de la noche), intentar despertarlo del todo para lograr un refuerzo positivo.

Demasiado ocupado para notar que la vejiga está llena (si se moja durante el día)

- Enseñar al niño a ser consciente de las sensaciones que se tienen cuando es momento de orinar.
- Enseñar al niño la habilidad de controlar la salida de orina (pedirle que empiece y pare el flujo de orina; pedirle que "retenga" la orina un poco durante el día, aunque sea por poco tiempo).
- La rehabilitación vesical puede ser una gran ayuda para controlar la micción disfuncional.
- Pedir al niño que anote cómo lo está haciendo; hacer hincapié en los días o noches que no se moja (p. ej., estrellas en el calendario).
- Si el niño se moja, pedirle que explique o anote (si es factible) por qué cree que ocurrió.
- En caso de niños en edad escolar, determinar si va al baño en la escuela. ¿Tiene suficientes pausas para ir al baño? ¿Puede usar un dispositivo que le avise (reloj vibrador o teléfono celular)? Asegurarse de que el maestro entienda por qué el niño está solicitando acceso al baño, la necesidad de ir al baño.

Si se indica, hablar sobre un sistema de alarma de cama y remitirlo a su proveedor de atención primaria (National Clinical Guideline Center, 2010)

- Alentar a los niños y jóvenes con enuresis y sus padres o cuidadores a hablar sobre el tema y acordar sus roles y responsabilidades para usar la alarma y el uso de recompensas.
- Ofrecer una alarma como tratamiento de primera línea a niños y jóvenes con enuresis y no han respondido a los consejos sobre los líquidos, uso del inodoro o un sistema de

recompensas apropiado.

- Una alarma se considera inapropiada, en particular si (National Clinical Guideline Center, 2010):
  - La enuresis es muy poco frecuente (es decir, menos de 1 a 2 veces por semana).
  - Los padres o cuidadores tienen dificultades emocionales para afrontar la carga de la enuresis.
  - Los padres o cuidadores expresan ira, negatividad o culpa hacia el niño o joven.
- Continuar con el tratamiento de alarma en niños y jóvenes con enuresis que muestran signos de respuesta hasta que se hayan logrado un mínimo de 2 semanas de noches secas ininterrumpidas. Detener el tratamiento sólo si no hay signos tempranos de respuesta.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado

- Enseñar técnicas familiares para controlar los efectos adversos de la enuresis (p. ej., funda de plástico para el colchón, dormir en un saco de dormir [lavable en la lavadora] cuando se pase la noche fuera de casa).
- Aconsejar que se eviten todas las bebidas que contienen cafeína en conjunto. Evitar los líquidos 2 horas antes de ir a la cama.

Incontinencia urinaria funcional

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias

Mayores (deben estar presentes)

Incontinencia antes o durante el intento de llegar al inodoro.

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con una disminución de los signos vesicales y deterioro de la capacidad para reconocerlos secundaria a:

Lesión/tumor/infección cerebral
Neuropatía alcohólica
Enfermedades desmielinizantes
Demencia progresiva

Accidente cerebrovascular	Esclerosis múltiple
Parkinsonismo	

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con una disminución del tono vesical secundaria a:

Antihistamínicos	Tranquilizantes
Tratamiento con inmunodepresores	Sedantes
Epinefrina	Relajantes musculares
Diuréticos	Narcóticos
Anticolinérgicos	

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con deterioro de la movilidad

Relacionados con disminución de la atención ante los signos vesicales

Depresión	
Supresión intencional (desacondicionamiento autoinducido)	Confusión

Relacionados con obstáculos del entorno para usar el inodoro

Baño alejado/altura del asiento	Barandillas de protección
Cama demasiado alta	Entorno desconocido
Mala iluminación	Ropa

De maduración

Adulto anciano

Relacionados con pérdidas sensitivomotoras.

NOC

Integridad tisular, continencia urinaria, eliminación urinaria.

Objetivos

La persona notificará disminución o desaparición de los episodios de incontinencia, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Eliminar o minimizar los obstáculos del entorno en el hogar.

- Usar equipo adaptable apropiado para ayudar con la micción, las transferencias y vestirse.
- Describir los factores causales de la incontinencia.

NIC

Cuidados perineales, cuidados de la incontinencia urinaria, vaciado rápido, control del esfínter vesical, gestión de la eliminación urinaria, educación: procedimiento/tratamiento.

Intervenciones

Explicar los efectos relacionados con la edad en la función de la vejiga y que la urgencia y la nicturia no conducen necesariamente a la incontinencia

Valorar los factores causantes o contribuyentes

Obstáculos en el uso del inodoro

- Mala iluminación, suelo resbaladizo, mala colocación de muebles y alfombras, calzado inadecuado, ubicación alejada, cama demasiado alta, barandillas de protección subidas.
- Instalaciones inadecuadas en el baño (demasiado pequeño para caminadores o silla de ruedas, asiento demasiado alto/bajo, falta de agarraderas).
- Sistema inadecuado de señales para solicitar ayuda.
- Falta de privacidad.

Déficits sensoriales/cognitivos

- Déficits visuales (ceguera, disminución del campo visual, mala percepción de la profundidad).
- Déficits cognitivos como resultado del envejecimiento, traumatismo, enfermedad cardiovascular, tumor, infección.

Déficits motores/de movilidad

- Limitación de los movimientos y la fuerza en las extremidades inferiores o superiores (incapacidad para quitarse la ropa).
- Obstáculos a la ambulación (p. ej., vértigo, fatiga, alteración de la marcha, hipertensión).

Urgencia

Factores que aumentan la urgencia

- Cafeína, bebidas carbonatadas, sobrehidratación, edulcorantes artificiales, uso del tabaco.

Reducir o eliminar los factores contribuyentes, si es posible

Obstáculos del entorno

- Valorar el camino al cuarto de baño para determinar la presencia de obstáculos, la iluminación y la distancia.
- Valorar si es adecuada la altura del inodoro y la necesidad de agarraderas.
- Valorar la adecuación del tamaño de la habitación.
- Valorar si la persona se puede desvestir con facilidad.
- Proporcionar un orinal alto entre el cuarto de baño y la cama si es necesario.

Déficits sensoriales/cognitivos

- Para personas con déficit visual:
  - Asegurar una iluminación adecuada.
  - Animar a la persona a llevar las gafas correctoras prescritas.
  - Procurar que el camino al cuarto de baño esté despejado y sea seguro.
  - Mantener fácil acceso al timbre de llamada.
  - Si se usa una cuña u orinal, asegurarse de que es fácil de alcanzar y de que siempre está en el mismo lugar.
  - Valorar la seguridad de la persona en el baño.
- En caso de personas con déficits cognitivos:
  - Recordar la necesidad de ir al baño cada 2 h, después de las comidas y antes de acostarse.
  - Establecer los medios apropiados para comunicar la necesidad de orinar.
  - Procurar un ambiente normal para la eliminación (usar el inodoro, si es posible).
  - Respetar la privacidad y mantener la seguridad.
  - Permitir suficiente tiempo para la tarea.
  - Dar indicaciones sencillas paso a paso; usar indicaciones verbales y no verbales.
  - Valorar la necesidad de usar dispositivos adaptables a la ropa para que sea más fácil vestirse y desvestirse.
  - Valorar la capacidad de la persona para llevar a cabo su propia higiene.

Proporcionar los factores que promueven la continencia

Mantener una hidratación óptima

- Aumentar la ingesta de líquidos a 2,000 a 3,000 ml/día, a menos que esté contraindicado.
- Enseñar a los adultos ancianos a no depender de la sensación de sed, sino a beber líquidos aun cuando no estén sedientos.

- Administrar líquidos cada 2 horas.
- Disminuir la ingesta de líquidos después de las 7 de la tarde; proporcionar sólo los mínimos durante la noche.
- Evitar beber mucho zumo de tomate y de naranja.
- Evitar irritantes vesicales como el alcohol, la cafeína y el aspartamo (Smeltzer, Bare, Hinkle y Cheever, 2010).
- Fomentar la ingesta de zumo de arándano.

Promover la integridad personal y motivar a la persona para aumentar el control vesical

- Animar a la persona a compartir sus sentimientos sobre la incontinencia y a determinar su efecto en sus hábitos sociales.
- Transmitir que la incontinencia se puede curar o al menos controlar para mantener la dignidad.
- Trabajar para lograr la continencia diurna antes de esperar la continencia nocturna.
  - Desaconsejar el uso de la cuña.
  - Animar y ayudar a la persona a arreglarse por sí sola.
  - Si está hospitalizada, proporcionar oportunidades para que coma fuera de la habitación (sala de día, cafetería).

Promover la integridad de la piel

- Véase *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea* para más información.

Explicar los alimentos y líquidos que aumentan la irritación y/o el volumen de la vejiga, que aumentan la urgencia como (Davis y cols., 2013, Derrer, 2014, Gleason y cols., 2013, Lukacz, y cols., 2015)

- Bebidas y alimentos con cafeína (p. ej., café, té, chocolate), alcohol, vino tinto, alimentos muy ácidos y alimentos ricos en potasio.
  - Ingesta excesiva de líquidos > sobrellenado de la vejiga.
  - Ingesta insuficiente de líquidos > irrita la vejiga.
  - Alimentos picantes > irritan la vejiga.
  - Edulcorantes artificiales > irritan la vejiga.
- Alentar la ingesta de 470 ml (16 oz) de jugo de mora azul o arándano sin azúcar o reducido en azúcar.
- Evitar o reducir el consumo de bebidas gaseosas porque pueden aumentar la actividad y la urgencia de la vejiga (Wilson y cols., 2005).
- Enseñar a la persona/familia a reconocer cambios anormales en las propiedades de la orina.

- Aumento del moco y sedimento.
- Sangre en la orina (hematuria).
- Cambio de color (de color paja normal a nebuloso) o mal olor.

- Recomendar a la familia y los cuidadores que vigilen los cambios cognitivos (nueva aparición o empeoramiento).
- Enseñar a la persona/familia a vigilar los signos y síntomas de una infección:
  - Temperatura elevada, escalofríos y temblores.
  - Cambio en el estado cognitivo de referencia.
    - Dolor suprapúbico.
    - Micción dolorosa.
    - Urgencia.
    - Pequeñas eliminaciones o incontinencias frecuentes.
    - Dolor en la parte baja de la espalda, costado o ambos.

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, si está indicado

- Derivar a la enfermera de atención primaria para que valore las instalaciones sanitarias en el hogar.

Incontinencia urinaria refleja

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias

Mayores (deben estar presentes)*

Incapacidad para inhibir o iniciar de manera voluntaria la micción

Vaciado incompleto de la vejiga por lesión por encima del centro pontino de la micción

Vaciado incompleto de la vejiga por lesión por encima del centro sacro de la micción.

Patrón predecible de micción.

Sensación de urgencia sin inhibición voluntaria de la contracción vesical

Sensaciones asociadas a vejiga llena (p. ej., sudor, inquietud, incomodidad abdominal)

Falta de sensación de repleción vesical, urgencia para vaciar u orinar

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con deterioro en la transmisión de los impulsos por encima del nivel del arco reflejo secundario a:

Lesión/tumor/infección medular

Relacionados con goteo e incontinencia en el posoperatorio secundarios a:

Resección transuretral de la próstata

Cirugía de próstata

NOC

Véase *Incontinencia urinaria funcional.*

Objetivos

La persona informará de un estado de sequedad que le produce satisfacción personal, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Tiene un volumen de orina residual de menos de 50 mililitros.
- Usa mecanismos de estimulación para iniciar la micción refleja.

NIC

Véase también *Incontinencia urinaria funcional*, ejercicios del suelo pélvico, control del peso.

Intervenciones

Valorar las condiciones causales y contribuyentes

- Véanse factores relacionados.
- Explicar las razones del (los) tratamiento(s).

Desarrollar un programa de control de esfínter vesical o reacondicionamiento

- Véase Intervenciones en *Incontinencia continua*.

Enseñar técnicas para estimular la eliminación refleja

- Mecanismos de estimulación cutánea.
- Golpeteo suprapúbico intenso y profundo sostenido (el más eficaz).
- Indicar a la persona que:
  - Se coloque en una posición segura.

    - Se golpee ligeramente sobre la pared vesical a una frecuencia de 7 a 8 golpecitos cada 5 s (hasta un total de 35 a 40 golpecitos).
    - Use sólo una mano.
    - Cambie el punto de estimulación sobre la vejiga para hallar el punto más apropiado.
    - Continúe la estimulación hasta que aparezca un buen chorro de orina.
    - Espere aproximadamente 1 min; repita la estimulación hasta que se vacíe la vejiga.
    - Una o dos series de estimulaciones sin respuesta significa que no se eliminará nada más.
- Si las medidas anteriores son ineficaces, indicar a la persona que realice una de las siguientes durante 2 o 3 min, descansando 1 min entre los intentos:
    - Golpear el glande si se trata de un hombre.
    - Golpear ligeramente el abdomen por encima de los ligamentos inguinales.
    - Acariciar la parte interior del muslo.
- Animar a la persona a orinar o a desencadenar la micción al menos cada 3 horas.
- Anotar en la hoja de aporte y eliminación de líquidos qué mecanismo se usó para inducir el vaciado.
- Las personas con control de los músculos abdominales deberían usar la maniobra de Valsalva durante la micción provocada.
- Enseñar a la persona que si aumenta la ingesta de líquidos, también necesita aumentar la frecuencia de las micciones provocadas para prevenir la sobredistensión.
- Confeccionar un programa de sondaje intermitente (véase *Incontinencia continua*).

Iniciar la educación para la salud, según esté indicado

Disponer que una enfermera de asistencia primaria realice una valoración a domicilio

- Explicar qué es el programa de reacondicionamiento vesical (véase *Incontinencia continua*).
- Explicar qué es la cateterización intermitente (véase *Incontinencia continua*).
- Enseñar cómo prevenir infecciones de las vías urinarias (véase *Incontinencia continua*).
- Si la persona está en alto riesgo de disreflexia, véase *Disreflexia*.

Incontinencia urinaria de esfuerzo

Definición de NANDA-I*

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

Características definitorias*

Informe u observación de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina:

En ausencia de contracción del músculo detrusor

En ausencia de una vejiga hiperactiva

Bajo esfuerzo

Al toser, reír, estornudar, o al realizar esfuerzos

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con vaciado vesical incompleto secundario a:

Anomalías congénitas de las vías urinarias

Relacionados con cambios degenerativos en los músculos pélvicos y soportes estructurales secundarios a:*

Deficiencia de estrógenos

*Relacionados con una deficiencia intrínseca del esfínter uretral**

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con alta presión intraabdominal y debilidad de los músculos pélvicos* secundaria a:*

Obesidad
Sexo
Embarazo
Higiene personal deficiente
Fumar

Relacionados con debilidad en los músculos pélvicos y soportes estructurales secundaria a:

Reciente pérdida sustancial de peso

Parto

De maduración

Adulto anciano

Relacionados con la pérdida del tono muscular

NOC

Véase *Incontinencia urinaria funcional*.

Objetivos

La persona informará de una reducción o eliminación de la incontinencia de esfuerzo, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Explica la causa de la incontinencia y las razones de los tratamientos.

NIC

Véase también *Incontinencia funcional*, ejercicio muscular pélvico, gestión del peso.

Intervenciones

Valoración de rutina a mujeres de todas las edades para su conocimiento de la salud del piso pélvico e incontinencia por estrés

- "Preguntar específicamente si experimentan fugas de orina durante el deporte, el 13% comienza en la secundaria" (*Nygaard y cols., 1994). "Los gimnastas tuvieron la mayor incidencia de fuga urinaria en el 67%, el baloncesto con 66% y el tenis con 50%" (*Nygaard y cols., 1994, *Smith 2004).

Determinar los factores contribuyentes que se pueden reducir como (*Smith, 2004)

- La obesidad se refiere también al diagnóstico de enfermería *Obesidad o sobrepeso*.
- Falta de conocimiento de las estructuras del músculo pélvico y los efectos de la debilidad causada, por ejemplo, la obesidad, el parto vaginal, los deportes, la pérdida de estrógeno (perimenopausia, menopausia).
- Con el envejecimiento, un estiramiento o flacidez del piso pélvico puede resultar en posiciones de hernia de la vejiga, el útero o el recto.
- Estreñimiento crónico: frecuente estiramiento y movimientos hacia abajo para tener un movimiento intestinal que estira los músculos pélvicos.
- Histerectomía: la extirpación del útero elimina una de las estructuras de soporte del otro órgano pélvico.
- Situacional: período prolongado de pie, levantamiento o carga de peso para un trabajo o ejercicio.
- El tabaquismo y la tos crónica agregan esfuerzo adicional a los músculos y ligamentos del piso pélvico.

Enseñar ejercicios del músculo pélvico

- Explicar que tomará de 4 a 6 meses antes de que se puedan notar los resultados (*Smith 2004, Mayo Clinic, 2012).

- Consultar a un especialista en incontinencia para el uso de pesos vaginales para el fortalecimiento del piso pélvico según se indique.

Proporcionar instrucciones para los ejercicios del músculo pélvico (ejercicios de Kegel)

Explicar cómo

- Aprender cuáles son los músculos que se deben apretar para detener la micción; esto incluye apretar los músculos rectales.
- Vaciar la vejiga antes de hacer los ejercicios de Kegel.
- Mantener la contracción muscular durante 5 a 10 s y liberar. Relajarse entre contracciones teniendo cuidado de que los tiempos de contracción y relajación sean los mismos. Si contrae la musculatura durante 10 s, relajar 10 s antes de la siguiente contracción (Wilkinson y Van Leuven, 2007).
- Realizar de 40 a 60 contracciones divididas en dos a cuatro sesiones cada vez. Éstas deberán hacerse a lo largo del día e incorporar diferentes posiciones (sentado, de pie y acostado).
- Para obtener los mejores resultados, concentrarse en apretar sólo los músculos del suelo pélvico. Tener cuidado de no flexionar los múscu los del abdomen, muslos o nalgas. Evitar contener la respiración. En lugar de eso, respirar libremente durante los ejercicios (Mayo Clinic, 2012).
- Una buena forma de ayudar a que las personas recuerden hacer los ejercicios es incorporarlos a la rutina diaria, tal como pararse en un semáforo o lavar los platos (Wilkinson y Van Leuven, 2007).
- Remitir a las personas al sitio web de la Clínica Mayo para el artículo, “Cómo hacer ejercicios de Kegel”.

Intervenciones maternas

- En caso que haya un aumento de la presión abdominal durante el embarazo:
  - Enseñar a la mujer que no debe permanecer mucho tiempo de pie.
  - Enseñar a la mujer las ventajas de la micción frecuente (al menos cada 2 horas).
  - Enseñar ejercicios de la musculatura pélvica después del parto.

Incontinencia urinaria continua[54]

Definición

Estado en el que la persona experimenta una pérdida continua e impredecible de orina* sin distensión o conciencia de repleción vesical.

Características definitorias

Flujo continuo de orina en momentos impredecibles sin inhibición de las contracciones/espasmos o distensión vesical

Ausencia de llenado vesical o perineal

Nicturia

Falta de conciencia de la incontinencia

Incontinencia resistente a otros tratamientos

Factores relacionados

Véase *Deterioro de la eliminación urinaria*.

NOC

Véase *Incontinencia urinaria funcional*.

Objetivos

La persona será continente (especificar durante el día, la noche, las 24 h), evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica la causa de la incontinencia así como las razones para los tratamientos.
- Identifica el objetivo diario para la ingesta de líquidos.

NIC

Véase también *Incontinencia funcional*, gestión del entorno, cateterización urinaria, enseñanza: procedimiento/tratamiento, cuidados de la sonda: urinaria, control del esfínter vesical.

Intervenciones

Elaborar un programa de reentrenamiento o reacondicionamiento vesical, que debe incluir comunicación, valoración del patrón de micción, programa de ingesta de líquidos y tiempos programados de vaciado vesical

Promover la comunicación entre todos los miembros del equipo y entre la persona, su familia y el equipo de cuidados

- Proporcionar al equipo los conocimientos suficientes en lo referente al programa planificado.
- Valorar la respuesta del equipo ante el programa.

Evaluar el potencial de la persona para participar en el programa de reentrenamiento vesical

- Cognición.
- Deseo de cambiar la conducta.

- Capacidad para cooperar.
- Disposición para participar.

Proporcionar las razones para el plan y obtener el consentimiento informado de la persona

Animar a la persona a que continúe el programa procurándole información precisa concerniente a las razones para el éxito o el fracaso

Valorar el patrón de micción

- Controlar y registrar:
  - Ingesta y micción.
  - Tiempo y cantidad de ingesta de líquidos.
  - Tipo de líquidos.
  - Volumen de la incontinencia; si es posible, medirlo o estimar la cantidad como pequeña, moderada o grande.
  - Volumen de la micción, si fue voluntaria o involuntaria.
  - Presencia de la sensación de necesidad de orinar.
  - Volumen retenido (cantidad de orina que queda en la vejiga después de un intento fallido de micción espontánea o provocada).
  - Volumen residual (cantidad de orina que queda en la vejiga después de un intento fallido de micción espontánea o provocada; también se le llama *residuo posmiccional*).
  - Volumen de orina provocada (orina expulsada después de la micción provocada manualmente [p. ej., golpeteo, método de Credé]).
- Identificar las actividades que preceden a la micción (p. ej., inquietud, gritos, ejercicio).
- Anotarlas en la columna apropiada.

Programar la ingesta de líquidos y el horario de las micciones

- Procurar una ingesta diaria de líquidos de 2,000 ml, a menos que esté contraindicado.
- No fomentar la toma de líquidos después de las 7 p.m.
- Al principio, el vaciado vesical se hace mínimo cada 2 h y al menos dos veces durante la noche; el objetivo es intervalos de 2 a 4 horas.
- Si la persona es incontinente antes de las micciones programadas, acortar los tiempos entre las mismas.
- Si la persona tiene un residuo posmiccional mayor de 100 a 150 ml, programar el sondaje intermitente.

Iniciar la educación para la salud

- Instruir sobre la prevención de infecciones de las vías urinarias.
- En el caso de las personas que viven en la comunidad, iniciar la derivación a la enfermera de atención primaria para el seguimiento.

Incontinencia urinaria de urgencia

Definición de la NANDA-I*

Emisión involuntaria de orina que ocurre poco después de tener una intensa sensación de urgencia de orinar.

Características definitorias*

Informe u observación de incapacidad para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida de orina

Informe de urgencia urinaria

Informe de pérdida involuntaria de orina con contracciones o espasmos vesicales

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con disminución de la capacidad vesical secundaria a:

Infección
Enfermedad cerebrovascular
Traumatismo
Enfermedades desmielinizantes
Uretritis
Neuropatía diabética
Trastornos neurógenos o lesión por herida/tumor/infección
Neuropatía alcohólica
Parkinsonismo cerebral

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con disminución de la capacidad vesical secundaria a:

Cirugía abdominal

Tras el uso de sondas permanentes

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con irritación de los receptores de la distensión vesical secundaria a:

Consumo de alcohol

Ingesta de cafeína

Exceso de ingesta de líquidos

Relacionados con disminución de la capacidad vesical secundaria a:*

Micción frecuente

De maduración

Niño

Relacionados con poca capacidad vesical

Adulto anciano

Relacionados con disminución de la capacidad vesical

NOC

Véase *Incontinencia urinaria funcional.*

Objetivos

La persona informará de la disminución o de la desaparición de los episodios de incontinencia (especificar), evidenciado por los siguientes indicadores:

- Explica las causas de la incontinencia.
- Describe los irritantes vesicales.

NIC

Véase *Incontinencia urinaria funcional.*

Intervenciones

Valorar los factores causales o contribuyentes

- Véase factores relacionados.
- Pérdida de peso: se recomienda como terapia no invasiva. Los resultados fueron mejores al observar el estrés en comparación con la incontinencia de urgencia, y los obesos frente al sobrepeso, aunque sigue siendo eficaz. Antes se demostró que los pacientes obesos tenían mejores resultados después de la pérdida de peso (Grade A, Evidence Fair) (DuBeau, 2015; Holroyd-Leduc y Straus, 2004; *Morant, 2005).
- Cambios en la dieta: se recomiendan como terapia no invasiva. La eliminación de la dieta de los irritantes para la vejiga no ha sido evaluada rigurosamente (Grade A, Evidence Fair) (DuBeau, 2014, 2015; *Morant, 2005).

Valorar el patrón de micción/incontinencia y la ingesta de líquidos

- Mantener un nivel óptimo de hidratación (véase *Incontinencia continua*).

- Valorar el patrón de micción (véase *Incontinencia continua*).

Reducir o eliminar los factores causales y contribuyentes, cuando sea posible

Irritantes para la vejiga

- Explicar los alimentos/líquidos que aumentan la irritación de la vejiga y la urgencia de aumentar el volumen como (Davis y cols., 2013; Gleason y cols., 2013; Lukacz, 2015):
  - Bebidas y alimentos con cafeína (p. ej., café, té, chocolate), alcohol, vino tinto, alimentos muy ácidos y alimentos ricos en potasio.
    - Ingesta excesiva de líquidos > sobrellenado de la vejiga.
    - Ingesta insuficiente de líquidos > irritación de la vejiga.
    - Alimentos picantes > irritación de la vejiga.
    - Edulcorantes artificiales > irritación de la vejiga.
- Alentar la ingesta de 470 ml (16 oz) de jugo de mora azul o arándano sin azúcar o reducido en azúcar.
- Evitar o reducir el consumo de bebidas gaseosas porque pueden aumentar la actividad y la urgencia de la vejiga (Wilson y cols., 2005).
- Se recomienda dejar de fumar. Explicar que el tabaco es irritante para la vejiga.
- Comprender y explicar el riesgo de insuficiencia de ingesta de líquidos y su relación con infecciones y la orina concentrada.

Capacidad disminuida de la vejiga

- Determinar el tiempo entre la urgencia y la necesidad de micción (anotar cuánto tiempo puede retrasar la micción).
- Para alguien con dificultades para prolongar el tiempo de espera, comunicar al equipo la necesidad de responder rápidamente a su solicitud de apoyo para ir al inodoro (anotar en el plan de cuidado).
- Enseñar a la persona que el tiempo de espera más prolongado aumenta la capacidad de la vejiga.
  - Determinar el volumen de cada micción.
  - Pedir a la persona que intente “retener” la orina lo más posible.
  - Elaborar un programa de reacondicionamiento de la vejiga (véase *Incontinencia continua*).

Vejiga sobredistendida

- Explicar que los diuréticos se administran para ayudar a reducir el agua corporal; funcionan actuando sobre los riñones al hacer que aumente el flujo de orina.

- Explicar que en la diabetes mellitus, la deficiencia de insulina provoca altos niveles de azúcar en sangre, los cuales extraen los líquidos de los tejidos corporales, provocando la diuresis osmótica y aumento de la micción (poliuria).
- Explicar que debido al aumento del flujo de orina, se requiere una micción regular para impedir la sobredistensión vesical.
- Valorar el patrón de micción (véase *Incontinencia continua*).
- Comprobar el residuo posmiccional; si es mayor de 100 ml, incluir sondaje intermitente en el programa de reacondicionamiento vesical.
- Iniciar un programa de reacondicionamiento vesical (véase *Incontinencia continua*).

Falta de inhibición de las contracciones vesicales

- Determinar el patrón de micción (véase *Incontinencia continua*).
- Establecer un método para comunicar la urgencia de orinar (documentarlo en el plan de cuidados).
- Comunicar al equipo la necesidad de responder rápidamente a una solicitud de micción.
- Establecer un patrón de micción planificada.
  - Dar la oportunidad de orinar al despertar, después de las comidas, del ejercicio físico, del baño, de beber café o té, y antes de acostarse.
  - Comenzar ofreciendo el orinal, la cuña o ir al inodoro cada media hora, y alargar el tiempo poco a poco hasta llegar al menos a cada 2 horas.
  - Si la persona sufre un episodio de incontinencia, reducir el tiempo entre las micciones programadas.
  - Documentar la conducta/actividad que sucede con la micción o incontinencia (véase *Incontinencia continua*).
- Animar a la persona a tratar de "retener" la orina hasta el momento de orinar, si es posible.
- Consultar al profesional responsable de los cuidados para las intervenciones farmacológicas.
- Véase *Incontinencia continua* para más información sobre el desarrollo de un programa de reacondicionamiento vesical.

Iniciar la educación para la salud

- Instruir a la persona sobre cómo prevenir infecciones en las vías urinarias (véase *Incontinencia funcional*).

Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a sufrir una emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar, que puede poner en peligro la salud.

Factores de riesgo

Véase factores relacionados en *Incontinencia urinaria de urgencia*.

NOC

Véase *Incontinencia urinaria funcional.*

Objetivos

La persona informará de confort continuo de continencia, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Explica las causas de la incontinencia.
- Explica las estrategias para mantener la continencia.

NOC

Véase *Incontinencia urinaria funcional.*

Intervenciones

Véase *Incontinencia urinaria de urgencia*.

Incontinencia urinaria por rebosamiento[55]

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias*

Distensión vesical

Volumen residual alto después de la micción

Informe u observación de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina

Nicturia

Factores relacionados

Fisiopatológicos

Relacionados con el bloqueo del esfínter secundario a:

Contracciones	Agrandamiento prostático
Ureterocele	Hinchazón perineal
Contracciones del cuello vesical	Contracciones del cuello vesical

Relacionados con deterioro o insuficiencia de las vías aferentes secundario a:

Lesión/tumor/infección medular	Esclerosis múltiple
Lesión/tumor/infección cerebral	Neuropatía diabética
Enfermedad cerebrovascular	Neuropatía alcohólica
Enfermedades desmielinizantes	Tabes dorsal

Relacionados con el tratamiento

Relacionados con obstrucción del tracto de drenaje vesical o deterioro de las vías aferentes secundario a tratamiento medicamentoso (yatrogénico)*

Antihistamínicos	Descongestionantes*
Teofilina	Anticolinérgicos*
Epinefrina	Bloqueantes de los canales del calcio*
Isoproterenol	

Situacionales (personales, ambientales)

Relacionados con obstrucción del tracto de drenaje vesical secundaria a:

Impactación fecal*

Relacionados con hipocontractibilidad del detrusor secundaria a:*

Desacondicionamiento vesical

Asociación con estrés o disconfort

NOC

Véase *Incontinencia urinaria funcional.*

Objetivos

La persona se sentirá satisfecha con el grado de sequedad alcanzado, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Vacía la vejiga usando las maniobras de Credé o de Valsalva con una orina residual de menos de 50 ml (si está indicado).
- Micción a voluntad.

NIC

Véase también *Incontinencia urinaria funcional*, cuidados en la retención por rebosamiento, entrenamiento vesical.

Intervenciones

- Véase factores relacionados.

Causas de incontinencia por sobreflujo

- Obstrucción de la salida de la vejiga.
- La insuficiencia del músculo detrusor implica un tono insuficiente del detrusor para superar la resistencia intrauretral normal. Una de las causas de la insuficiencia del detrusor son los reflejos de micción por falta de acondicionamiento caracterizados por la ansiedad o el malestar asociados con la micción. Otras causas son las enfermedades del sistema nervioso central.
- La alteración en las vías aferentes ocurre cuando se dañan tanto las ramas sensitivas como las motoras del arco reflejo simple. No hay sensaciones para decirle a la persona que la vejiga está llena y no hay impulsos motores para vaciarla. Se convierte en una vejiga neurogénica (autónoma).

Desarrollar un programa de reentrenamiento o reacondicionamiento vesical (véase *Incontinencia continua)*

- Consultar al profesional experto de la institución o el protocolo.

Indicar en el registro de aportes y pérdidas qué técnica se usó para inducir la micción

Obtener los residuos posmiccionales tras los intentos de vaciar la vejiga

- Si los volúmenes de orina residual son mayores de 100 ml, aplicar un programa de sondaje intermitente (véase *Incontinencia continua*).

Iniciar la enseñanza sobre la salud

- Enseñar el programa de reacondicionamiento vesical (véase *Incontinencia continua*).
- Enseñar el sondaje intermitente (véase *Incontinencia continua*).
- Enseñar a la persona cómo prevenir las infecciones de las vías urinarias (véase *Incontinencia continua*).

RIESGO DE TRAUMATISMO VASCULAR

Definición de la NANDA-I*

Vulnerable a una lesión en una vena y tejidos circundantes relacionado con la presencia de un catéter y/o con la perfusión de soluciones que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo*

Relacionados con el tratamiento

- Tipo de catéter[56]
- Diámetro del catéter[56]
- Deterioro de la capacidad para visualizar el sitio de inserción
- Fijación inadecuada del catéter[56]
- Velocidad de perfusión[56]
- Sitio de inserción[56]
- Duración del tiempo de inserción
- Naturaleza de la solución (p. ej., concentración, irritante químico, temperatura, pH)

Nota de la autora

Este diagnóstico de la NANDA-I identifica un riesgo para todas las personas con catéteres intravenosos. Los manuales de procedimiento de la unidad clínica deben contener la colocación, fijación y control correctos de todas las vías intravenosas. Las enfermeras que necesiten estas guías deberían consultar el manual de procedimientos. Las enfermeras asistenciales no necesitan incluir este diagnóstico en el plan de cuidados. Los alumnos de enfermería deberían consultar el manual básico de enfermería para técnicas enfermeras específicas a la hora de instaurar, asegurar y controlar el tratamiento intravenoso. Consultar con el profesor para determinar si esto debe incluirse en el plan de cuidados del enfermo asignado.

Clínicamente, algunos medicamentos intravenosos (p. ej., quimioterapia, medicación vesicante) son muy tóxicos y por tanto requieren intervenciones específicas para evitar la aparición de toxicidad y necrosis tisular. Las intervenciones y los objetivos para prevenir la extravasación de los medicamentos intravenosos vesicantes y actuar ante la misma se señalarán para este diagnóstico. Estas intervenciones también suelen hallarse en un manual de procedimientos.

---

[33] *Fuentes*: Harkulich, J. y Bruggler, C. (1988). *Nursing Diagnosis-translocation syndrome: Expert validation study*. Fondos parciales otorgados por la Peg Schlitz Fund, Delta Ix Chapter, Sigma Theta Tau International; Barnhouse, A. (1987). *Development of the nursing diagnosis of translocation syndrome with critical care patients*. Tesis de maestría sin publicar, Kent State University, Kent, OH.

[34]Este diagnóstico no se encuentra actualmente en la lista de la NANDA, pero se ha incluido para mayor claridad o utilidad.

[35]Tal vez requiera la orden del profesional primario.

[36]Signos y síntomas de la hiperventilación (Grossman y Porth, 2014).

[37]Estos diagnósticos actualmente no están en la lista de la NANDA-I pero han sido incluidos por la autora para mayor claridad o utilidad.

38 Esta característica ha sido incluida por la autora para mayor claridad o utilidad.

[39]La autora ha añadido estas características para mayor claridad y utilidad.

[40]La autora ha añadido estas características para mayor claridad y utilidad.

[41]Puede requerir la prescripción del profesional responsable de los cuidados.

[42]La autora ha añadido estas características para mayor claridad y utilidad.

[43]Este diagnóstico no está actualmente en la NANDA-I, pero la autora lo ha añadido para mayor claridad y utilidad.

[44]La autora ha añadido estas características para mayor claridad y utilidad.

[45]Esta definición ha sido añadida por la autora para claridad y utilidad.

[46]Este diagnóstico no está en la NANDA-I, pero se ha añadido para mayor claridad y utilidad.

[47] Este diagnóstico no está actualmente en la NANDA-I, pero se ha añadido para mayor claridad y utilidad.

[48] Ha sido añadida por la autora para mayor claridad y utilidad.

[49]Las definiciones designadas como NANDA-I y características y factores identificados con un asterisco azul son de *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación* 2012-2014. Copyright © 2012, 2009, 2007, 2003, 2001, 1998, 1996, 1994 de NANDA International. Utilizado por acuerdo con Blackwell Publishing Limited, una empresa de John Wiley & Sons, Inc.

[50]Este diagnóstico no está actualmente en la lista de la NANDA-I, pero se ha añadido por esta autora para claridad y utilidad.

[51]El texto entre paréntesis lo ha añadido la autora para indicar que el diagnóstico enfermero no es la terminología clínica para comunicar emergencias clínicas o para dirigir el tratamiento médico de las complicaciones.

[52]Para un plan de cuidados más específico con las intervenciones/razones enfermeras y los resultados de las situaciones clínicas, tales como diagnósticos médicos (p. ej., enfermedad renal crónica, insuficiencia renal aguda), procedimientos quirúrgicos (p. ej., nefrectomía), tratamientos y procedimientos (p. ej., hemodiálisis, diálisis peritoneal) y 70 situaciones clínicas más, véase Carpenito-Moyet, L. J. (2017). *Nursing Care Plans; Transitional Patient & Family Centered Care* (7.ª ed.). Filadelfia, Pensilvania: Wolters Kluwer.

[53]Este diagnóstico no aparece actualmente en la NANDA-I, pero se ha añadido para mayor claridad y utilidad

[54]Este diagnóstico no aparece actualmente en la lista de la NANDA-I, pero se ha añadido para mayor claridad y utilidad.

[55]Llamada previamente *Retención urinaria*.

[56]Puede indicar una mala práctica clínica.

Sección 2

Diagnósticos enfermeros de promoción de la salud

Disposición para mejorar la lactancia materna

Disposición para mejorar el proceso de maternidad

Disposición para mejorar el confort

Disposición para mejorar la comunicación

Disposición para mejorar el afrontamiento

Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad

Disposición para mejorar la toma de decisiones

Disposición para mejorar la autonomía para la toma de decisiones

Disposición para mejorar el afrontamiento familiar

Disposición para mejorar los procesos familiares

Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos

Disposición para mejorar la gestión de la salud

Disposición para mejorar la esperanza

Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante

Disposición para mejorar los conocimientos (especificar)

Disposición para mejorar la nutrición

Disposición para mejorar el rol parental

Disposición para mejorar el poder

Disposición para mejorar la relación

Disposición para mejorar la religiosidad Disposición para mejorar la resiliencia

Disposición para mejorar el autocuidado

Disposición para mejorar el autoconcepto

Disposición para mejorar el sueño

Disposición para mejorar el bienestar espiritual

Disposición para mejorar la eliminación urinaria

Esta sección organiza todos los diagnósticos de promoción de la salud para individuos/grupos.

El diagnóstico de enfermería de promoción de la salud "es un juicio clínico que concierne a la motivación y el deseo de incrementar el bienestar y actualizar el potencial de la salud humana" (Herdman y Kamitsuro, 2014).

Un diagnóstico de enfermería de promoción de la salud válido tiene dos requerimientos: (1) el individuo tiene un deseo de mejor salud en un área en particular y (2) el individuo está funcionando correctamente en un área en particular.

Los diagnósticos de enfermería de promoción de la salud son oraciones de una parte sin factores relacionados. Los objetivos establecidos por el individuo o grupo dirigirán sus acciones para mejorar su salud.

Aún hay confusión sobre la utilidad clínica de este tipo de diagnósticos. Algunos de los diagnósticos incluidos en esta sección representan estilos de vida. Éstos han sido incluidos con un enfoque de promoción de la salud, por ejemplo, *Sobrecarga de estrés*, *Estilo de vida sedentario*, *Conducta de salud propensa a riesgos*. El autor cree que algunos de estos diagnósticos pueden ser fortalecidos y son clínicamente útiles, como *Disposición para mejorar la paternidad*, o *Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad* además de otras como *Preparación para la energía mejorada*, *Disposición para mejorar la eliminación urinaria*, y otros diagnósticos similares, son cuestionables con relación a la utilidad clínica. Bajo cada diagnóstico, las Notas del autor entrarán en detalle sobre la utilidad clínica del diagnóstico.

Clínicamente, los datos que representan las fortalezas son importantes para que los enfermeros sepan. Las fortalezas de individuos/familias/comunidades son críticas para adaptarse con retos a su salud y a relaciones. Estas fortalezas pueden ayudar al enfermero a seleccionar intervenciones para reducir o prevenir un problema en otro patrón de salud. Si los enfermeros quieren designar fortaleza, debe ser documentada como fortaleza en la forma de evaluación o plan de cuidado. Si el individuo desea ayuda para promover un mayor nivel o función, *Disposición para mejorar (especifique)* sería útil en ciertos escenarios, como escuelas, centros comunitarios, e instalaciones de vida asistida. Los médicos clínicos interesados que usan estos diagnósticos de promoción de la salud/enfermería están invitados a compartir su trabajo con la NANDA-I así como con la autora (juall46@msn.com).

Valoración de la salud/promoción de la salud (Carpenito-Moyet, 2007; Edelman, Kudzma, y Mandle, 2014; *Gordon, 2002)

Datos subjetivos

Patrón de percepción/gestión de la salud

Pedir a la persona que ponga una marca en la categoría que corresponda a su práctica habitual y que ponga dos en las que lo haga diariamente (*Breslow y Hron, 2004):

- Tres comidas diarias en horarios regulares y nunca entre horas.
- Desayuna todos los días.
- Practica ejercicio de forma moderada dos o tres veces por semana.
- Duerme de 7 a 8 h, ni más ni menos.
- No fuma.
- Tiene un peso moderado.
- No toma alcohol o lo hace con moderación.

¿Cuál es la percepción de la persona y de su familia sobre su propia salud general?

- ¿Qué prácticas personales mantienen su salud?
- ¿A qué fuentes tiene acceso la persona o su familia para mantener o mejorar su estilo de vida saludable?
- ¿Qué puede hacer la persona para estar más sana?

Patrón nutricional/metabólico

- ¿Cuál es el índice de masa corporal de la persona?
- Ingesta diaria habitual de líquidos.
- Suplementos (vitaminas, tipo de tentempiés).
- Ingesta diaria de pan, cereales, arroz o pasta integrales o enriquecidos.
- Tres porciones diarias de fruta o zumo de fruta.
- Aporte ilimitado o de 5 a 8 raciones de verduras crudas o cocidas diarias (que no contengan almidón).
- Productos lácteos descremados o bajos en grasa.
- Carne o aves sin grasa ni piel.
- No toma ni fritos ni tentempiés.
- No toma bebidas azucaradas (p. ej., refrescos, té helado, zumos) o lo hace en cantidades limitadas (menos de dos al día).
- ¿Ve usted alguna relación entre el estrés y la tensión, las molestias emocionales y sus hábitos alimentarios?

Patrón de eliminación

- ¿Patrón de evacuación intestinal? (Describir).
  - Frecuencia (cada 2 a 3 días), tipología (blandas, duras).
- ¿Patrón de evacuación urinaria? (Describir).
  - Características (color ámbar, amarillo, pajizo).

Patrón de actividad/ejercicio

- ¿Patrón de ejercicio? (tipo, frecuencia).
- ¿Actividades recreativas? (frecuencia).
- ¿Nivel de energía? (alto, moderado, adecuado, bajo).
- ¿Hay obstáculos para hacer ejercicio?
- ¿Qué cinco cosas hace para entretenerse?
- ¿Qué actividades hace que le hacen sentir bien?

Patrón de reposo/sueño

- ¿Satisfecho y descansado?
- Horas promedio de sueño por noche.
- ¿Períodos de relajación? (frecuencia, duración).

Patrón cognitivo/perceptual

- Satisfecho con:
  - ¿Toma de decisiones?
  - ¿Memoria?
  - ¿Capacidad de aprender?
- Describa brevemente su formación académica.

Patrón de autoimagen/autoconcepto

- Describa cómo se siente acerca de:
  - Usted mismo.
  - ¿Su cuerpo? ¿Los cambios?
- ¿Tiene problemas para expresar ira, tristeza, felicidad, amor o sexualidad?
- ¿Cuáles son sus principales puntos fuertes o cualidades personales?
- ¿Cuáles son sus debilidades o aspectos negativos?
- En su vida actual, ¿cuál es su actividad más significativa?

- ¿Cuántos años más espera vivir y cómo cree que va a morir?
- ¿Cómo imagina el futuro?
- ¿Qué desearía lograr en el futuro? ¿Hay cambios que deba hacer para lograrlo?

Enumere los acontecimientos, crisis, transiciones o cambios (positivos o negativos) más importantes de su vida

- Tome tiempo para reflexionar sobre cómo le afectaron. Ponga un asterisco al lado de uno o dos que sean especialmente importantes.

Patrón de roles/relaciones

- ¿Satisfecho con su empleo? ¿Necesita un cambio?
- ¿Satisfecho con las responsabilidades de sus roles?
- Describa su relación con su familia/pareja.
- Describa sus amistades (cercanas, casuales).
- Haga una lista de las personas más importantes de su vida en este momento y por qué son importantes.

Patrón de sexualidad/reproducción

- ¿Es el sexo un aspecto importante en su vida?
- ¿Tiene actualmente alguna relación sexual?
- ¿Qué cambiaría de su relación sexual actual?

Patrón de afrontamiento/tolerancia al estrés

- Haga una lista de las causas más habituales de estrés en su vida. ¿Qué haría para que fueran menos estresantes?
- ¿Cómo responde por lo general a las situaciones estresantes (se enfada, se retira, lo paga con los demás, se pone enfermo, bebe, come)?
- ¿Qué situaciones lo hacen sentirse tranquilo o relajado?
- ¿Qué situaciones lo hacen sentirse ansioso o molesto? ¿Qué puede hacer para sentirse mejor?

Patrón de valores/creencias

- Escriba las 10 cosas que más valore en su vida.
- ¿Se describiría como una persona religiosa o espiritual?
- ¿Cómo le ayudan sus creencias?

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA LACTANCIA

MATERNA

Definición de la NANDA-I*

Patrón de suministro de leche a un bebé o un niño directamente de los pechos, el cual puede ser reforzado.

Características definitorias

La madre expresa su deseo de aumentar la capacidad de amamantar exclusivamente

La madre expresa su deseo de aumentar la capacidad de dar leche materna para las necesidades nutricionales del niño

NOC

Conocimientos: lactancia.

Objetivos

La madre informará de un aumento de la confianza y satisfacción con la lactancia, evidenciado por el siguiente indicador:

- Identifica dos nuevas estrategias (especificar) para mejorar la lactancia.

NIC

Apoyo a la lactancia, Consejo de lactancia.

Intervenciones

- Consultar internet para hallar páginas de recursos e información sobre la lactancia.
- Véase *Lactancia materna ineficaz* para intervenciones que mejoren la alimentación al seno materno.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL PROCESO DE MATERNIDAD

Definición de la NANDA-I*

Patrón de preparación y mantenimiento de un embarazo, parto y cuidado del recién nacido saludables, que es suficiente para asegurar el bienestar y que puede ser reforzado.

Características definitorias*

Durante el embarazo

Expresa deseos de mejorar el conocimiento sobre el proceso de maternidad

Expresa deseos de mejorar el manejo de los síntomas molestos durante el embarazo

Expresa deseos de mejorar el estilo de vida preparto (p. ej., eliminación, ejercicio, nutrición, higiene personal, sueño)

Expresa deseos de mejorar la preparación para el recién nacido

Durante el parto y el alumbramiento

Expresa deseos de mejorar el estilo de vida que es apropiado para la etapa del parto (p. ej., eliminación, ejercicio, nutrición, higiene personal, sueño)

Expresa deseos de mejorar la proactividad durante el parto y el alumbramiento

Después del nacimiento

Expresa deseos de mejorar la conducta de vinculación

Expresa deseos de mejorar las técnicas de cuidado del bebé Expresa deseos de mejorar las técnicas para la alimentación del bebé Expresa deseos de mejorar el cuidado de los pechos

Expresa deseos de mejorar la seguridad del entorno para el bebé

Expresa deseos de mejorar el estilo de vida posparto (p. ej., eliminación, ejercicio, nutrición, higiene personal, sueño)

Expresa deseos de mejorar el uso de los sistemas de apoyo

Nota de la autora

Este diagnóstico enfermero de la NANDA-I representa el cuidado completo que se necesita para promover lo siguiente: embarazo, procesos de nacimiento y posparto saludables, mejora de las relaciones (madre, padre, niño y hermanos) y un cuidado óptimo del recién nacido. Este cuidado va más allá del alcance posible de este texto. Véase un texto sobre salud maternofilial para intervenciones específicas para este diagnóstico.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT

Definición de la NANDA-I*

Patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y/o social que puede ser reforzado.

Características definitorias*

Expresa deseos de aumentar el confort

Expresa deseos de aumentar el sentimiento de satisfacción

Expresa deseos de aumentar la relajación

Expresa deseos de aumentar la resolución de quejas

Nota de la autora

Se trata de un diagnóstico muy general y por tanto no dirige intervenciones específicas. Abarca las dimensiones física, psicológica, espiritual, ambiental y social. Sería más útil clínicamente centrarse en una dimensión en particular, como *Disposición para mejorar el bienestar espiritual.*

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN

Definición de la NANDA-I*

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*

Es capaz de hablar o escribir un idioma

Expresa sus sentimientos

Expresa satisfacción con su capacidad para compartir ideas con los demás

Expresa satisfacción con su capacidad para compartir información con los demás

Expresa deseos para mejorar la comunicación

Forma frases

Forma oraciones

Forma palabras

Interpreta signos no verbales de forma apropiada

Usa signos no verbales de forma apropiada

Nota de la autora

Diagnóstico que representa a una persona con buenas habilidades comunicativas. Las

intervenciones para mejorar dichas habilidades se pueden encontrar en la Sección 1 bajo los títulos *Deterioro de la comunicación* y *Deterioro de la comunicación verbal*.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias*

Reconoce tener el poder

Es consciente de los posibles cambios ambientales

Expresa deseos de mejorar el conocimiento de las estrategias de manejo del estrés

Expresa deseos de mejorar el manejo de los estresores

Expresa deseos de mejorar el apoyo social

Expresa deseos de mejorar el uso de estrategias orientadas a las emociones

Expresa deseos de mejorar el uso de estrategias orientadas a la solución de problemas

Expresa deseos de mejorar el uso de recursos espirituales

NOC

Adaptación familiar, ambiente familiar: Interno, Normalización familiar, Paternidad.

Objetivos

La persona informará de un aumento de la satisfacción con el afrontamiento de los factores estresantes, evidenciado por el siguiente indicador:

- Identifica dos nuevas estrategias (especificar) para mejorar el afrontamiento de los factores estresantes.

NIC

Promoción de involucramiento familiar, mejora de adaptación, promoción de integridad familiar, terapia familiar, orientación, referencia.

Intervenciones

Si la ansiedad disminuye el afrontamiento eficaz de alguien, enseñar:

- Respiración abdominal de relajación.
- Respiración abdominal mientras se imagina una escena tranquila (p. ej., el mar, los bosques, las montañas).
- Imaginar la sensación de la arena tibia bajo los pies, el sol en la cara, el sonido del agua.

R: *Las técnicas de relajación proveen una oportunidad para reagrupar antes de actuar.*

Explicar el reencuadre (Halter, 2014; Varcarolis, 2011)

- Reconsiderar la situación, preguntarse:
  - ¿Hay algo positivo que pueda surgir de la situación?
  - ¿Qué aprendí?
  - ¿Qué haré diferente la próxima vez?
  - ¿Qué le puede estar pasando a mi (jefe, pareja, hermana, amigo) que le hace decir o hacer eso?
  - ¿Está estresado o tiene problemas?

R: *El replanteamiento le provee a uno la oportunidad de analizar y considerar razones de comportamiento y opiniones alternativas.*

Conocer los consejos para vivir con menos estrés (Halter, 2014; Varcarolis, 2011)

- Hacer ejercicio regular, por lo menos tres veces a la semana.
- Reducir la ingesta de cafeína.
- Trabajar en algo significativo y satisfactorio.
- No dejar que el trabajo domine la vida.
- Cuidar la libertad personal.
- Elegir a los amigos; reunirse con personas amables.
- Vivir con la persona elegida y amarla.
- Estructurar el tiempo como se crea conveniente.
- Establecer los objetivos de la propia vida.

R: *Los estresores de la vida son realzados cuando otros deciden cómo uno debe vivir su vida.*

- Consultar internet para hallar páginas de recursos e información sobre técnicas para reducir el estrés.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO DE LA COMUNIDAD

Definición de la NANDA-I*

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 en el manejo de problemas o agentes estresantes actuales o futuros y que puede ser mejorado.[1]

Características definitorias*

Expresa deseos de mejorar la comunicación entre los miembros de la comunidad

Expresa deseos de mejorar la comunicación entre los subgrupos y la comunidad mayor

Expresa deseos de mejorar la disponibilidad de programas para la relajación para la comunidad

Expresa deseos de mejorar la disponibilidad de programas recreativos para la comunidad

Expresa deseos de mejorar la planificación activa de la comunidad para afrontar agentes estresantes

Expresa deseos de mejorar la responsabilidad de la comunidad en el manejo del estrés

Expresa deseos de mejorar los recursos de la comunidad para manejar los agentes estresantes

Expresa su deseo de aumentar la resolución de problemas identificados

[1]Esta definición fue publicada originalmente por L.J. Carpenito y ha sido adaptada por la NANDA-I.

Nota de la autora

Diagnóstico que se puede usar para describir una comunidad que desea mejorar un patrón de afrontamiento que ya es eficaz. Para ayudarla a alcanzar un mayor nivel de desempeño, deben tratarse primero sus necesidades básicas de alimento, vivienda, seguridad, entorno limpio y red de apoyo. Cuando estas necesidades se satisfagan, los programas podrán centrarse en un mayor nivel de funcionamiento, como su bienestar y autorrealización. Los programas de la comunidad se pueden diseñar a partir de una valoración de la misma o debido a una demanda de la propia comunidad. Se pueden centrar en mejorar la promoción de la salud en temas relacionados con una óptima nutrición, control de peso, programas de ejercicio regular, gestión constructiva del estrés, apoyo social, responsabilidades de los roles y preparación para afrontar los acontecimientos vitales, como el retiro/jubilación, la crianza de los hijos y el embarazo.

NOC

Competencias de la comunidad, estado de salud de la comunidad, control de riesgos de la comunidad.

Objetivos

La comunidad (especificar tipo, p. ej., el pueblo de Mullica Hill, el barrio del sudeste de South Tucson) ofrecerá programas para mejorar (especificar tipo de enfoque, p. ej., nutrición), evidenciado por los siguientes indicadores:

- Identifica las necesidades de promoción de la salud como (especificar: p. ej., disminución diaria de alimentos ricos en grasas, aumento de la ingesta de frutas y verduras).
- Logra los recursos necesarios (especificar: p. ej., expertos locales, nutricionistas, estudiantes universitarios).
- Desarrolla programas (especificar: reunión de salud, cafetería escolar, material impreso) basados en la valoración de sus necesidades.
- Implanta programas para la salud (p. ej., el programa de alimentación saludable del Plan de la alimentación saludable de la Asociación Americana de la Diabetes).

NIC

Desarrollo de programas, identificación de riesgos, impulso de la salud comunitaria, protección contra los riesgos ambientales.

Intervenciones

Dirigir grupos focales para analizar los programas de ayuda a los residentes con el afrontamiento positivo de las tareas del desarrollo

- Organizar grupos focales según la edad, que incluyan grupos diversos.

R: *Las evaluaciones de grupos de enfoque son ventajosas debido a su eficiencia y bajo costo (Allender, Rector y Warner, 2014).*

Diseñar programas dirigidos a una población específica

Adolescentes (13 a 18 años)

- Planificación de la carrera.
- Gestión del estrés.

Adultos jóvenes (18 a 35 años)

- Selección de la carrera.
- Relaciones constructivas.
- Equilibrio de la propia vida.

- Temas parentales.

Adultos de media edad (35 a 65 años)

- Sacar a los hijos adelante.
- Relaciones recíprocas.
- Envejecimiento de los padres.
- Tiempo de entretenimiento de calidad.

Adultos mayores (65 años y mayores)

- Temas relacionados con retiro/jubilación.
- Equilibrio de la propia vida.
- Anticipación de las pérdidas.
- Hechos y mitos del envejecimiento.

Todas las edades

- Planificación ciudadana.
- Satisfacción de las necesidades de todos los miembros de la comunidad.
- Intervención de crisis.
- Duelo.
- Participación de la comunidad.

R: *Los eventos del ciclo de vida son tareas de desarrollo predecibles en adultos jóvenes, de mediana edad, y adultos mayores (referir a Conceptos clave para más detalles). Programas en la comunidad pueden ser planeados para apoyar a individuos a adaptarse de forma exitosa a los eventos de la vida (Clemen-Stone, Eigasti y McGuire, 2001; Nies y McEwen, 2014).*

Discutir programas que promuevan un alto nivel de bienestar

- Nutrición óptima.
- Control de peso.
- Programas de ejercicio.
- Programas de socialización.
- Resolución eficaz de problemas.
- Prevención de lesiones.
- Calidad ambiental.

Definir las necesidades de promoción de la salud dirigidas a cada objetivo

- Analizar la valoración de la comunidad.
- Priorizar las necesidades:
  - Organizar las respuestas de los grupos focales.
  - Probabilidad de éxito.
  - Proporción coste/beneficio (p. ej., recursos disponibles).
  - Potencial de elaboración de programas.

Seleccionar un programa de promoción de salud

- Identificar la población diana (p. ej., toda la comunidad, los adultos ancianos, los adolescentes).
- Establecer un calendario para la planificación y para las etapas de implantación.

Reunirse con grupos de la comunidad (centros de salud, grupos religiosos, organismos gubernamentales) para revisar los resultados de los grupos focales y estudiar la programación en colaboración

R: *El desarrollo comunitario puede fomentar liderazgo nuevo y existente y fortalecer las organizaciones comunitarias y la colaboración interorganizacional (Nies y McEwen, 2014).*

Diseñar el programa

- Desarrollar objetivos detallados para el programa y el marco de evaluación que va a emplearse.
  - Contenido.
  - Tiempo necesario.
  - Método ideal de enseñanza para el grupo diana.
  - Ayudas didácticas (p. ej., materiales impresos en gran formato).
- Establecer los recursos necesarios y las fuentes.
  - Espacio.
  - Facilidades de transporte.
  - Día de la semana óptimo.
  - Momento del año óptimo.
  - Suministros, equipo audiovisual.
  - Economía (presupuesto, donaciones).
- Dar a conocer el programa.
  - Medios de comunicación (p. ej., periódico, televisión, radio).
  - Carteles (tiendas de alimentos, estación de tren).

- Folletos (distribuirlos de camino a casa desde la escuela).
- Boca a boca (organizaciones religiosas, centros sociales, escuelas).
- Conferenciante invitado (centros sociales, escuelas).

R: *Como defensor y enlace de la comunidad, la enfermera de salud de la comunidad colabora con otras disciplinas y agencias para emparejar los recursos con las necesidades de la comunidad identificadas para el éxito del programa (*Edelman y Mandle, 2010).*

Proporcionar el programa y evaluar si se alcanzaron los resultados (objetivos) deseados

- Número de participantes.
- Retroalimentación negativa.
- Objetivos alcanzados.
- Gastos reales frente a los presupuestados.
- Estadísticas (p. ej., accidentes de bicicleta).
- Evaluaciones de los participantes.
- Planificación adecuada.
- Revisión para planificaciones futuras.
- Responsabilidades compartidas.

R: *La evaluación determinará si el programa fue completamente efectivo, en parte efectivo, o inefectivo en lograr los objetivos del programas (*Edelman y Mandle, 2010).*

Determinar las fortalezas y limitaciones del programa y, si está indicado, planificar un nuevo enfoque.

R: *Los programas de promoción de la salud de la comunidad deben demostrar efectividad en ganar continuamente apoyo comunitario y económico (*Edelman y Mandle, 2010).*

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES

Definición de la NANDA-I*

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*

Expresa deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los objetivos socioculturales

Expresa deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los valores socioculturales

Expresa deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los objetivos

Expresa deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los valores Expresa deseos de mejorar la toma de decisiones

Expresa deseos de mejorar el análisis riesgo-beneficio de las decisiones

Expresa deseos de mejorar la comprensión del significado de las elecciones

Expresa deseos de mejorar la comprensión de las elecciones para la toma de decisiones

Expresa deseos de mejorar el uso de evidencias fiables para la toma de decisiones

NOC

Toma de decisiones, procesamiento de la información.

Objetivos

La persona/grupo informará de un aumento de la satisfacción con la toma de decisiones, evidenciado por el siguiente indicador:

- Identifica dos nuevas estrategias (especificar) para mejorar la toma de decisiones.

NIC

Apoyo a la toma de decisiones, establecimiento de objetivos comunes.

Intervenciones

- Véanse las intervenciones en *Conflicto de decisiones*.
- Véase internet para hallar páginas de recursos e información sobre la toma de decisiones.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES INDEPENDIENTE

Definición de la NANDA-I*

Proceso de toma de decisiones relacionado con los cuidados sanitarios que incluye conocimiento del afectado y/o consideración a normas sociales, que puede ser reforzado.

Características definitorias

Expresa deseo de mejorar el confort al verbalizar las opciones de cuidados sanitarios en presencia de otros

Expresa deseo de mejorar la capacidad de comprender todas las opciones disponibles de cuidados sanitarios

Expresa deseo de mejorar la capacidad de verbalizar la opinión propia sin limitaciones

Expresa deseo de mejorar la confianza en la toma de decisiones Expresa deseo de mejorar la confianza para discutir las opciones de cuidados sanitarios abiertamente

Expresa deseo de mejorar la capacidad de escoger opciones de cuidados sanitarios que mejor se adapten a su estilo de vida habitual

Expresa deseo de mejorar la intimidad para discutir las opciones de cuidados sanitarios

Expresa deseo de mejorar la toma de decisiones

Expresa deseo de mejorar la capacidad de poner en marcha las opciones de cuidados sanitarios escogidas

NOC

Toma de decisiones, procesamiento de información.

Objetivos

El individuo/grupo reportará satisfacción incrementada con la toma de decisiones, como es evidenciado por el siguiente indicador:

- Identificar dos nuevas estrategias (especificar) para mejorar la toma de decisiones.

NIC

Apoyo a la toma de decisiones, establecimiento de objetivos mutuo.

Intervenciones

Referir a Intervenciones para *Toma de decisiones emancipada*

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR

Definición de la NANDA-I*

Patrón de manejo de las tareas adaptativas por parte de la persona de referencia (familiar, persona significativa o amigo íntimo) implicada en el cambio en la salud del paciente, que puede ser reforzado.

Características definitorias*

Expresa deseos de reconocer el impacto de la crisis en el crecimiento

Expresa deseos de escoger experiencias que mejoran el bienestar

Expresa deseos de mejorar la conexión con otros que han experimentado una situación similar

Expresa deseos de mejorar el enriquecimiento del estilo de vida

Expresa deseos de mejorar la promoción de salud

Factores relacionados

Véase *Interrupción de los procesos familiares*.

Nota de la autora

Diagnóstico enfermero que describe componentes que se encuentran en *Interrupción de los procesos familiares*. Hasta que la investigación clínica distinga esta categoría de la mencionada anteriormente, y dependiendo de los datos presentados, use *Interrupción de los procesos familiares*.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS FAMILIARES

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias*

Expresa deseos de mejorar el equilibrio entre la autonomía y la cohesión

Expresa deseos de mejorar el patrón de comunicación

Expresa deseos de mejorar el nivel de energía que da soporte a las actividades de la vida diaria

Expresa deseos de mejorar la adaptación de la familia a los cambios

Expresa deseos de mejorar la dinámica familiar

Expresa deseos de mejorar la resiliencia familiar

Expresa deseos de mejorar el crecimiento de los miembros de la familia

Expresa deseos de mejorar la interdependencia con la comunidad

Expresa deseos de mejorar el mantenimiento de los límites entre los miembros de la familia

Expresa deseos de mejorar el respeto por los miembros de la familia

Expresa deseos de mejorar la seguridad de los miembros de la familia

NOC

Entorno familiar: interno.

Objetivos

La familia expresará su disposición para mejorar la dinámica y el crecimiento.

NIC

Promoción de la participación familiar, promoción de la integridad familiar.

Intervenciones

Discutir los elementos que influyen en la promoción de la salud en una familia (Kaakinen y cols., 2015)

R: *Estos elementos interactúan uno con el otro, y necesitan ser abordados para intervenciones de promoción de la salud familiar exitosas. Las sugerencias para la promoción de la salud que entran en conflicto con la cultura, religión, o espiritualidad familiar serán reflejadas (Kaakinen, 2015).*

- Cultura familiar.
- Modelos de roles/patrones de estilo de vida.
- Nutrición familiar.
- Religión/espiritualidad.
- Procesos familiares.
- Animar a la familia a examinar el tipo de comunicación (verbal, no verbal) que utilizan y las interacciones familiares (Kaakinen, 2010).

- ¿Son eficaces?
- ¿Participan todos los miembros en la comunicación de sentimientos y en la toma de decisiones?
- ¿Hay interacciones positivas de refuerzo?
- ¿Es el modelo de roles de los padres positivo para los procesos familiares?

R: *Las interacciones efectivas y positivas mejoran el estilo de vida de la familia y la adaptación a transiciones/estresores. Ellos promueven la cohesión y los estilos de vida más saludables (Kaakinen, 2010).*

- Transmitir que la familia tiene capacidad para alcanzar un mayor nivel de salud y tiene derecho a disponer de la información de salud necesaria para tomar decisiones informadas.
- Obtener de la familia áreas en las que pueda crecer y cambiar. Asegurar el compromiso de todos sus miembros (p. ej., mejora de la nutrición, ejercicio físico, comidas familiares, actividades de relajación en grupo, tiempo en familia).

R: *Estas colaboraciones promueven el empoderamiento familiar para tomar decisiones más saludables.*

- Determinar un área de mejora y redactar un contrato familiar de autocuidado (Bomar, 2005; Kaakinen y cols. 2010).
- Fijar un objetivo, su momento de inicio y su frecuencia.
- Desarrollar un plan.
- Asignar responsabilidades.
- Evaluar los resultados.
- Modificar, renegociar o terminar.

R: *Un contrato escrito de autocuidado representa una negociación y compromiso de todos los miembros (Kaakinen y cols. 2010).*

- Guiar a la familia para hallar recursos de manera independiente (p. ej., recursos de la comunidad, páginas web).

R: *Las familias desean información sobre problemas de desarrollo y la promoción de la salud, y buscar información es empoderamiento (Kaakinen y cols. 2010).*

- Véase *Interrupción de los procesos familiares* para otras intervenciones con las que fortalecer el desarrollo familiar y promover la integridad familiar, el apoyo mutuo y el funcionamiento positivo.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL EQUILIBRIO DE

LÍQUIDOS

Definición de la NANDA-I*

Patrón de equilibrio entre volumen de líquido y la composición química de los fluidos del cuerpo, que puede ser reforzado.

Características definitorias

Manifiesta deseos de mejorar el balance de líquidos

Nota de la autora

Si el patrón de equilibrio entre el volumen de líquidos y la composición química de los líquidos corporales de una persona es suficiente para cubrir las necesidades físicas, ¿cómo se puede mejorar? ¿No sería más útil centrarse en la educación para la salud bajo el diagnóstico *Riesgo de déficit de volumen de líquidos*?

NOC

Equilibrio de líquidos, hidratación, equilibrio electrolítico.

Objetivos

La persona informará de un aumento de la satisfacción con el equilibrio de líquidos, evidenciado por el siguiente indicador:

- Identifica dos nuevas estrategias (especificar) para mejorar el equilibrio de líquidos.

NIC

Gestión de líquidos/electrólitos.

Intervenciones

Véanse las intervenciones de *Déficit de volumen de líquidos*.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA SALUD

Definición de la NANDA-I*

Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el

tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que puede ser reforzado.

Características definitorias*

Expresa deseos de mejorar las elecciones de la vida diaria para satisfacer los objetivos.

Expresa deseos de mejorar el manejo de su enfermedad

Expresa deseos de mejorar el manejo del régimen prescrito

Expresa deseos de mejorar el manejo de los factores de riesgo

Expresa deseos de mejorar el manejo de síntomas

Expresa deseos de mejorar el estado de inmunización Expresa el deseo de gestionar la enfermedad (p. ej., el tratamiento y la prevención de secuelas)

Las decisiones de la vida diaria son apropiadas para alcanzar los objetivos (p. ej., tratamiento, prevención)

Expresa poca dificultad con los tratamientos prescritos

Describe la reducción de los factores de riesgo

No hay una aceleración inesperada de los síntomas de la enfermedad

Nota de la autora

Diagnóstico que se puede usar para centrarse en un cambio personal o de estilo de vida en un área específica que es eficaz y que puede mejorarse para aumentar la gestión de una enfermedad.

NOC

Cumplimiento terapéutico, creencias de salud, conductas promotoras de la salud, bienestar.

Objetivos

La persona expresará el deseo de avanzar desde su estado de bienestar actual hacia uno mayor en la gestión de una enfermedad (especificar) (p. ej., nutrición, toma de decisiones), evidenciado por el siguiente indicador:

- Identifica dos nuevas estrategias (especificar) para mejorar la gestión de la enfermedad/condición.

NIC

Educación para la salud, identificación de riesgos, clarificación de valores, modificación conductual, mejora del afrontamiento, conocimientos: recursos de salud.

Intervenciones

Las siguientes intervenciones son apropiadas para cualquier diagnóstico enfermero de promoción de la salud que se centre en las decisiones y los cambios en el estilo de vida, por ejemplo, *Disposición para mejorar la nutrición, el rol parental, el sueño, la lactancia, el afrontamiento familiar* y los *procesos familiares*. Estas áreas de bienestar y promoción de la salud se pueden encontrar fácilmente en la Sección 1 con intervenciones de promoción de la salud en diagnósticos enfermeros como *Estilo de vida sedentario*, *Riesgo para la gestión ineficaz de la salud* y *Desequilibrio nutricional*. Algunas de las intervenciones para los diagnósticos enfermeros de promoción de la salud, tales como *Disposición para mejorar el duelo*, *Disposición para mejorar el afrontamiento* o *Disposición para mejorar la toma de decisiones* se pueden encontrar en la Sección 1, bajo cada uno de los diagnósticos enfermeros. Por ejemplo, en *Conflicto de decisiones* hay intervenciones que pueden promover una mejor toma de decisiones aun para alguien que ya está tomando buenas decisiones.

Participar en negociación colaborativa

- Preguntar: ¿Cómo puedes ser más sano? Enfocarse en el área de elecciones individuales.

R: *Entrevista motivacional involucra ayudar a la persona a identificar la discrepancia entre las conductas presentes y los objetivos de salud futuros. Pedir a alguien que identifique un estilo de vida no saludable* versus *decirle que él o ella necesita perder peso, dejar de fumar, ejercicio, comer mejor, y más, comienza una conversación mutua* versus *una sentencia unilateral.*

Evaluar

- Lenguaje primario: capacidad de leer y escribir en lenguaje primario.
- Inglés como segundo lenguaje.
- Inglés como lenguaje primario; capacidad de leer, escribir.

Nota de Carpenito

Para resultados exitosos para el manejo propio de la salud en casa, técnicas específicas de enseñanza han mostrado ser efectivas. Referir al Apéndice A para técnicas para mejorar la alfabetización de salud en el lecho de cama y en la comunidad.

Completar la valoración de uno o más patrones funcionales de salud según los deseos de la persona

Renovar los datos con la persona o grupo

- ¿La persona/grupo informa de una salud buena o excelente?
- ¿La persona desea aprender un comportamiento que optimice la salud en un patrón específico?

R: *Cada día los individuos deciden lo que van a comer, si van a ejercitarse, y otras elecciones de estilo de vida (*Bodenheimer, MacGregor y Sharifi, 2005).*

Centrarse en el enfoque de bienestar que el individuo seleccionó

Animar a la persona a seleccionar sólo un centro de atención de bienestar a la vez (p. ej., ejercicio, disminución de la ingesta de carbohidratos, aumento de la ingesta de agua).

R: *Abordar cambios de conducta múltiples a la vez requiere mucho tiempo, lo cual puede desmotivar el cambio (*Bodenheimer y cols., 2005).*

Determinar con el individuo tres nuevas conductas que son factibles como

- No dejar de comer.
- Reducir o eliminar bebidas con azúcar (p. ej., soda, jugo).
- Comer al menos tres porciones de vegetales (p. ej., botanas de zanahoria).
- Moverse más como al usar las escaleras, estacionarse más lejos del destino, o caminar con un amigo.

Referir a *Riesgo de sobrepeso* para Guías de alimentación saludable

Referir a los recursos educativos sobre un enfoque en particular (impresos, en línea); ejemplos de bases de datos/sitios web genéricos incluyen:

- www.seekwellness.com/wellness/
- www.cdc.gov/—Centers for Disease Control and Prevention.
- www.agingblueprint.org—focuses on aging well.
- www.nhlbi.nih.gov—US Department of Health and Human Services.
- www.ahrq.gov—US Preventive Services Task Force.
- www.health.gov—various health topics.
- www.nih.gov—National Institutes of Health.
- www.fda.gov—Food and Drug Administration.
- www.mbmi.org—Mind-Body Medical Institute.
- www.ahha.org—American Holistic Health Association.

Analizar las estrategias o cambios de conducta considerados como objetivos; pedir a la persona que registre objetivos realistas y plazos de tiempo que sean muy específicos; evitar las recomendaciones del tipo “hacer más ejercicio” o “comer menos”

- Por ejemplo, objetivo: voy a reducir mi ingesta diaria de carbohidratos.
- Indicadores: reducir la ingesta diaria de galletas de cinco a dos.
- Cambiar la pasta normal a otra integral.
- Reducir la ingesta de patatas al 50% y sustituirlas por el 50% de tubérculos.

Preguntar a la persona si puede establecer contacto con ella en períodos señalados (cada mes, a los 4 o 6 meses, al cabo de 1 año); llamar o enviar un correo electrónico para analizar el progreso

Recomendar a la persona que repita este proceso conforme lo desee en otros patrones funcionales de salud

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA

Definición de la NANDA-I*

Patrón de expectativas y deseos para movilizar energía en beneficio propio, que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Características definitorias*

Expresa deseos de mejorar la congruencia entre las expectativas y los objetivos

Expresa deseos de mejorar la habilidad para fijar objetivos alcanzables

Expresa deseos de mejorar la resolución de problemas para alcanzar los objetivos

Expresa deseos de mejorar la confianza en las posibilidades

Expresa deseos de mejorar la espiritualidad

Expresa deseos de mejorar el sentimiento de significado de vida

Expresa deseos de mejorar la conexión con los demás

Expresa deseos de mejorar la esperanza

NOC

Véase *Desesperanza*.

Objetivos

La persona informará de un aumento de la esperanza, evidenciado por el siguiente indicador:

- Identifica dos nuevas estrategias (especificar) para mejorar la esperanza.

NIC

Véase *Desesperanza*.

Intervenciones

Véase *Desesperanza* para intervenciones que promuevan la esperanza. Véase internet para hallar páginas de recursos e información sobre la esperanza.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA CONDUCTA

ORGANIZADA DEL LACTANTE

Definición de la NANDA-I*

Un patrón de modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y conductual de un lactante (p. ej., los sistemas autonómico, motor, organizativo, autorregulador y de atención-interacción) que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Características definitorias (*Blackburn y Vandenberg, 1993)

Funcionamiento motriz dificultado

Contención insuficiente en el ambiente

Procedimiento invasivo

Impedimento oral

Dolor

Los padres expresan deseos de mejorar las condiciones ambientales

Prematuridad

Procedimiento

Nota de la autora

El diagnóstico describe a un lactante que responde al entorno con signos autónomos, organizativos y motores estables y predecibles. El objetivo de las intervenciones es promover un desarrollo continuo y estable y reducir el exceso de estímulos ambientales que pueden causar estrés al lactante. Debido a que es un diagnóstico de salud, no es necesario el uso de factores relacionados. La enfermera puede escribir la formulación diagnóstica como *Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante* evidenciado por su capacidad de regular los sistemas autónomo, motor y organizativo ante los estímulos del entorno. Sin embargo, el *Riesgo de conducta infantil desorganizada* sería más apropiado.

NOC

Desarrollo infantil: especificar edad, sueño y nivel de confort.

Objetivos

El lactante continuará con un crecimiento y desarrollo apropiados para su edad y no sufrirá estímulos ambientales excesivos. El(los) progenitor(es) demostrará(n) una gestión que promueva la estabilidad, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Describe(n) las necesidades de desarrollo del lactante.
- Describe(n) los primeros signos de estrés por agotamiento.
- Demuestra(n):
  - Caricias dulces y suaves.
  - Tono melódico de voz, arrullos.
  - Contemplación mutua.
  - Movimientos rítmicos.
  - Reconocimiento de todas las vocalizaciones del bebé.
  - Reconocimiento de las cualidades tranquilizadoras de las acciones.

NIC

Cuidados del desarrollo, cuidados del niño, mejora del sueño, gestión del entorno: confort, educación parental: promoción de la vinculación al lactante, apoyo de los cuidadores, técnica tranquilizadora.

Intervenciones

Explicar a los padres los efectos del exceso de estrés ambiental en el niño

Proporcionar una lista de signos de estrés de su niño; véase *Conducta desorganizada del lactante* para una lista de signos

Enseñar a los padres a finalizar la estimulación si el lactante muestra señales de estrés

R: *Infantes prematuros deben adaptarse al ambiente extrauterino con los sistemas del cuerpo subdesarrollados (*Vandenberg, 1990). Estos infantes pueden tolerar sólo una actividad a la vez (*Blackburn, 1993).*

Modelar las intervenciones del desarrollo

- Ofrecer sólo cuando el lactante esté alerta (si es posible, enseñar a los padres ejemplos de alerta y no alerta).
- Comenzar con un estímulo a la vez (tacto, voz).
- Proporcionar intervención durante poco tiempo.
- Incrementar las intervenciones según los signos del niño.
- Procurar intervenciones frecuentes y breves en lugar de poco frecuentes y de larga duración.
- Estimulación (visual, auditiva, vestibular, táctil, olfatoria, gustativa).
- Períodos de alerta.
- Requisitos de sueño.

R: *Los padres necesitan entender que ellos deben llevar el ritmo del tipo, cantidad, intensidad, y el momento de la estimulación. Las señales de conducta del infante deben guiar estas decisiones (*Becker, 1997).*

Explicar, modelar y observar la participación de los padres en las intervenciones de desarrollo

Visuales

- Contacto visual.
- Experiencias cara a cara.
- Colores muy contrastados, formas geométricas (p. ej., figuras en blanco y negro en un móvil de papel); hasta las 4 semanas, usar móviles simples de cuatro platos de papel tamaño postre con tiras, cuatro dameros cuadrados, un punto negro, y una simple diana, colgada a 20 a 25 cm de los ojos del bebé.

Auditivas

- Usar vocalizaciones agudas.
- Reproducir suavemente música clásica.
- Usar diferentes inflexiones de voz.
- No hablar en voz muy alta.
- Llamar al bebé por su nombre.
- Evitar los patrones de voz monótonos.

Vestibulares (movimientos)

- Mecer al bebé en una silla.
- Colocar al niño en una silla balancín.
- Cerrar el puño del lactante alrededor de un juguete suave.
- Cambiar lentamente de posición durante la manipulación.
- Procurarle apoyo para la cabeza.

Táctiles

- Tocar de forma firme y suave como acercamiento inicial.
- Contacto piel a piel en una habitación cálida.
- Proveer texturas alternativas (p. ej., badana, terciopelo, raso).
- No acariciar si las respuestas son desorganizadas.

Olfativas

- Usar un perfume suave.

Gustativas

- Permitir la succión no nutritiva (p. ej., chupete, mano en la boca).

R: *Cuidado de desarrollo individualizado puede mejorar los resultados de desarrollo, incremento de peso, sueño, función motriz, tolerancia al dolor, y alimentación. Los padres son ayudados a entender las necesidades del infante, lo cual puede mejorar el apego y reducir los miedos (Als y cols., 2003).*

Promover la adaptación y la estabilidad en las actividades de cuidados (*Blackburn y Vandenberg, 1993; Merenstein y Gardner, 1998)

Al despertarlo

- Entrar despacio en la habitación.
- Encender la luz y abrir las cortinas lentamente.
- Evitar hacer andar al niño si está dormido.

Al cambiarlo

- Mantener la habitación atemperada.
- Cambiar con cuidado la posición: sostener las extremidades durante el movimiento.
- Detener el cambio si el lactante está irritable.

Al alimentarlo

- Alimentarlo cuando esté en estado de alerta.
- Mantener al niño cerca y, si es necesario, envolverlo en una manta.

Al bañarlo

- Dejar el abdomen al descubierto puede ser estresante.
- Cubrir las partes del cuerpo que no se van a mojar.
- Proceder lentamente; descansar.
- Ofrecer el chupete o una mano para chupar.
- Eliminar el ruido innecesario.
- Hablar con voz suave y tranquilizadora.

Explicar la necesidad de reducir los estímulos ambientales cuando se saque al niño al exterior

- Protegerle los ojos de la luz.
- Envolver al niño de tal manera que sus manos puedan alcanzar la boca.
- Protegerle de los ruidos altos.

Elogiar a los padres por los patrones de interacción; destacar las respuestas de participación del niño

Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, si está indicado

- Explicar que las intervenciones de desarrollo cambiarán con la madurez. Véase *Retraso en el crecimiento y desarrollo* para necesidades específicas de desarrollo relacionadas con la edad.
- Procurar a los padres recursos para obtener ayuda en casa (p. ej., recursos de la comunidad).
- Véase internet para hallar páginas de recursos e información sobre los recién nacidos prematuros.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONOCIMIENTO (ESPECIFICAR)

Definición de la NANDA-I*

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*

Expresa deseo de mejorar en el aprendizaje

Nota de Carpenito

Disposición para mejorar los conocimientos es un diagnóstico general. Todos los diagnósticos enfermeros (reales, de riesgo y de promoción de la salud) buscan mejorar los conocimientos. Una vez que se identifica el área específica en la que mejorar los conocimientos, consultar el diagnóstico específico, por ejemplo, *Disposición para mejorar la nutrición, Duelo, Riesgo de deterioro parental, Mantenimiento ineficaz de la salud* o *Gestión ineficaz de la propia salud*. No es necesario el diagnóstico de *Disposición para mejorar los conocimientos* porque falta la razón, el deseo o la necesidad de los conocimientos.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN

Definición de la NANDA-I*

Patrón de aporte de nutrientes que puede ser reforzado.

Características definitorias*

Expresa deseo de mejorar la nutrición

NOC

Estado nutricional, enseñanza de la nutrición.

Objetivos

La persona/grupo informará de un mejor equilibrio nutricional, evidenciado por el siguiente indicador:

- Identifica dos nuevas estrategias (especificar) para mejorar la nutrición.

NIC

Gestión de la nutrición, control de la nutrición.

Intervenciones

- Referir a *Riesgo de desequilibrio nutricional* para intervenciones que promuevan una alimentación saludable como comidas y fluidos nutricionalmente densos.
- Referir a sitios de internet en busca de recursos e información sobre nutrición
  - www.myplate.gov
  - www.health.gov/dietaryguidelines

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL ROL PARENTAL

Definición de la NANDA-I*

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 expresa el deseo de mejorar el entorno doméstico

Expresa deseos de mejorar la maternidad/paternidad

El padre/madre expresa el deseo de mejorar el apoyo emocional al niño

El padre/madre expresa el deseo de mejorar el apoyo emocional a otra persona o personas dependientes

Nota de la autora

Véase *Interrupción de los procesos familiares* para estrategias sobre cómo apoyar eficazmente el funcionamiento familiar.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL PODER

Definición de la NANDA-I*

Patrón de participación consciente en el cambio que es suficiente para alcanzar el bienestar y que puede ser reforzado.

Características definitorias*

Expresa deseos de mejorar la toma de conciencia de posibles cambios

Expresa deseos de mejorar la identificación de elecciones que puede realizar para el cambio

Expresa deseos de mejorar la participación en elecciones para la salud

Expresa deseos de mejorar los conocimiento para la participación en el cambio

Expresa deseos de mejorar la participación en elecciones para la vida diaria

Expresa disposición de mejorar el poder

NOC

Creencias de salud: percepción de control, participación, decisiones sobre el cuidado de la salud.

Objetivos

La persona/grupo informará de un mayor poder, evidenciado por el siguiente indicador:

- Identifica dos nuevas estrategias (especificar) para mejorar el poder.

NIC

Apoyo en la toma de decisiones, facilitación de la autorresponsabilidad, enseñanza: individual.

Intervenciones

Véase *Impotencia* para estrategias con las que incrementar el poder.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RELACIÓN

Definición de la NANDA-I*

Patrón de colaboración mutua que es suficiente para satisfacer las necesidades de cada uno y que puede ser reforzado.

Características definitorias*

Expresa deseos de mejorar la autonomía entre la pareja

Expresa deseos de mejorar la colaboración entre la pareja

Expresa deseos de reforzar la comunicación en la pareja.

Expresa deseos de mejorar la satisfacción de las necesidades emocionales de la pareja.

Expresa deseos de mejorar el respeto mutuo entre la pareja

Expresa deseos de mejorar la satisfacción con relaciones complementarias de los miembros de la pareja

Expresa deseos de mejorar la satisfacción compartiendo información con su pareja

Expresa deseos de mejorar la satisfacción compartiendo ideas con su pareja

Expresa deseos de mejorar la satisfacción de las necesidades físicas de la pareja

Expresa deseos de mejorar la comprensión del déficit funcional de la pareja (p. ej., físico, social, psicológico)

Objetivos

La persona informará de una satisfacción creciente con su relación de pareja, evidenciado por el siguiente indicador:

- Identifica dos nuevas estrategias (especificar) para mejorar la relación.

Intervenciones

Enseñar a (*Murray, Zentner y Yakimo, 2009):

- Hablar diariamente sobre los sentimientos.
- Entender los sentimientos de la pareja.
- Analizar las conversaciones de "¿qué pasa si ?"

R: *El compartir sentimientos de forma regular da oportunidad de resolver problemas pequeños antes de que escalen.*

Variar las responsabilidades, programas, tareas y roles familiares

R: *Cada miembro de la familia debe asumir una tarea asignada, con agitación.*

Hacer participar al(a la) compañero(a) cuando se analicen y validen las soluciones o pedirle su opinión sobre el problema

R: *Esta estrategia da un foro para cada pareja.*

Establecer un sistema de apoyo que pueda ayudar cuando se necesite; procurar dicho apoyo a otras familias o personas que lo requieran

En momentos de gran estrés o crisis, compartir los sentimientos de culpa, ira o desesperanza

R: *La discusión de sentimientos sobre la situación clarifica que el estrés está relacionado a la situación, y no es sobre la pareja.*

Participar juntos en actividades como pareja, familia

R: *Una actividad disfrutable puede unir a una familia. Aislar conductas puede incrementar miedos y enojo.*

Véase *Duelo*, *Cansancio del rol de cuidador*, *Proceso familiar comprometido*, si está indicado

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RELIGIOSIDAD

Definición de la NANDA-I*

Capacidad para aumentar la confianza entre las creencias religiosas y/o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular que es suficiente para el bienestar y puede fortalecerse.

Características definitorias

Expresa deseos de mejorar las costumbres religiosas que ha utilizado en el pasado

Expresa deseos de mejorar la conexión con los líderes religiosos

Expresa deseos de mejorar el perdón

Expresa deseos de mejorar la participación en experiencias religiosas

Expresa deseos de mejorar la participación en las prácticas religiosas (p. ej., ceremonias, regulaciones dietéticas, vestido, rezos, culto/servicios religiosos, prácticas para los días festivos)

Expresa deseos de mejorar los patrones de creencias que ha utilizado en el pasado

Expresa deseos de mejorar sus opciones religiosas

Expresa deseos de mejorar el uso de material religioso

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RESILIENCIA

Definición de la NANDA-I*

Patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis que es suficiente para optimizar el potencial humano y puede ser reforzada.

Características definitorias*

Expresa deseos de mejorar la perspectiva positiva

Exposición a una crisis

Expresa deseos de mejorar los recursos disponibles

Expresa deseos de mejorar las habilidades de comunicación

Expresa deseos de mejorar la seguridad del entorno

Expresa deseos de mejorar el establecimiento de objetivos

Expresa deseos de mejorar su involucramiento en las actividades

Expresa deseos de mejorar la responsabilidad de sus acciones

Expresa deseos de mejorar en el progreso hacia el logro de objetivos

Expresa deseos de mejorar las relaciones con otros

Expresa deseos de mejorar la resiliencia

Expresa deseos de mejorar la autoestima

Expresa deseos de mejorar la sensación de control

Expresa deseos de mejorar los sistemas de apoyo

Expresa deseos de mejorar el uso de estrategias de manejo de conflictos

Expresa deseos de mejorar el uso de habilidades de afrontamiento

Expresa deseos de mejorar el uso de los recursos

Usa eficazmente estrategias de gestión de conflictos

Mejora sus habilidades personales de afrontamiento

Identifica los sistemas de apoyo

Aumenta las relaciones positivas con los demás

Participa en actividades

Avanza hacia el logro de los objetivos

Presencia de una crisis

Mantiene un entorno seguro

Fija objetivos

Se responsabiliza de sus acciones

Tiene habilidades comunicativas eficaces

Expresa verbalmente un mejor sentido de control

Expresa verbalmente el autocontrol

Factores relacionados

Datos demográficos que aumentan las posibilidades de inadaptación

Consumo de drogas	Enfermedad mental parental
Sexo	Escaso control de impulsos
Rol parental inconsistente	Pobreza
Poca inteligencia	Trastornos psicológicos
Poca educación materna	Condición
Familia grande	Violencia
Pertenencia a una minoría	Factores de vulnerabilidad que abarcan índices que exacerban la negativa refleja del riesgo

Nota de la autora

Diagnóstico de la NANDA-I que se centra en el concepto de resiliencia, que es una fuerza que permite a una persona perseverar y vencer las dificultades. Cuando se enfrenta a una crisis o a un problema, esta persona responde constructivamente con soluciones o una adaptación efectiva. La resiliencia no es un diagnóstico enfermero, sino una característica importante y vital que se puede cultivar y enseñar a los niños para ayudarles a enfrentarse a acontecimientos vitales problemáticos.

Las características definitorias describen un afrontamiento mejor o más eficaz. En contraste, los factores relacionados son factores contribuyentes para el afrontamiento ineficaz.

La autora recomienda:

- Usar *Riesgo de afrontamiento ineficaz* vinculado con los factores relacionados enumerados anteriormente para ayudar a prevenir el afrontamiento ineficaz.
- Usar *Afrontamiento ineficaz* asociado con los factores relacionados antes mencionados si se presentan las características definitorias de *Afrontamiento ineficaz*

(véase *Afrontamiento ineficaz* en la Sección 1 para características definitorias específicas.)

- Véanse las intervenciones para promover la resiliencia en niños y adultos (véase resiliencia en el índice para las páginas específicas.)

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO

Definición de la NANDA-I*

Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Características definitorias*

Expresa deseos de aumentar la independencia para mantenerse vivo

Expresa deseos de aumentar la independencia en su salud

Expresa deseos de aumentar la independencia de su vida

Expresa deseos de aumentar la independencia en su desarrollo personal.

Expresa deseos de aumentar la independencia en su bienestar

Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado

Expresa deseos de aumentar el autocuidado

Nota de Carpenito

Diagnóstico que se centra más en mejorar las actividades de autocuidado. Véase *Déficit de autocuidado* para intervenciones que mejoren el autocuidado.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCONCEPTO

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias*

Aceptación de las limitaciones

Aceptación de las fortalezas

Las acciones son congruentes con la expresión verbal

Expresa confianza en sus habilidades

Expresa deseos de mejorar el desempeño del rol

Expresa deseos de reforzar el autoconcepto

Expresa satisfacción con su imagen personal

Expresa satisfacción con su identidad personal

Expresa satisfacción con su sentido de valía personal

Expresa satisfacción con los pensamientos sobre sí mismo

NOC

Calidad de vida, autoestima, afrontamiento.

Objetivos

La persona informará de un mayor concepto de sí mismo (especificar la situación), evidenciado por el siguiente indicador:

- Identifica dos nuevas estrategias (especificar) para mejorar el autoconcepto.

NIC

Infundir esperanza, aclaración de valores, mejora del afrontamiento.

Intervenciones

Véase *Trastorno del autoconcepto* para intervenciones que mejoren el autoconcepto.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL SUEÑO

Definición de la NANDA-I*

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

Características definitorias*

Expresa deseos de mejorar el sueño

Objetivos

La persona comunicará un hábito de sueño satisfactorio, evidenciado por el siguiente indicador:

- Identifica dos nuevas estrategias (especificar) para mejorar el sueño.

Intervenciones

Véase *Trastorno del patrón de sueño* para estrategias que promuevan el sueño.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL

Definición de la NANDA-I*

Patrón de experimentación e integración del 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 es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Características definitorias*

Conexiones con el yo

Expresa deseos de mejorar la aceptación

Expresa deseos de mejorar el afrontamiento

Expresa deseos de mejorar el coraje

Expresa deseos de mejorar la esperanza

Expresa deseos de mejorar la alegría

Expresa deseos de mejorar el amor

Expresa deseos de mejorar el significado de la vida.

Expresa deseos de mejorar la práctica de la meditación

Expresa deseos de mejorar el propósito de la vida

Expresa deseos de mejorar la satisfacción con su filosofía de vida

Expresa deseos de mejorar el perdón hacia sí mismo

Expresa deseos de mejorar la serenidad (p. ej., paz)

Expresa deseos de mejorar la entrega

Conexiones con otros

Expresa deseos de mejorar el solicitar el perdón de los demás

Expresa deseos de mejorar la interacción con líderes espirituales

Expresa deseos de mejorar las interacciones con personas significativas

Expresa deseos de mejorar el servicio a los demás

Conexiones con el arte, la música, la literatura y la naturaleza

Muestra deseos de mejorar la energía creativa (p. ej., escribiendo, haciendo poesías, cantando)

Expresa deseos de mejorar la factura sobre temas espirituales

Expresa deseos de mejorar el tiempo en el exterior

Conexiones con un poder superior al yo

Expresa deseos de mejorar las experiencias místicas

Expresa deseos de mejorar la participación en actividades religiosas

Expresa deseos de mejorar la práctica de la oración

Expresa deseos de mejorar la veneración

NOC

Esperanza, bienestar espiritual.

Objetivos

La persona expresará una mayor armonía y plenitud espiritual, evidenciado por los siguientes indicadores:

- Mantiene las relaciones previas con un ser superior.
- Continúa las prácticas espirituales sin detrimento de la salud.

NIC

Facilitación del crecimiento espiritual, apoyo espiritual, esperanza.

Intervenciones

Véase internet para hallar páginas de recursos e información sobre la salud espiritual.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ELIMINACIÓN URINARIA

Definición de la NANDA-I*

Patrón de funcionamiento urinario para satisfacer las necesidades eliminatorias, que puede ser reforzado.

Características definitorias*

Expresa su deseo de reforzar la eliminación urinaria

NOC

Equilibrio de líquidos, hidratación, equilibrio de electrólitos.

Objetivos

La persona informará de un mejor equilibrio en la eliminación urinaria, evidenciado por el siguiente indicador:

- Identifica dos nuevas estrategias (especificar) para mejorar la eliminación de orina.

NIC

Educación: líquidos/electrólitos.

Intervenciones

- Véase internet para hallar páginas de recursos e información sobre el equilibrio de líquidos:
  - www.health.gov/dietaryguidelines

Sección 3

Manual de problemas de colaboración[1]

Esta sección contiene 14 problemas de colaboración específicos. [Los problemas de colaboración fueron etiquetados como *Complicación potencial: (especificar)* o *PC (especificar)* en ediciones pasadas de este libro.] Estos 14 problemas de colaboración han sido seleccionados debido a su alta incidencia de ocurrencia en la mayoría de escenarios clínicos. Uno de los problemas de colaboración genéricos, *Riesgo de complicaciones de disfunción cardíaca/vascular/respiratoria*, representa el monitoreo general que se hace para todas las personas bajo los cuidados de enfermería. Si la persona está en mayor riesgo de una complicación específica, entonces el problema de colaboración puede ser identificado, por ejemplo, *Riesgo de complicación de trombosis venosa profunda*.

Carpenito (1999) define un problema de colaboración como

> Ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras vigilan para detectar el inicio o cambios en el estado. Las enfermeras manejan los problemas de colaboración usando intervenciones prescritas por el médico o por la enfermera para minimizar las complicaciones del evento.

Conceptos clave

- No todas las complicaciones fisiológicas son problemas de colaboración; algunos son diagnósticos enfermeros. Por ejemplo, *Riesgo de infección* y *Riesgo de úlceras por presión* son diagnósticos enfermeros porque las enfermeras prescriben las medidas preventivas.
- Las enfermeras no pueden prevenir, por ejemplo, convulsiones, sangrado, disfunción hepática, o arritmias, pero el monitoreo de enfermería es crítico para la detección temprana del inicio de la condición o empeoramiento de las complicaciones fisiológicas. Las enfermeras proveen tanto las intervenciones prescritas por enfermería como las intervenciones prescritas por médicos, como protocolo en respuesta al inicio o al empeoramiento de una complicación fisiológica, ya que las enfermeras prescriben las medidas preventivas.
- Los médicos, las enfermeras de práctica avanzada, y los asistentes médicos no pueden tratar los problemas de colaboración sin el conocimiento, vigilancia, y juicio de

enfermería.

- Los diagnósticos prioritarios (diagnósticos enfermeros o problemas de colaboración) son aquellos que tienen prioridad sobre los demás. Por ejemplo, si alguien tiene dificultad para respirar, la enfermera abordaría *Ansiedad* y *Riesgo de complicaciones de hipoxemia*.
- Las personas que están fisiológicamente estables tendrán prioridades de diagnósticos enfermeros.
- Todas las personas tendrán un conjunto de diagnósticos prioritarios; los diagnósticos enfermeros siempre estarán presentes en este conjunto. El número de diagnósticos enfermeros frente a los problemas de colaboración dependerán de la vulnerabilidad presente en la persona de inestabilidad fisiológica.

La información en cada problema de colaboración genérico está presentada bajo los siguientes subtítulos:

- Definición.
- Nota de la autora: discusión del problema para clarificar su uso clínico.
- Criterios de información de laboratorio significativa/evaluación de diagnóstico: los hallazgos del laboratorio son útiles en el monitoreo.

Las discusiones de los problemas de colaboración específicos abarcan la siguiente información:

- Definición.
- Poblaciones en alto riesgo.
- Objetivos de colaboración: un enunciado especificando la responsabilidad de enfermería por vigilar la inestabilidad fisiológica y dar intervenciones (de enfermería y médicas) para mantener o restaurar la estabilidad. Los indicadores de la estabilidad fisiológica han sido agregados para evaluar la condición de la persona.
- Intervenciones generales y justificación: éstos dirigen específicamente a la enfermera a
  - Vigilar el inicio o cambio tempranos en su estado.
  - Iniciar intervenciones prescritas por el médico, asistente médico, o enfermera de práctica avanzada conforme sea indicado.
  - Iniciar las intervenciones prescritas por enfermería conforme sea indicado.
  - Evaluar la efectividad de estas intervenciones.

Tener en cuenta que para muchos de los problemas de colaboración cubiertos aquí, los diagnósticos enfermeros relacionados también pueden predecir su presencia. Por ejemplo, una persona que padece diabetes mellitus también recibiría cuidados bajo el

problema de colaboración *Riesgo de complicaciones de hipo/hiperglucemia*, junto con el diagnóstico enfermero *Riesgo de mantenimiento ineficaz de la salud asociado a conocimiento insuficiente de* (*especificar*); un paciente con cálculos renales estaría bajo el problema de colaboración de *Riesgo de complicaciones por cálculos renales* y también bajo el diagnóstico enfermero *Riesgo de mantenimiento ineficaz de la salud asociado a conocimiento insuficiente de la prevención de recurrencia, restricciones de dieta, y requerimientos de líquidos*.

Características especiales del texto

Alertas clínicas

Las alertas clínicas se encuentran en la sección de intervención para informar al estudiante o la enfermera el tomar una acción inmediata debido a un evento serio o un cambio en el estado fisiológico de la persona. Un ejemplo es, Notificar al equipo de respuesta rápida.

Justificación

Un enunciado de justificación, marcado con una "**R:**" y en itálicas, explica cómo un signo o síntoma está presente o proporciona una explicación científica del por qué se recomienda una intervención para alcanzar una respuesta deseada.

Nota de Carpenito

Esta herramienta da información adicional para retar al lector a considerar otras opciones o hacer énfasis en la intensidad de un evento.

RIESGO DE COMPLICACIONES DE DISFUNCIÓN CARDÍACA/VASCULAR/RESPIRATORIA

Riesgo de complicaciones de disfunción cardíaca/ vascular/respiratoria

Riesgo de complicaciones de arritmias

Riesgo de complicaciones de sangrado

Riesgo de complicaciones de disminución del gasto cardíaco

Riesgo de complicaciones de síndrome compartimental

Riesgo de complicaciones de trombosis venosa profunda/embolia pulmonar/embolia grasa

Riesgo de complicaciones de hipovolemia

Definición

Describe a una persona experimentando o en alto riesgo de experimentar varias disfunciones cardíacas y/o vasculares.

Nota la autora

La enfermera puede usar este problema de colaboración genérico para describir a una persona en riesgo de varios tipos de problemas cardiovasculares. Por ejemplo, todos los pacientes en unidades de cuidado intensivo son vulnerables a disfunción cardiovascular. Usar *Riesgo de complicaciones de disfunción cardíaca/vascular* dirigirá a las enfermeras a vigilar el estado cardiovascular en busca de varios problemas, con base en enfocarse en los hallazgos de la evaluación. Las intervenciones de enfermería para estas personas se enfocarían en detectar el funcionamiento anormal y proveer la respuesta o intervenciones apropiadas.

Para una persona con una complicación cardiovascular específica, la enfermera añadiría el problema de colaboración aplicable a la lista de problemas de la persona, junto con las intervenciones de enfermería específicas para ese problema. Por ejemplo, la Norma de cuidado de un paciente después de un infarto al miocardio podría contener el problema de colaboración *Riesgo de complicaciones de disfunción cardíaca/vascular*, dirigiendo a las enfermeras a vigilar el estado cardiovascular. Si la persona después experimenta una arritmia, la enfermera añadiría *Riesgo de complicaciones de riesgo de arritmia* a la lista de problemas, junto con información de manejo de enfermería específica (p. ej., *Riesgo de complicaciones de riesgo de arritmias relacionado a infarto al miocardio*). Cuando los factores de riesgo o la etiología no están directamente relacionados con el diagnóstico médico principal, la enfermera aun así debe agregarlos, de ser conocidos (p. ej., *Riesgo de complicaciones de hipo/hiperglucemia asociado a diabetes mellitus* en una persona que tuvo infarto al miocardio).

Criterios de datos de laboratorio/evaluación de diagnóstico

Prueba de riesgo de enfermedad cardiovascular (Labs on Line, 2014)

- Perfil de lípidos (LDL-C, HDL-C, colesterol, triglicéridos)
- hs-CRP: detecta bajas concentraciones de la proteína C reactiva, un marcador de la inflamación que está relacionado con aterosclerosis, entre otras condiciones.
- Lp(a): una prueba adicional de lípidos que puede ser usada para identificar un nivel elevado de lipoproteína (a), una modificación del LDL-C que incrementa el riesgo de aterosclerosis

Biomarcadores cardíacos (Labs on Line, 2014)

- Troponina: elevada dentro de pocas horas del daño cardíaco y permanece elevada por hasta 2 semanas.

- CK-MB: elevado cuando hay daño a las células musculares del corazón.
- Péptido natriurético cerebral (BNP) o NT-proBNP: liberado por el cuerpo como una respuesta natural a la insuficiencia cardíaca; niveles incrementados de BNP, mientras no son un diagnóstico de un ataque al corazón, indican un riesgo incrementado de complicaciones cardíacas en personas con síndrome coronario agudo (SCA).
- Enzimas y proteínas cardíacas: actualmente, el valor grueso total de CK, LDH, SGOT, y SGPT en la evaluación de lesión cardíaca están relativamente bajos. Las isoenzimas o bandas así como las troponinas son las únicas que se usan por lo general; elevadas con daño de tejido cardíaco (p. ej., en infarto de miocardio).
- Creatina cinasa (CK).
- Creatina fosfocinasa, isoenzimas (p. ej., CK-MB, CK-BB, CK-MM).
- Isoformas de la creatinina cinasa (CK-MB, CK-MM, subformas) Isoenzimas de deshidrogenasa láctica (LDH).
- Mioglobina (troponina).
- BNP (hormonas liberadas como parte de la respuesta periférica a deficiencia cardíaca) (p. ej., insuficiencia cardíaca).
- Proteína C reactiva, selectina P (marcadores de inflamación y necrosis).
- Potasio en suero (fluctúan con terapia diurética, reemplazamiento de fluido parenteral).
- Calcio en suero, magnesio, fosfato.
- Conteo de glóbulos blancos (elevados con inflamación).
- Tasa de sedimentación de eritrocitos (elevada con inflamación, lesión de tejido).
- Valores de gas arterial en sangre (ABG) (SaO_2 disminuida indica hipoxemia, pH elevado, alcalosis; pH disminuido, acidosis).
- Estudios de coagulación (elevado con terapia anticoagulante o trombolítica o coagulopatías).
- Hemoglobina y hematocrito (elevados con policitemia, disminuidos con anemia).
- Electrocardiografía con o sin prueba de estrés.
- Medidor de flujo ultrasónico Doppler.
- Cateterización cardíaca.
- Ultrasonografía intravascular.
- Estudios de electrofisiología.
- Tomografía computarizada (TC), TC ultrarrápida.

- Imagen por resonancia magnética.
- Electrocardiografía por promedio de señales.
- Ecocardiografía con o sin prueba de estrés.
- Fonocardiografía.
- Electrocardiografía de esfuerzo.
- Imagen por perfusión.
- Imagen de infarto.
- Angiocardiografía.
- Monitoreo Holter.
- Monitoreo de curvas inflable.
- Trabajo de diagnóstico de trombosis venosa profunda:
  - Dímero-d: es una sustancia en la sangre que está generalmente incrementada en la gente con TVP o embolia pulmonar.
  - Ultrasonografía por compresión: ultrasonografía por compresión usa ondas de sonido para generar imágenes de las estructuras dentro de la pierna.
  - Venografía de contraste.
  - Imagen por resonancia magnética (IRM).

Resultados de colaboración

El paciente puede ser vigilado en busca de signos y síntomas tempranos de (a) disfunción cardiovascular y (b) insuficiencia respiratoria, y recibirá intervenciones de colaboración está indicado para restaurar la estabilidad fisiológica.

Indicadores de estabilidad fisiológica

- Calma, alerta, orientado (a, b).
- Respiración de 16 a 20 respiraciones/min, relajado y rítmico (b).
- Sonidos de respiración presentes en todos los lóbulos, silbido o crepitaciones.
- Pulso de 60 a 100 latidos/min (a, b).
- PA > 90/60, < 140/90 mm Hg (a, b).
- Llenado capilar < 3 segundos; piel cálida y seca (a, b).
- Pulsos periféricos llenos e iguales (a).
- Temperatura de 36.9 a 37.2 °C (98.5 a 99 °F) (a, b).

- Oximetría de pulso > 90 a 100%.
- $PaCO_2$ de 35 a 45.
- PaO_2 de 80 a 100.
- Diuresis > 0.5 ml/kg/hora.

Intervenciones con justificación

Vigilar de cerca los riesgos individuales para neumonía adquirida en el hospital (nosocomial) como:

- Los ancianos y muy jóvenes.
- Aquellos con condiciones médicas crónicas o graves, como problemas pulmonares, enfermedad cardíaca, trastornos del sistema nervioso (neurológico), y sistema inmunocomprometido (sida, cáncer).
- Aquellos en poscirugía como personas mayores de 80 años tras una esplenectomía, reparación de aneurisma aórtico abdominal, o cualquier factor que dificulte toser, por ejemplo, fractura de costillas.
- Aquellos en unidades de cuidado intensivo (UCI), en posiciones propensas prolongadas, en ventiladores mecánicos.
- Aquellos que están sedados.

Vigilar el estado cardiovascular

- Pulso radial (tasa y ritmo).
- Pulso apical (tasa y ritmo).
- Presión arterial.
- Piel (color, temperatura, humedad) y temperatura.
- Oximetría de pulso.

R: *Mecanismos fisiológicos que gobiernan la función cardiovascular son muy sensibles a cualquier cambio en la función corporal, haciendo cambios en indicadores clínicos importantes del estado cardiovascular.*

a) *El monitoreo del pulso provee datos para detectar la arritmia cardíaca, cambios en el volumen sanguíneo, y deficiencia de circulación.*

b) *El monitoreo del pulso apical está indicado si los pulsos periféricos son irregulares, débiles, o extremadamente rápidos.*

c) *La presión arterial representa la fuerza que la sangre ejerce contra las paredes arteriales. Hipertensión (presión sistólica > 140 mm Hg, presión diastólica > 85 mm Hg) pueden indicar resistencia periférica, gasto cardíaco, volumen sanguíneo, o viscosidad de sangre incrementados. La hipotensión puede resultar de pérdida*

significativa de sangre o fluidos, gasto cardíaco disminuido, o ciertos medicamentos.

d) *La evaluación de piel da información al evaluar la circulación, temperatura corporal, y estado de hidratación.*

e) *La oximetría de pulso es un método no invasivo (sensor prueba en la punta del dedo) para el monitoreo continuo de la saturación de oxígeno de la hemoglobina.*

Monitoreo de signos y síntomas de hipoxemia

- Tasa de pulso incrementada con presión arterial normal o ligeramente disminuida, estrechando la presión de pulso; presión arterial media (PAM) disminuida.
- Diuresis < 0.5 ml/kg/h.
- Inquietud, agitación, actividad mental disminuida.
- Tasa de respiración incrementada, sed.
- Pulsos periféricos disminuidos.
- Piel fría, pálida, húmeda o cianótica.
- Saturación de oxígeno disminuida (SaO_2, SvO_2), presiones arterial pulmonares disminuidas.
- Hemoglobina/hematocrito disminuido, gasto cardíaco disminuido, índice cardíaco disminuido.

R: *La respuesta de compensación al volumen de circulación disminuido intenta incrementar el suministro de oxígeno a través de las tasas cardíacas y de respiración incrementadas y la circulación periférica disminuida (manifestada por pulsos periféricos disminuidos y piel fría). La disminución de oxígeno en el cerebro altera la actividad mental. La disminución de la circulación a los riñones lleva a disminución de la diuresis. Los valores de hemoglobina y hematocrito disminuyen si el sangrado es significativo.*

Monitoreo de diuresis disminuida (< 0.5 ml/h); piel fría, pálida, o cianótica

R: *La respuesta de compensación a la disminución de oxígeno en circulación intenta incrementar el oxígeno en sangre al aumentar las tasas cardíacas y de respiración y al disminuir la circulación a los riñones y a las extremidades (marcado por una disminución de pulsos y cambios en la piel).*

Administrar bajo flujo (2 L/min) de oxígeno según sea necesario a través de una cánula nasal, valorar de acuerdo al protocolo para mantener la oximetría de pulso entre 90 y 92%

R: *La terapia de oxígeno incrementa los niveles de oxígeno en circulación. Usar una cánula en lugar de una mascarilla puede ayudar a reducir los temores de sofocación de la persona.*

Monitoreo de signos y síntomas de insuficiencia cardíaca

R: *La insuficiencia cardíaca juega un gran papel en la perturbación de la autorregulación de la circulación. Las etapas finales de la insuficiencia cardíaca llevan a la sobrecarga de fluidos de uno o más órganos. Cambios tanto en el desempeño ventricular sistólico y diastólico ocurren con la insuficiencia cardíaca (Lloyd-Jones y cols., 2010).*

a) *La sobrecarga circulatoria es muy común y generalmente es signo temprano de que la persona está en problemas.*

b) *El shock circulatorio tiende a contribuir a falla orgánica múltiple. Esto es debido al suministro global de oxígeno inadecuado.*

Pesar a diario al paciente

- Garantizar la exactitud al pesar a la misma hora cada día en la misma balanza y con la persona usando la misma cantidad de ropa.

Claves de Carpenito

Si ocurre insuficiencia cardíaca, agregar un nuevo problema de colaboración de *Riesgo de complicaciones de insuficiencia cardíaca*.

R: *Pesar a diario y la entrada y salida rigurosa son vitales en determinar los efectos del tratamiento y para la detección temprana de la retención de líquidos.*

Monitoreo de signos y síntomas de edema pulmonar agudo

Disnea, cianosis

- Taquipnea, respiración dificultada.
- Sonidos de respiración accidentados, crepitantes.
- Tos persistente o tos produciendo esputo espumoso y rosado.
- ABG anormales.
- Saturación de O_2 por oximetría de pulso disminuida.
- Gasto/índice cardíaco disminuido.
- Presión arterial pulmonar elevada.
- Taquicardia.
- Sonidos cardíacos anormales (S_3).

Distensión yugular venosa

- Tos persistente.
- Tos produciendo esputo espumoso.
- Cianosis.

- Diaforesis.

R: *Bombeo dificultado del ventrículo izquierdo acompañado por gasto cardíaco disminuido y presión arterial pulmonar aumentada producida por un edema pulmonar. La hipoxia produce congestión capilar incrementada, causando que el fluido entre al tejido pulmonar y provocando signos y síntomas. (Presión venosa y pulmonar, los pulmones se congestionan confluido que afecta el intercambio de oxígeno, lo cual es considerado edema pulmonar.) Los diuréticos ayudan al cuerpo a desechar el exceso de líquidos y el sodio a través de la orina. Ayuda a aliviar la carga de trabajo del corazón (AHA, 2010).*

a) *El gasto cardíaco disminuido lleva sangre oxigenada insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas tisulares. El volumen de circulación y gasto cardíaco disminuidos pueden causar hipoperfusión de los riñones y perfusión tisular disminuida con una respuesta de compensación de circulación disminuida a las extremidades y tasas de pulso y de respiración incrementadas. Es posible que esto cause cambios en la actividad mental debido a la hipoperfusión cerebral. La vasoconstricción y la congestión venosa en áreas independientes (p. ej., extremidades) producen cambios en la piel y en los pulsos.*

b) *La sobrecarga circulatoria puede resultar del tamaño reducido de la cama vascular pulmonar. La hipoxia causa permeabilidad capilar incrementada que, en cambio, causa que el fluido entre al tejido pulmonar, produciendo los signos y síntomas de edema pulmonar.*

Monitoreo de oximetría de pulso

- Vigilar en busca de signos y síntomas de edema pulmonar agudo:
  - Disnea intensa con el uso de músculos accesorios.
  - Taquicardia.
  - Sonidos de respiración accidentados.

R: *El oxímetro de pulso es un monitor exacto y no invasivo de concentración de oxígeno.*

Administrar cuidadosamente los líquidos intravenosos (IV)

- Consultar con el médico/PE si la tasa indicada más el consumo de PO excede 2 a 2.5 L/24 h. Asegurarse de incluir fluidos IV adicionales (p. ej., antibióticos) al calcular la asignación por hora. La ingesta de líquidos debe ser vigilada y, de ser indicado, posiblemente restringida.

R: *Fallar al regular los fluidos IV cuidadosamente puede causar sobrecarga circulatoria.*

Ayudar con medidas para conservar la fuerza, como descansar antes y después de actividades (p. ej., comidas)

R: *El descanso adecuado reduce el consumo de oxígeno y el riesgo de hipoxia.*

Monitorear en busca de signos de insuficiencia renal

- Véase *Insuficiencia renal* para intervenciones.

R: *La hipoxemia comprometerá la función renal, y la disminución de la diuresis puede ser el primer signo.*

Riesgo de complicaciones de arritmias

Definición

Describe a una persona experimentando o en alto riesgo de experimentar un trastorno del sistema de conducción del corazón que resulta en una tasa anormal cardíaca, ritmo anormal, o una combinación de ambos.

Poblaciones en alto riesgo

- Enfermedad arterial coronaria tipo A.
  - Angina.
  - Infarto al miocardio (síndrome coronario agudo [SCA]).
  - Insuficiencia cardíaca congestiva.
  - Hipoglucemia significativa (Chow y cols., 2014).
  - Hipotermia accidental.
    - Hipotermia leve, conduciendo a taquicardia.
    - Hipotermia moderada, llevando a fibrilación auricular, bradicardia de la unión.
    - Hipotermia intensa, llevando a bradicardia, arritmias ventriculares (incluyendo fibrilación ventricular), y asistolia (Zafren y Mechem, 2014).
  - Sepsis.
  - Presión intracraneal incrementada.
  - Desequilibrio de electrólitos (calcio, potasio, magnesio, fósforo).
  - Cardiopatía aterosclerótica.
- Efectos secundarios de los medicamentos (p. ej., aminofilina, dopamina, estimulantes, digoxina, betabloqueantes, bloqueantes del canal del calcio, dobutamina, lidocaína, procainamida, cinidina, diuréticos, fármacos antiarrítmicos clase 1C, anticonvulsivos como fenitoína, antidepresivos tricíclicos, y algunos agentes para tratar dolor

neuropático e inmunomoduladores (Heist y Ruskin, 2010).

- EPOC.
- Miocardiopatía, valvulopatía.
- Anemia.
- Cirugía cardíaca posoperatoria.
- Posoperatorio, después de cualquier anestesia mayor.
- Traumatismo.
- Apnea del sueño.
- Hipoxia.

Resultados de colaboración

La persona será vigilada en busca de signos y síntomas tempranos de arritmias y gasto cardíaco disminuido y de ser indicado recibirá intervenciones de colaboración para restaurar la estabilidad fisiológica.

Indicadores de estabilidad fisiológica

Ritmo sinusal normal

Véanse también los indicadores de estabilidad fisiológica de *Gasto cardíaco disminuido*.

Intervenciones y justificaciones

Vigilar en busca de signos y síntomas de arritmias[2]

- Ritmo y tasa anormal.
- Palpitaciones, dolor de pecho, síncope, fatiga.
- SaO_2 disminuida.
- Hipotensión.
- Cambio en el nivel de conciencia.

R: *El tejido isquémico es eléctricamente inestable, causando arritmias. Ciertas condiciones cardíacas congénitas, fibrosis o tejido cicatrizal del sistema de conducción, enfermedad inflamatoria, cirugía cardíaca, infección, cáncer, desequilibrio de electrólitos, y medicamentos también pueden ser causa de perturbaciones en la conducción cardíaca.*

Vigilar patrones y cambios en ECG como[2]

- SCA (elevación del segmento ST, prolongación de la onda Q, inversión de la onda T).

R: *Los cambios en ECG mencionados antes pueden no presentarse inmediatamente. El primer cambio de ECG visto clínicamente es por lo regular la elevación del segmento ST, lo cual indica lesión en el miocardio en el tejido subyacente a los electrodos. Los cambios en ECG de infarto incluyen la elevación del ST (que indican lesiones), ondas Q (que indican necrosis), e inversión de onda T (indicando isquemia y la evolución del infarto). Estos signos de isquemia pueden estar aislados a derivaciones del ECG llevando al miocardio suprayacente e indicando isquemia localizada. Si están presentes varias derivaciones del ECG, debe sospecharse isquemia más extendida (Grossman y Porth, 2014).*

Alerta clínica "Si el ECG inicial está normal o no es concluyente, deben obtenerse grabaciones adicionales si la persona desarrolla síntomas. Éstas deben compararse con las grabaciones obtenidas en un estado asintomático. El ECG estándar durante el descanso no refleja de forma adecuada la naturaleza dinámica de la trombosis coronaria e isquemia miocárdica. Casi dos tercios de los episodios isquémicos en la fase de inestabilidad son clínicamente silenciosos, y por tanto es poco probable que sean detectados por un ECG convencional. Por tanto, el monitoreo en línea continuo computarizado de 12 derivaciones del segmento ST también es una valiosa herramienta de diagnóstico."

Alerta clínica Esto es llamado SCA de elevación ST (SCA-EST) y generalmente refleja una oclusión coronaria aguda total. La mayoría de estas personas a la larga desarrollará un infarto al miocardio con elevación ST (STEMI, por sus siglas en inglés). El objetivo terapéutico es alcanzar perfusión rápida, completa, y sostenida de nuevo a través de una angioplastia primaria o terapia fibrinolítica.

- Arritmias de nódulo sinusal (taquicardia sinusal, bradicardia sinusal, bloqueo sinusal, pausa o paro sinusal, síndrome del nodo enfermo).

R: *Alteraciones en la función del nodo sinoauricular (SA) llevan a cambios en la tasa o ritmo del latido del corazón (Grossman y Porth, 2014).*

- Arritmias de origen auricular (contracciones auriculares prematuras (PAC, por sus siglas en inglés), taquicardia auricular focal/ multifocal, vibración auricular, fibrilación auricular, taquicardia supraventricular paroxística).

R: *PAC y taquicardia pueden ser causadas por estrés, cafeína, alcohol, tabaco, isquemia cardíaca, toxicidad digitálica, hipopotasemia, hipomagnesemia, e hipoxia. La vibración auricular raramente ocurre en personas sanas y es usualmente vista en niños y adultos jóvenes, quienes han tenido cirugía por enfermedad cardíaca congénita compleja (Grossman y Porth, 2014).*

- Arritmias de la unión (bradicardia, no paroxística, taquicardia de la unión).

- Arritmias ventriculares (contracciones ventriculares prematuras, taquicardia ventricular, vibración ventricular, fibrilación ventricular).

R: *Las arritmias ventriculares son consideradas más serias que aquellas en las aurículas debido a que la acción de bomba del corazón puede ser dificultada causando gasto cardíaco disminuido (Grossman y Porth, 2014).*

- Trastornos de conducción auriculoventricular (bloqueo auriculoventricular (AV) de primer grado, bloqueo de segundo grado, bloqueo AV de tercer grado).

R: *El bloqueo cardíaco es causado por un impulso de conducción anormal. Puede ser normal, fisiológico (tono vago), o patológico. Las causas pueden ser tejido cicatrizado, ciertos medicamentos, desequilibrio de electrólitos, infarto agudo de miocardio, enfermedades inflamatorias, o cirugía cardíaca (Grossman y Porth, 2014).*

Iniciar protocolos apropiados según el tipo de arritmia

- Administrar oxígeno suplementario.

R: *Incrementa los niveles de oxígeno circulante y disminuye la carga de trabajo cardíaco.*

- Monitorear la saturación de oxígeno (SaO_2) con oximetría de pulso y ABG conforme sea necesario.
- Monitorear los niveles de electrólitos en suero (p. ej., sodio, potasio, calcio, magnesio).

R: *Niveles de electrólitos altos o bajos pueden exacerbar una arritmia.*

Riesgo de complicaciones de sangrado

Definición

Describe a una persona que experimenta o tiene un alto riesgo de experimentar una disminución en el volumen de sangre.

Poblaciones en alto riesgo

- Estado intraoperatorio.
- Estado posoperatorio.
- Punción posterior al procedimiento de cualquier vaso arterial pero particularmente aquellos en riesgo de sangrado retroperitoneal debido a la punción de la arteria femoral.
- Shock anafilático.

- Trauma.
- Antecedentes de enfermedad de sangrado o disfunción.
- Uso anticoagulante, incluyendo la aspirina o fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINE) de venta libre.
- Uso crónico de esteroideos.
- Uso de paracetamol con disfunción hepática asociada.
- Anemia.
- Enfermedad hepática.
- Coagulación intravascular diseminada (DIC, por sus siglas en inglés).
- Rotura de varices esofágicas.
- Aneurismas disecantes.
- Traumatismo en el embarazo.
- Complicaciones asociadas al embarazo (placenta previa, embarazo molar, abrupción placentaria).
- Terapia trombolítica.

Resultados de colaboración

La persona será monitoreada en busca de signos y síntomas tempra - nos de hemorragia y recibirá intervenciones colaborativas de ser indicado para restaurar la estabilidad fisiológica.

Indicadores de estabilidad fisiológica

- Alerta, orientado, calmado.
- Diuresis > 0.5 ml/kg/hora.
- Neutrófilos 60 a 70 por ciento.
- Glóbulos rojos.
  - Hombre: 4.6 a 5.9 millones/mm^3.
  - Mujer: 4.2 a 5.4 millones/mm^3.
- Plaquetas 150,000 a 400,000/mm^3.
- Sin petequias o síndrome purpúrico.
- Sin sangrado nasal o de encías.
- Menstruación regular.

- Sin dolor de cabeza.
- Visión clara.
- Coordinación, simetría facial, y fuerza muscular intactas.
- Sin esplenomegalia.
- Identificar factores de riesgo que pueden ser reducidos.
- Relacionar signos y síntomas tempranos de infección.
  - Saturación de oxígeno > 95 por ciento.
  - Ritmo sinusal normal.
  - Sin dolor torácico.
  - Sin arritmias potencialmente mortales.
  - Piel cálida y seca, color de piel usual (apropiado para la raza).
  - Pulso: ritmo regular, tasa de 60 a 100 latidos/minuto.
  - Respiraciones de 16 a 20 respiraciones/minuto.
  - Presión arterial > 90/60, <140/90 mm Hg, presión arterial media (PAM) > 70, o presión venosa central (PVC) > 11.
  - Diuresis > 0.5 ml/kg/h.
  - pH de suero 7.35 a 7.45.
  - RCO_2 de suero 35 a 45 mm Hg.
  - Objetivos de SpO_2 > 95% para aquellos sin historial de enfermedad pulmonar.
  - Sonidos de respiración sin evidencia de sonidos nuevos, anormales (crepitantes).
  - Sin presencia de distensión venosa yugular (DVY).

Intervenciones y justificaciones

Monitorear el estado de los líquidos, evaluar

- Consumo (parenteral y oral).
- Gasto y otras pérdidas (orina, drenaje, y vómito); sonda nasogástrica.
- Monitoreo incrementado de la diuresis a cada hora.

R: *Volumen de sangre disminuido reduce la sangre a los riñones, lo cual disminuye la tasa de filtración glomerular (TFG), causando una disminución en la diuresis. Cuando el flujo sanguíneo a los riñones es menor de 20 a 25% de lo normal, ocurre daño isquémico (Grossman y Porth, 2014). La diuresis disminuida es un signo temprano de*

hemorragia/hipovolemia.

Monitorear en busca de signos y síntomas de sangrado dependiendo del sitio

- Sistema tegumentario:
  - Petequias.
  - Equimosis.
  - Hematomas.
  - Exudado de sitios de punción venosa.
  - Manchas cianóticas en brazos/piernas.
- Incremento en el sangrado de herida quirúrgica.
- Ojos y oídos:
  - Alteraciones visuales.
  - Edema periorbital.
  - Hemorragia subconjuntival.
  - Dolor de oído.
- Nariz, boca, y garganta:
  - Petequias.
  - Epistaxis.
  - Sensibilidad o sangrado de encías.
- Sistema cardiopulmonar:
  - Estertores y sibilancias.
  - Estridor y disnea.
  - Taquipnea y cianosis.
  - Hemoptisis.
- Sistema gastrointestinal (GI):
  - Dolor.
  - Estrías de sangre en heces/vómito.
  - Sangrado alrededor del recto.
  - Sangre oculta en heces.
  - Heces oscuras.
- Sistema genitourinario:

    - Menstruación incrementada.
    - Diuresis disminuida.
- Sistema musculoesquelético:
    - Articulaciones con dolor.
- Sistema nervioso central:
    - Cambios en estado mental.
    - Vértigo.
    - Convulsiones.
    - Agitación.

Monitorear en busca de signos y síntomas de shock

- Frecuencia de pulso incrementada con presión arterial normal o ligeramente disminuida, estrechando la presión de pulso; PAM disminuida
- Diuresis < 5 ml/kg/h.
- Inquietud, agitación, actividad mental disminuida.
- Frecuencia respiratoria aumentada, sed.
- Pulsos periféricos disminuidos.
- Piel fría, pálida, húmeda, o cianótica.
- Saturación de oxígeno disminuida (SaO_2, SvO_2); presiones arteriales pulmonares, presión auricular derecha, presión de oclusión, gasto/índice cardíaco disminuidos.
- Hemoglobina/hematocrito disminuidos.
- PVC disminuida.
- Llenado capilar > 3 segundos (indica mala perfusión tisular).

R: *La respuesta compensatoria a un volumen de circulación disminuido intenta aumentar el suministro de oxígeno a través de ritmo cardíaco y frecuencia respiratoria incrementados y circulación periférica disminuida (manifestado a través de pulsos periféricos disminuidos y piel fría). La disminución de oxígeno en el cerebro altera la actividad mental. La circulación disminuida a los riñones lleva a diuresis disminuida. Los valores de hemoglobina y hematocrito disminuyen si el sangrado es significativo (Grossman y Porth, 2014).*

Si ocurre shock, colocar a la persona en posición supina a menos que no esté indicado (p. ej., lesión en la cabeza)

R: *Esta posición incrementa el regreso de sangre (precarga) al corazón.*

- Insertar una línea intravenosa (IV); usar un catéter poro grande si se anticipa un

reemplazo de gran volumen de sangre o fluido. Iniciar protocolos apropiados para shock (p. ej., terapia vasopresora). Véase también *Riesgo de complicaciones por acidosis* o *Riesgo de complicaciones por alcalosis*, de ser indicado, para más información.

R: *Los protocolos intentan incrementar la resistencia periférica y presión sanguínea elevada.*

- Contactar al médico, asistente médico, o a la enfermera de práctica avanzada con los datos de evaluación que pueden indicar sangrado y para reemplazar las pérdidas de líquidos a una tasa suficiente para mantener la diuresis > 0 a 5 ml/kg/h (p. ej., solución salina o lactato de Ringer).

R: *Esta medida promueve la perfusión tisular renal óptima.*

Monitorear el sitio quirúrgico en busca de sangrado, dehiscencia, y evisceración

R: *El monitoreo cuidadoso permite la detección temprana de complicaciones.*

Enseñar a la persona a inmovilizar la herida quirúrgica con una almohada al toser, estornudar, o vomitar

R: *Inmovilizar reduce el estrés en la línea de sutura al igualar la presión a lo largo de la herida.*

Si hay terapia anticoagulante o trombolítica, monitorear en busca de

- Hematomas, sangrado de nariz.
- Sangrado de encías.
- Hematuria.
- Dolores de cabeza intensos
- Heces rojas o negras.

R: *El tiempo de coagulación prolongado de los coagulantes por terapia anti-coagulante puede causar sangrado espontáneo en cualquier lugar del cuerpo. La hematuria es un signo temprano común.*

Monitorear en busca de signos de sangrado por dispositivos de acceso venoso (p. ej., IV, dispositivos de acceso venoso de largo plazo)

- Hematoma en el sitio.
- Sangrado en el sitio.

R: *El sangrado puede ocurrir varias horas después de la inserción luego de que la presión sanguínea regresa a la normalidad y ejerce presión incrementada en el coágulo recién formado en el sitio de inserción. También puede desarrollarse después, de forma secundaria a la erosión vascular debido a la inserción.*

Minimizar el movimiento y la actividad

R: *Esto ayuda a disminuir la demanda tisular de oxígeno.*

Proveer seguridad, explicaciones simples, y apoyo emocional para ayudar a reducir ansiedad

R: *La ansiedad alta incrementa la demanda metabólica de oxígeno.*

Administrar oxígeno conforme a las órdenes

R: *El volumen sanguíneo disminuido causa niveles disminuidos de oxígeno circulante.*

Riesgo de complicaciones de disminución de gasto cardíaco

Definición

Describe a una persona experimentando o en alto riesgo de experimentar suministro de sangre inadecuado para las necesidades de los tejidos y órganos debido al bombeo de sangre insuficiente por el corazón.

El gasto cardíaco disminuido es un fenómeno que no está restringido a personas o entornos que específicamente se enfocan en el cuidado cardiovascular. No es sólo prevalente en las unidades de terapia cardiovascular, sino también en unidades posanestésicas y unidades de cuidado no cardíaco entre personas con trastornos no cardiogénicos. Una disminución significativa en el gasto cardíaco es una situación potencialmente mortal, demostrando la necesidad de desarrollar un riesgo de diagnóstico enfermero para una intervención temprana (Pereira de Melo y cols., 2011).

Poblaciones en alto riesgo

- SCA
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Shock cardiogénico.
- Hipertensión.
- Enfermedad cardíaca valvular.
- Miocardiopatía.
- Taponamiento cardíaco.
- Hipotermia.
- Anafilaxis.
- Miocardiopatía dilatada.
- Síndrome de shock tóxico por estreptococo.
- Diarrea intensa.

- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS).
- Coartación de la aorta.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Feocromocitoma.
- Insuficiencia renal crónica.
- Síndrome de dificultad respiratoria adulta.
- Hipotensión/hipovolemia (p. ej., posterior a la cirugía, sangrado intenso o quemaduras).
- Bradicardia.
- Taquicardia.

Resultados de colaboración

La persona será monitoreada en busca de signos o síntomas tempranos de *Gasto cardíaco disminuido* y recibirá intervenciones colaborativas de ser indicado para restaurar la estabilidad fisiológica.

Indicadores de estabilidad fisiológica

- Calmado, alerta, orientado.
- Saturación de oxígeno > 95 por ciento.
- Ritmo sinusal normal.
- Sin dolor torácico.
- Sin arritmias potencialmente mortales.
- Piel cálida y seca.
- Color de piel usual (apropiada por la raza).
- Pulso: ritmo regular, tasa de 60 a 100 latidos/minuto.
- Respiraciones de 16 a 20 latidos/minuto.
- Presión arterial > 90/60, < 140/90 mm Hg, PAM > 70, o PVC > 11.
- Diuresis > 0.5 ml/kg/h.

Intervenciones y justificaciones

Monitorear en busca de signos y síntomas de gasto/ índice cardíaco disminuido

- Frecuencia de pulso incrementada, disminuida o irregular.

- Frecuencia respiratoria incrementada.
- Presión arterial disminuida, presión arterial incrementada.
- Sonidos cardíacos anormales.
- Sonidos pulmonares anormales (estertores).
- Gasto de orina disminuido (< 0.5 ml/kg/h).
- Cambios en la actividad mental.
- Piel fría, húmeda, cianótica y moteada.
- Tiempo de llenado capilar retrasado.
- Distensión venosa en el cuello.
- Pulsos periféricos débiles.
- Presiones pulmonares arteriales anormales.
- Presiones renales arteriales anormales.
- Saturación de oxígeno venosa combinada disminuida.
- Cambios en el electrocardiograma (ECG).
- Disritmias.
- SaO_2 disminuida.
- ($ScvO_2$) disminuida.

R: *El gasto/índice cardíaco disminuido conduce a sangre oxigenada insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas de los tejidos. El volumen de circulación disminuido puede resultar en hipoperfusión de los riñones y en perfusión tisular disminuida con una respuesta de compensación a la circulación disminuida a las extremidades y al pulso y a la frecuencia respiratoria incrementados (Grossman y Porth, 2014). Cambios en la actividad mental pueden resultar de la hipoperfusión cerebral. La vasoconstricción y la congestión venosa en áreas dependientes (p. ej., extremidades) producen cambios en la piel y pulsos.*

Monitorear de cerca la diuresis cada hora

R: *El volumen de sangre disminuido reduce la sangre a los riñones, lo cual disminuye la TFG, causando diuresis disminuida. Cuando el flujo de sangre a los riñones es menor de 20 a 25% de lo normal, ocurre daño isquémico (Grossman y Porth, 2014). La diuresis disminuida es un signo temprano de sangrado/hipovolemia.*

Iniciar protocolos apropiados u órdenes permanentes, dependiendo de la etiología subyacente del problema que afecta la función ventricular

R: *El manejo de enfermería difiere con base en la etiología (p. ej., mide para ayudar a incrementar la precarga para hipovolemia y para disminuir la precarga para la*

contractilidad ventricular dificultada).

Posicionar con las piernas elevadas, a menos que la función ventricular sea dificultada

R: *Esta posición puede ayudar a incrementar y mejorar el gasto cardíaco.*

Ayudar con medidas para conservar la fuerza, como descansar antes y después de las actividades (p. ej., comidas, baños)

R: *El descanso adecuado reduce el consumo de oxígeno y disminuye el riesgo de hipoxia.*

Si el gasto cardíaco disminuido es resultado de hipovolemia, shock séptico, o arritmia

- Véase el problema de colaboración específico en esta sección.

Riesgo de complicaciones por síndrome compartimental

Definición

Describe a una persona que experimenta presión aumentada en un espacio limitado, como un tejido conjuntivo, lo cual compromete la circulación y función, generalmente en el antebrazo o la pierna. El SCA es una emergencia quirúrgica. El síndrome compartimental también puede ocurrir en el abdomen (*Hipertensión intraabdominal*) cuando hay elevación repetida o sostenida de 12 mm Hg o mayor (Stracciolini y Hammerberg, 2014).

Poblaciones en alto riesgo

Un prerrequisito para el desarrollo de presión compartimental aumentada es una estructura de tejido conjuntivo que previene la expansión adecuada del volumen de tejido para compensar un incremento en el líquido.

Factores internos

- Fracturas.
- Cirugía musculoesquelética.
- Lesiones (choque, eléctricas, vascular).
- Respuesta alérgica (serpiente, mordidas de insectos).
- Edema excesivo.
- Lesiones térmicas.
- Obstrucción vascular.
- Sangrado intramuscular.
- Ejercicio extremadamente vigoroso, en especial movimiento excéntrico (extensión

bajo presión).

- Esteroides anabólicos.

Factores externos

- Extravasación de fluidos IV.
- Punción por procedimiento de vaso sanguíneo por razones de diagnóstico o de intervención:
  - Férulas.
  - Uso prolongado de torniquete.
  - Vendajes apretados.
  - Cierre justo de pliegues de tejido conjuntivo.
  - Posicionamiento durante una cirugía.
  - Extremidad apoyada por períodos extendidos.
- Consumo de drogas (inyección arterial; Stracciolini y Hammer-berg, 2014).

Resultados de colaboración

La persona será vigilada en busca de signos y síntomas de síndrome compartimental y recibirá intervenciones colaborativas de ser indicado para restaurar la estabilidad fisiológica.

Indicadores de estabilidad fisiológica

- Pulsos periféricos 2+, iguales.
- Llenado capilar < 3 segundos.
- Extremidades cálidas.
- Sin quejas de parestesia (entumecimiento), hormigueo.
- Tumefacción mínima.
- Capacidad de mover los dedos de los pies o las manos.

Intervenciones y justificaciones

Explicar a la persona/familia la razón para las preguntas y examinaciones específicas

R: *Diagnosticar los cambios en la función neurovascular en personas con trauma es difícil; entonces, la cooperación de las personas involucradas puede ser útil.*

Evaluar signos específicos de síndrome compartimental (Shadgan y cols., 2010; Stracciolini y Hammerberg, 2014)

- Quejas de hormigueo o sensación de quemazón-entumecimiento.

R: *Los déficits sensoriales por lo general preceden a déficits motrices y se manifiestan distantes al compartimento involucrado.*

- El dolor está fuera de proporción a la lesión, y no es aliviado por narcóticos.
- El dolor con estiramiento pasivo de los músculos en el compartimento afectado o hiperextensión de los dedos (de pies o manos) (descubrimiento temprano).

R: *El estiramiento pasivo de los músculos disminuye el compartimento muscular, entonces incrementa el dolor. El dolor en respuesta al estiramiento pasivo de músculos dentro del compartimento afectado está descrito en gran medida como un signo temprano sensible del SCA (Stracciolini y Hammerberg, 2014).*

- Un dolor nuevo, profundo y persistente en un brazo o pierna.
- Dolor tipo eléctrico en la extremidad

R: *El dolor y parestesia indican compresión de los nervios e incrementan la presión dentro del compartimento muscular.*

- Incrementa con la elevación de la extremidad.

R: *Esto incrementa la presión en el compartimento.*

- El compartimento o extremidad se sentirá tenso y cálido al tacto.
- La piel está justa y brillosa.
- Signos/síntomas tardíos:
  - Pulso ausente o disminuido
  - Piel pálida y fría
  - Color de piel pálido, grisáceo o blanquecino.

R: *Oclusión arterial produce estos signos tardíos.*

- Llenado capilar prolongado (> 3 segundos).

R: *El llenado capilar o piel pálida, moteada, o cianótica indica obstrucción del flujo sanguíneo capilar.*

- Se queja de debilidad al mover la extremidad afectada.
- Progresa la incapacidad de mover las articulaciones o dedos.
- Falta de pulso.

R: *La perfusión arterial disminuida resulta en falta de pulso.*

Examinar los hallazgos de laboratorio del síndrome compartimental

- Conteo de glóbulos blancos (WBC) y tasa de sedimentación eritrocítica (ESR).

R: *Estas elevaciones son resultado de la respuesta inflamatoria extensa.*

- pH de suero disminuido.

R: *Esto refleja el daño tisular con acidosis.*

- Temperatura elevada.

R: *Esto es causado por la necrosis tisular.*

- Potasio en suero elevado.

R: *El daño celular libera potasio.*

Evaluar la función neurovascular al menos cada hora durante las primeras 24 horas

R: *Un retraso en el diagnóstico es el factor determinante más importante de un resultado deficiente para la persona.*

Instruir reportar sensaciones diferentes, nuevas, o inusuales (p. ej., hormigueo, entumecimiento o habilidad disminuida para mover los dedos de los pies o las manos)

R: *La detección del compromiso puede prevenir la necrosis del tejido y daño permanente.*

Cuando la persona está inconsciente o sedada en gran medida y es incapaz de quejarse o reportar sensaciones, la evaluación intensiva es requerida

R: *Una lesión nerviosa permanente puede ocurrir de 12 a 24 horas tras compresión nerviosa.*

Si los medicamentos para el dolor dejan de ser efectivos (p. ej., si la persona reporta "los medicamentos para el dolor ya no están funcionando", considerar síndrome compartimental)

R: *Los opiáceos son inefectivos para el dolor neurovascular (Pasero y McCaffery, 2011).*

Si hay signos de que ocurre síndrome compartimental

- Descontinuar la elevación excesiva y las aplicaciones de hielo.
- Mantener la parte corporal bajo el nivel del corazón.

R: *Esto mejorará el flujo sanguíneo al compartimento.*

- Remover los vendajes y las férulas restrictivos.

R: *Elevación y dispositivos externos impedirán perfusión.*

Iniciar oxígeno nasal por protocolo

R: *Esto mejorará la oxigenación a un tejido comprometido.*

R: *La evaluación médica inmediata determinará qué intervenciones específicas son necesarias (p. ej., medir las presiones del compartimento, cirugía de emergencia [fasciotomía], remoción de férulas). La medición de las presiones puede hacerse con un manómetro de mano (p. ej., dispositivo Stryker), un sistema de manómetro de aguja simple, o la técnica de catéter de mecha o hendidura.*

Alerta clínica (Stracciolini y Hammerberg, 2014)
Avisar de inmediato al médico, asistente médico, la enfermera de práctica avanzada de la necesidad de evaluación de cambios neurovascu-lares evaluados o reportados por la persona.

Monitorear y documentar las presiones de compartimento de acuerdo con el protocolo; reportar presiones elevadas de forma inmediata

R: *"La presión normal de un tejido compartimental cae entre 0 y 8 mm Hg. Los descubrimientos clínicos asociados con SCA generalmente tienen correlación con el grado al cual la presión del tejido dentro del compartimento se acerca a las presiones sanguíneas sistémicas. El flujo sanguíneo capilar está en riesgo cuando la presión tisular incrementa entre 25 y 30 mm Hg de la presión arterial media" (Stracciolini y Hammerberg, 2014).*

Alerta clínica "Muchos cirujanos involucrados en la atención a trauma usan un límite con base en la diferencia entre las presiones sanguíneas sistémicas y presiones del compartimento para confirmar la presencia del SCA. Estos autores están de acuerdo con este enfoque y sugieren que la diferencia entre la presión arterial diastólica y la presión del compartimento (presión delta) de 30 mm Hg o menor sea usada como límite para diagnóstico de SCA. La presión delta se deter-mina restando la presión del compartimento de la presión diastólica. Muchos médicos usan la presión delta de 30 mm Hg para determinar la necesidad de fasciotomía, mientras que otros usan una diferencia de 20 mm Hg" (Stracciolini y Hammerberg, 2014).

Cuidadosamente mantener la hidratación con al menos 0.5 ml/kg

R: *La necrosis muscular o rabdomiólisis puede llevar a la acumulación de mioglobina en los riñones, causando insuficiencia renal aguda en hasta el 50% de las personas con rabdomiólisis (Mabvuure, Malahias, Hindocha, Khan y Juma, 2012).*

Continuar monitoreando el estatus cardiovascular y renal: pulso, respiración, presión sanguínea y diuresis

R: *Ocho litros de fluido pueden extravasarse a una extremidad, causando hipovolemia, función renal disminuida y shock.*

Riesgo de complicaciones de trombosis venosa profunda

Definición

Describe a una persona que experimenta formación de coágulos venosos debido a estasis sanguínea, lesión de pared de vaso sanguíneo, o coagulación alterada o que experimenta o tiene alto riesgo de experimentar obstrucción de una o más arterias pulmonares por un coágulo de sangre, aire, o émbolo de grasa.

Poblaciones en alto riesgo (Barbar y cols., 2010; Lip y Hull, 2014)

- Cáncer activo (3).
- Antecedentes de TVP o EP (3).
- Movilidad reducida > 72 horas (3).
- Condición trombofílica conocida (3) (p. ej., policitemia, discrasias sanguíneas).
- Altos niveles del factor VIII en personas blancas (Payne, Miller, Hooper, Lally, y Austin, 2014).
- Altos niveles del factor VIII y factor de von Willebrand en personas negras (Payne y cols., 2014).
- Traumatismo reciente/cirugía (2).
- Mayores a 70 años de edad (1).
- Obesidad > 30 IMC (1).
- Infarto coronario agudo o isquémico (1).
- Infección aguda o trastorno reumatológico (1).
- Terapia hormonal en curso (1).
- Insuficiencia cardíaca/respiratoria (1).
- Edad (el riesgo aumenta constantemente a partir de los 40 años).
- Fracturas (especialmente cadera, pelvis, y pierna).
- Irritación química de vena.
- Todas las cirugías mayores que involucran anestesia general e inmovilidad (mayor a 30 minutos) en el curso operatorio (preoperatorio, perioperatorio y posoperatorio combinado), especialmente cirugías involucrando abdomen, pelvis, y extremidades inferiores.
- Cirugías ortopédicas (cadera/rodillas), urológica, o ginecológica.
- Antecedentes de insuficiencia venosa.
- Venas varicosas.
- Enfermedad intestinal inflamatoria.
- Embarazo.
- Cirugía con duración mayor a 30 minutos (2).
- Mayores a 40 años de edad.
- Malfuncionamiento de válvula.

- Lupus eritematoso sistémico.
- Catéteres venosos centrales.
- Síndrome nefrótico.

Estos factores de riesgo han sido identificados en la evaluación de predicción de riesgo Padua de eventos trombolíticos venosos. Un puntaje ≥ 4 es una persona con alto riesgo (Barbar y cols., 2010).

Embolia gaseosa

- Inserción o remoción de línea central, cambios de recubrimientos de línea central, manipulación, o desconexión.

Embolia grasa (Eriksson, Schultz, Cohle, y Post, 2011)

- Fracturas: las fracturas cerradas producen más émbolos que las fracturas abiertas. Los huesos largos, pelvis, y las costillas causan más émbolos. El esternón o la clavícula generan menos. Las fracturas múltiples producen más émbolos.
- Procedimientos ortopédicos: de forma más común, tornillos intramedulares en los huesos largos, reemplazos de cadera o rodilla.
- Lesión masiva de tejido blando.
- RCP está asociado a una alta incidencia de EPG sin importar la causa de muerte (Eriksson, 2011).
- Quemaduras intensas.
- Biopsia de médula espinal.

Escenarios no traumáticos ocasionalmente llevan a émbolo de grasa. Éstos incluyen condiciones asociadas con:

- Liposucción.
- Hígado graso.
- Terapia prolongada de corticosteroides.
- Pancreatitis aguda.
- Osteomielitis.
- Condiciones causantes de infartos óseos, especialmente anemia de células falciformes.

Nota de Carpenito

En más del 90% de los casos de embolia pulmonar (EP), la trombosis se origina en las venas profundas de las piernas. La TVP es una condición que lleva a complicaciones a largo plazo como el síndrome posflebítico y úlceras crónicas de piernas en una gran

proporción de personas que tienen trombosis venosa proximal. La EP sigue siendo la causa más común evitable de muerte en hospitales (Lip y Hull, 2014).

La incidencia de síndrome de embolia grasa (SEG) varía del 1 al 29%. Los émbolos de grasa ocurren en todas las personas con fracturas de huesos largos, pero sólo pocos pacientes desarrollan disfunción sistémica, particularmente la tríada de disfunción de piel, cerebro y pulmones conocida como SEG (Eriksson, 2011).

Resultados de colaboración

La persona será monitoreada en busca de signos y síntomas tempranos de (a) TVP y (b) EP, y la persona recibirá intervenciones colaborativas de ser indicado para restaurar la estabilidad fisiológica.

Indicadores de estabilidad fisiológica

- Sin dolor de pierna (a).
- Sin edema en la pierna (a).
- No hay cambio en la temperatura o color de la piel (a, b).
- Sin disnea aguda, ansiedad, estado mental disminuido, o ansiedad (b).
- Sin dolor torácico agudo o punzante (b).
- Pulso: ritmo regular, tasa de 60 a 100 latidos/min (b).
- Respiraciones de 16 a 20 respiraciones/min (b).
- Presión arterial > 90/60, < 140/90 mm Hg, PAM > 70, o PVC > 11.
- Sonidos de respiración sin evidencia de sonidos nuevos y anormales (estertores) (b).
- Sin la presencia de distensión venosa yugular (DVY) (b).

Intervenciones y justificaciones

Evaluar para prevención e iniciar profilaxis por protocolo

- Consultar con el médico o practicante de enfermería avanzada la terapia de heparina/anticoagulante de baja dosis para la persona en alto riesgo. (Véase Terapia anticoagulante en *Riesgo de complicaciones de efectos adversos de terapia de medicamento*.)

R: *La terapia de heparina disminuye la adhesividad de plaquetas, reduciendo el riesgo de embolia. En la presencia de trombosis, los objetivos del tratamiento son prevenir que el coágulo crezca, y prevenir la formación de nuevos coágulos sanguíneos.*

Monitorear el inicio o el estado de la trombosis venosa, notando

- Pulsos periféricos disminuidos o periféricos.

R: *La circulación insuficiente causa dolor y pulsos periféricos disminuidos.*

- Calor inusual y enrojecimiento o frialdad y cianosis; hinchazón de pierna incrementada.

R: *Calor y enrojecimiento inusual indican inflamación; frialdad y cianosis indican obstrucción vascular.*

- Dolor de pierna incrementado.

R: *El dolor de pierna es resultado de la hipoxia tisular.*

- Un ritmo cardíaco y un sentimiento de desmayo.
- Nuevo dolor de pecho con dificultad para respirar.

R: *Estos descubrimientos pueden indicar la movilización de los trombos a los pulmones (EP).*

> **ALERTA CLÍNICA** Permanecer con la persona y llamar al equipo de respuesta rápida.

Continuar el uso de medias de compresión graduadas elásticas (GCS, por sus siglas en inglés) si están prescritas

R: *Estos dispositivos aplican presión gentil para mejorar la circulación y ayudar a prevenir coágulos. Éstas deben usarse previamente a una cirugía y antes de terapia anticoagulante (Lip y Hull, 2014).*

Todas las personas deben recibir evaluación de riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) al ser admitidos (Institute for Clinical System Improvement [ICSI], 2008; Partnership for Patient Care, 2007)

R: *En todas las personas, la decisión de anticoagular debe ser individualizada y los beneficios de la prevención de TEV deben ser ponderados cuidadosamente contra el riesgo de hemorragia.*

Evaluar en busca de contraindicaciones de anticoagulación (Lip y Hull, 2014)

- Contraindicaciones absolutas.
  - Sangrado activo, diátesis hemorrágica intensa.
  - Conteo de plaquetas < 50,000/µl.
  - Procedimiento/cirugía reciente, planeado o emergente.
  - Traumatismo mayor.
  - Historia de hemorragia intracraneal.
- Contraindicaciones relativas.
  - Hemorragia recurrente debida a telangiectasias gastrointestinales múltiples.

- Tumores intracraneales o de médula ósea.
- Conteo de plaquetas < 150,000/µl.
- Aneurisma aórtico abdominal grande con hipertensión severa concurrente, y disección aórtica estable.

- Contraindicaciones relativas adicionales en los pacientes mayores (p. ej., > 65 años).
  - Incluye un historial de múltiples caídas y la presencia de más de un factor que eleva el riesgo de hemorragia.

R: *"Dichos pacientes están en alto riesgo de hemorragia o tienen un alto riesgo de resultados catastróficos si ocurre un sangrado. De forma consecuente, la decisión de anticoagular en esta población debe ser aún más cuidadosa para permitir los beneficios de la prevención de TEV para ser ponderada con cuidado contra el riesgo de hemorragia" (Lip y Hull, 2014).*

Monitorear en busca de signos o síntomas de embolia pulmonar (Grossman y Porth, 2014)

- Dolor de pecho agudo o punzante.
- Disnea, agitación, cianosis, estado mental disminuido, o ansiedad.
- Saturación de oxígeno disminuida (SaO_2, SvO_2).
- Taquicardia.
- Taquipnea (Shaughnessy, 2007).
- Distensión de vena en cuello.
- Hipotensión.
- Dilatación ventricular derecha aguda sin enfermedad parenquimatosa (en rayos X de pecho).
- Confusión.
- Arritmias cardíacas (pueden ser letales).
- Fiebre de bajo grado.
- Tos productiva con esputo teñido de sangre.
- Roce pleural o nuevo soplo (Shaughnessy, 2007).
- Estertores.

R: *La oclusión de arterias pulmonares impide el flujo sanguíneo a la parte distal del pulmón, produciendo un estado hipóxico.*

Si ocurriera alguna, iniciar de inmediato los protocolos de shock

- Establecer una línea IV (para administración de medicamento y líquidos).

- Administrar terapia de reemplazo de líquidos de acuerdo con el protocolo.
- Insertar catéter urinario permanente (Foley) (para monitorear el volumen de circulación a través de la diuresis).
- Iniciar el monitoreo ECG y monitoreo hemodinámico invasivo (para detectar arritmias y guiar la terapia).
- Iniciar protocolos de unidad.
- Véase *Riesgo de complicaciones de hipovolemia* para intervenciones adicionales.
- Preparar para angiografía o escaneos de perfusión pulmonar (para confirmar el diagnóstico y detectar el grado de atelectasia).

R: *Debido a que la muerte por EP masiva ocurre comúnmente en las primeras 2 horas después del inicio, la intervención inmediata es crucial.*

Iniciar la terapia de oxígeno; vigilar la saturación de oxígeno

R: *Esta medida incrementa rápidamente los niveles de oxígeno en circulación.*

Dar medidas para prevenir trombosis

- Evaluar el estado de hidratación con base en gravedad específica de la orina, ingesta/gasto, pesos, y osmolalidad de suero. Tomar acción para asegurar la hidratación adecuada.

R: *Incrementa la viscosidad de la sangre y su capacidad de coagulación y el gasto cardíaco disminuido puede contribuir a la formación de trombo.*

- Instruir para realizar ejercicios isotónicos de piernas, doblar las rodillas y tobillos cada hora.

R: *Éstos promueven el retorno venoso.*

- Deambular tan pronto como sea posible con al menos 5 minutos de caminar cada hora al despertar. Evitar estar sentado en una silla de forma prolongada con las piernas dependientes.

R: *Caminar contrae los músculos de las piernas, estimula el bombeo venoso, y reduce la estasis (ICSI, 2008; Lip y Hull, 2014).*

- Elevar la extremidad afectada sobre el nivel del corazón.

R: *Esta posición puede ayudar a reducir la hinchazón intersticial al promover el retorno venoso.*

- Dejar de fumar.

R: *La nicotina puede causar vasoespasmos.*

En 2002, el National Quality Forum creó y aprobó una lista de Eventos serios reportables (SRE, por sus siglas en inglés), la cual fue actualizada en el 2006. Hay 28 eventos que han sido etiquetados como SRE, también llamados eventos que nunca deberían suceder. "Hay 20 eventos en la lista que son en gran medida evitables, errores graves y eventos que son de interés para el público y los proveedores de cuidado de la salud y que ameritan una investigación cuidadosa y que debe ser orientada hacia reportes públicos mandatorios" (National Quality Forum, 2006). Uno de los 28 eventos es la muerte del paciente o discapacidad seria, asociados con embolia intravascular que ocurre mientras está siendo atendido en una instalación de cuidado a la salud.

Para la prevención de émbolo gaseoso (Weinhouse, 2016)

- Explicar a la persona qué es lo que va a suceder y por qué es importante seguir instrucciones específicas.

R: *El posicionamiento durante la remoción de la línea central es una inter-vención crítica para prevenir el émbolo gaseoso.*

- Realizar higiene de manos y ponerse guantes limpios. Remover el vendaje con cuidado y desecharlo con los guantes. Repetir la higiene de manos y ponerse guantes estériles.
- Evaluar el sitio de inserción del catéter en busca de evidencia o complicaciones como enrojecimiento, hinchazón, o drenaje. Notificar al médico si se ven algunos de estos signos; él o ella puede ordenar un cultivo. Limpiar el sitio de forma acorde a las políticas de la instalación, de preferencia con clorhexidina.
- Nunca usar tijeras cerca del dispositivo de acceso venoso, ya que esto podría resultar en cortar de forma accidental el catéter.
- Remover el dispositivo que sujeta al catéter.
- Antes de la inserción de la línea central y los cambios de tubos, colocar a la persona en posición supina o de Trendelenburg e instruirlo(a) a realizar la maniobra Valsalva durante el procedimiento. Instruir para tomar un respiro profundo y aguantarlo, simulando aplicar presión hacia abajo como si hubiera movimiento de intestinos. Hacer que la persona lo demuestre. Remover el catéter mien-tras la persona aguanta la respiración.
- Si la persona es incapaz de cooperar con el procedimiento, realizar durante la porción de presión positiva del ciclo de respiración (Luettel, 2011; *Lynn-McHale Wiegand y Carlson, 2005).
  - Respiración espontánea: durante exhalación.
  - Ventilación mecánica: durante inhalación.

R: *Estas medidas incrementan la presión intratorácica y ayudan a prevenir que el aire*

entre al catéter.

Seguir el protocolo para remover la línea central del catéter

- Después de haber removido el catéter, pedir a la persona que respire de forma normal. Aplicar presión con una gasa estéril hasta que el sangrado se detenga (O'Dowd y Kelle, 2015).
- Aplicar un vendaje estéril oclusivo sobre el sitio de inserción para prevenir un émbolo de aire retrasado.
- Evaluar la longitud y la integridad del catéter y visualmente inspeccionar la punta buscando suavidad. Remover los guantes y realizar higiene de manos (O'Dowd y Kelle, 2015).
- Instruir a la persona a permanecer en posición supina por 30 minutos después de la remoción (O'Dowd y Kelle, 2015).
- Documentar la fecha y hora de la remoción de CVC, notando la longitud y la integridad del CVC, la evaluación del sitio, respuesta del paciente, o intervenciones de enfermería (O'Dowd y Kelle, 2015).
- No jalar más fuerte si se encuentra resistencia al remover un CVC (O'Dowd y Kelle, 2015).
- No removerlo cuando la persona está inhalando. No aplicar ningún vendaje que no sea oclusivo, pues esto puede incrementar el riesgo de un émbolo gaseoso (O'Dowd y Kelle, 2015).

R: *Estas medidas ayudan a prevenir la entrada de aire e infección en el sitio de inserción.*

Monitorear en busca de signos y síntomas de émbolo gaseoso durante el vendaje y cambios de tubos IV y tras cualquier separación accidental de conexiones IV

- Sonido de chupón al insertar.
- Disnea.
- Taquipnea.
- Sibilancias.
- Dolor torácico subesternal.
- Ansiedad.

R: *Un émbolo gaseoso puede ocurrir con cambios a los tubos IV, separación accidental de tubos, y durante la inserción, remoción, y desconexión de catéter (p. ej., una persona puede aspirar tanto como 200 ml de aire en una boca-nada profunda durante la desconexión de la línea subclavia). La entrada de aire en el sistema arterial pulmonar puede obstruir el flujo sanguíneo, causando broncoconstricción del área pulmonar afectada. Usar conexiones de bloqueo para ayudar a prevenir la*

desconexión accidental.

Si se sospecha de un émbolo gaseoso, llamar al Equipo de respuesta rápida o llamar al 911, no dejar sola a la persona

- Administrar oxígeno al 100 por ciento.

R: *Esto promueve la difusión de nitrógeno, lo cual comprime un émbolo gaseoso en aproximadamente 80% de los casos.*

- Colocar a la persona en una superficie plana o en una posición de Trendelenburg y voltear al lado izquierdo.

R: *Esta posición desplaza el aire fuera de la válvula pulmonar y lo atrapa en el ventrículo para aspiración radiológica.*

- Iniciar protocolos para paro respiratorio o cardíaco de ser indicado.

Para Riesgo de complicaciones por émbolo graso

Nota de Carpenito

A pesar de que émbolos grasos ocurren en todas las personas con fracturas de huesos largos, sólo pocas personas desarrollan disfunción sistémica de la piel, cerebro, o pulmonar conocida como SEG. El SEG típicamente se manifiesta de 24 a 72 h después del traumatismo inicial, pero puede ocurrir rara vez tan temprano como 12 h o tan tarde como 2 sem después del evento causante. Los pacientes afectados desarrollan una tríada clásica: hipoxemia, anormalidades neurológicas y erupción petequial (Weinhouse, 2016).

Monitorear en busca de signos y síntomas de émbolo graso

R: *El SEG típicamente se manifiesta de 24 a 72 h después del traumatismo inicial, pero rara vez puede ocurrir tan temprano como 12 h o tan tarde como 2 sem después del evento incitante. Las personas afectadas desarrollan una tríada clásica: hipoxemia, anormalidades neurológicas, y erupción petequial.*

- Hipoxemia, disnea, o taquipnea son los descubrimientos tempranos más frecuentes. Un síndrome indistinguible de la lesión pulmonar aguda (LPA) o síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) puede desarrollarse. Aproximadamente, una mitad de las personas con SEG causados por fracturas de huesos largos desarrolla hipoxemia grave y requiere ventilación mecánica.
- Falta de aliento con o sin dolores de pecho vagos. Dependiendo de la intensidad, esto puede progresar a insuficiencia respiratoria con taquipnea, incrementando la falta de aliento e hipoxia.
- Fiebre: generalmente en exceso a 38.3 ºC (101 °F) con un ritmo de pulso desproporcionadamente alto.

- Erupción petequial: comúnmente sobre la parte superior anterior del tronco, brazo y cuello, mucosa bucal, y conjuntivas. La erupción puede ser transitoria, desapareciendo después de 24 horas.
- Síntomas de sistema nervioso central, desde un dolor de cabeza leve hasta disfunción cerebral significativa (ansiedad, desorientación, confusión, convulsiones, estupor, o coma).
- Renal: oliguria, hematuria, anuria.
- Taquipnea más de 30 por minuto.
- Inicio repentino de dolor de pecho o disnea.
- Agitación, aprehensión.
- Confusión.

R: *Somnolencia con disminución de la diuresis (oliguria) es casi diagnóstico. Las anormalidades neurológicas se desarrollan en la mayoría de los pacientes con SEG. Éstas típicamente ocurren después del desarrollo de la insuficiencia respiratoria, con pacientes afectados desarrollando un estado de confusión, seguido por un nivel de conciencia alterados (Weinhouse, 2016).*

- Temperatura elevada sobre 39.4 °C (103 ºF).
- Frecuencia de pulso incrementado más de 140 por minuto.
- Erupción petequial de piel (12 a 96 horas posoperatorias).

R: *Estos cambios son el resultado de hipoxemia. Los ácidos grasos atacan a los glóbulos rojos y plaquetas para formar microagregados, lo cual dificulta la circulación a los órganos vitales, como el cerebro. Los glóbulos grasos pasando a través de la vasculatura pulmonar causan una reacción química que disminuye el desempeño pulmonar y la tasa de ventilación/perfusión y eleva la temperatura corporal. La erupción resulta de la fragilidad capilar. Los sitios comunes son las conjuntivas, axilas, pecho, y cuello (Weinhouse, 2016).*

- Minimizar el movimiento de una extremidad fracturada por los primeros tres días después de la lesión.

R: *La inmovilización minimiza aún más el trauma tisular y reduce el riesgo del desplazamiento de émbolos (Weinhouse, 2016).*

- Asegurar la hidratación adecuada.

R: *La hidratación óptima diluye a los ácidos grasos irritantes a través del sistema (Weinhouse, 2016).*

- Monitorear la ingesta/gasto, color de orina, y gravedad específica.

R: *Estos datos reflejan el estado de hidratación.*

Riesgo de complicaciones de hipovolemia

Definición

Describe a una persona que experimenta o con alto riesgo de experimentar oxigenación celular e incapacidad de excretar los productos de desecho del metabolismo secundario a volumen de líquidos disminuido (p. ej., por hemorragia, pérdida de plasma, vómito prolongado, o diarrea).

Shock hipovolémico se refiere a la pérdida de líquido rápida, que causa falla orgánica múltiple debido al volumen de circulación inadecuado y perfusión inadecuada subsecuente; la mayoría generalmente causada por la pérdida rápida de sangre debido a una condición médica o quirúrgica. Véase *Riesgo de complicaciones de sangrado* si está indicado.

Poblaciones en alto riesgo (Grossman y Porth, 2014)

- Estatus intraoperatorio.
- Estatus posoperatorio.
- Punción posterior al procedimiento de cualquier vaso arterial, pero particularmente aquellos en riesgo de sangrado retroperitoneal debido a la punción de la arteria femoral.
- Shock anafiláctico.
- Traumatismo.
- Sangrado (p. j., externo [laceración, herida de bala], interno [gastrointestinal, sitio quirúrgico].
- Cetoacidosis diabética (CAD) o estado hiperglucémico hiperosmolar (EHH).
- Pérdida de fluidos gastrointestinales (GI) excesiva (vómito, diarrea, succión gastrointestinal, drenaje de fístula GI).
- Pérdidas renales excesivas (terapia diurética, diuresis osmótica relacionada a hiperglucemia).
- Pérdidas de piel excesiva (fiebre, exposición a ambiente caliente, pérdida de piel debido a quemaduras, heridas).
- Lactantes, niños, o personas mayores.
- Pancreatitis aguda.
- Quemaduras mayores.

- Coagulación intravascular diseminada (CID).
- Diabetes insípida.
- Ascitis.
- Peritonitis.
- Obstrucción intestinal.
- SRIS/sepsis.
- Hiponatremia.

Resultados de colaboración

La persona será vigilada en busca de signos y síntomas tempranos de hipovolemia y recibirá intervenciones colaborativas de ser indicado para restaurar la estabilidad fisiológica.

Indicadores de estabilidad fisiológica

Véase *Riesgo de complicaciones de gasto cardíaco disminuido* para indicadores.

Intervenciones y justificaciones

Monitorear el estatus de fluidos cada hora de ser indicado; evaluar:

- Ingesta (parenteral y oral).
- Gasto y otras pérdidas (orina, drenaje, y vómito), sonda nasogástrica.

R: *El volumen sanguíneo disminuido reduce la sangre en los riñones, lo cual disminuye la TFG, causando una diuresis disminuida. Cuando el flujo sanguíneo a los riñones es menor al 20 a 25% de lo normal, ocurre daño isquémico (Grossman y Porth, 2014). La diuresis disminuida es un signo temprano de sangrado/hipovolemia.*

Monitorear el sitio quirúrgico por hemorragia, dehiscencia, y evisceración

R: *El monitoreo cuidadoso permite la detección temprana de complicaciones.*

Enseñar a inmovilizar la herida quirúrgica con una almohada al toser, estornudar, o vomitar

R: *Inmovilizar reduce el estrés en la línea de sutura al igualar la presión a lo largo de la herida.*

Monitorear los signos y síntomas del shock

- El ritmo de pulso incrementado con presión sanguínea normal o ligeramente disminuida, estrechando la presión del pulso; PAM disminuida.
- Diuresis < 0.5 ml/kg/h (signo temprano).
- Ansiedad, agitación, actividad mental disminuida.

- Ritmo de respiración incrementado, sed.
- Pulsos periféricos disminuidos.
- Piel fría, pálida, húmeda, o cianótica.
- Saturación de oxígeno disminuida (SaO_2, SvO_2), presiones arteriales pulmonares, gasto cardíaco/índice, presión auricular derecha, presión de oclusión/hendidura.
- Hemoglobina/hematocrito disminuidos, gasto/índice cardíaco dis - minuido.
- PVC disminuida.

R: *La respuesta compensatoria a volumen de circulación disminuido intenta incrementar el suministro de oxígeno a través de la frecuencia cardíaca y respiratoria aumentadas y circulación periférica disminuida (manifestado por pulsos periféricos disminuidos y piel fría). El oxígeno disminuido al cerebro altera la actividad mental. La circulación disminuida a los riñones lleva a disminución de la diuresis. Los valores de hemoglobina y hematocrito disminuyen si el sangrado es significativo (Grossman y Porth, 2014).*

Si ocurre shock, colocar a la persona en posición supina a menos que esté contraindicado (p. ej., lesión de cabeza)

R: *Esta posición incrementa el retorno sanguíneo (precarga) al corazón.*

Por protocolo, inserte una línea IV; usar un catéter de poro grande para el reemplazo de gran volumen de sangre o fluido

- Iniciar protocolos apropiados para shock (p. ej., terapia vasopresora, terapia de oxígeno).

R: *Protocolos intentan incrementar la resistencia periférica y elevar la presión sanguínea.*

Colaborar con el médico, asistente médico, o la enfermera de práctica avanzada para reemplazar las pérdidas de líquidos a una tasa suficiente para mantener la diuresis > 0.5 ml/kg/h (p. ej., solución salina o lactato de Ringer)

R: *Esta medida promueve una perfusión tisular renal óptima.*

Restringir el movimiento y actividad de la persona

R: *Esto ayuda a disminuir las necesidades tisulares de oxígeno.*

Dar seguridad, explicaciones simples y apoyo emocional para ayudar a reducir la ansiedad

R: *La ansiedad alta incrementa las necesidades metabólicas de oxígeno.*

Riesgo de complicaciones de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)/sepsis

Nota de Carpenito

"El tratamiento principal para todos los síndromes de shock es el reconocimiento temprano de los factores que pueden colocar al paciente en riesgo de desarrollar shock." La respuesta alérgica puede progresar a shock anafiláctico. Las líneas invasivas pueden ser fuentes de infección.

El SRIS ha reemplazado la terminología de síndrome séptico. La sepsis es un factor contribuyente a SRIS; el SRIS es una condición potencialmente letal relacionada a la inflamación sistémica, disfunción orgánica, y falla orgánica.

Definición de riesgo de complicaciones de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)

Describe a una persona que experimenta o que tiene alto riesgo de experimentar una condición potencialmente mortal relacionada a la inflamación sistémica, disfunción orgánica o falla orgánica en respuesta a la presencia de bacterias patógenas, virus, hongos o sus toxinas. Los microorganismos pueden o no estar presentes en el torrente sanguíneo. El SRIS ha reemplazado la terminología de *síndrome séptico*. La sepsis es uno de los factores que contribuyen al SRIS.

Definición de riesgo de complicaciones por shock séptico

Describe a una persona experimentando o en alto riesgo de experimentar una pérdida de volumen de circulación (hipovolemia) y perfusión dificultada causada por un agente infeccioso (bacteria, viral), resultando en perfusión tisular comprometida y disfunción celular.

Poblaciones en alto riesgo

Personas con

- Infección por bacteria (urinaria, respiratoria, herida).
- Infección viral.
- Complicación de cirugía (GI, torácica).
- Sobredosis de droga.
  - Quemaduras, traumatismo múltiple.
  - Inmunosupresión, sida.
- Líneas invasivas (catéter urinario, arterial, endotraqueal, venoso central).
- Úlceras de presión.

- Heridas extensas con sanación lenta.
- Inmunocomprometidas (trasplantes, cáncer, quimioterapia, sida, cirrosis, pancreatitis).

- Diabetes mellitus.
- Edad extrema (< 1 año o > 65 años).

Resultados de colaboración

La persona será vigilada en busca de signos y síntomas tempranos de shock séptico y recibirá intervenciones colaborativas si está indicado para restaurar la estabilidad fisiológica.

Indicadores de estabilidad fisiológica

- Temperatura 36.6 a 37.5 °C (98 a 99.5 °F).
- Pulso 60 a 100 latidos/minuto.
- Llenado capilar < 2 segundos.
- Diuresis > 0.5/ml/kg/hora.
- Gravedad específica de la orina 1.005 a 1.030.
- Conteo de glóbulos blancos mayor a 4,000 células/mm^3 o menor a 12,000 células/mm^3.
- Menos del 10% de neutrófilos inmaduros (en banda).
- Proteína C activada (PCA) 65 a 135 UI/decilitro.
- Plaquetas 150 a 400.
- Tiempo de protrombina 11 a 13.5 segundos.
- INR 1.5 a 2.5.
- Tiempo parcial de tromboplastina (TPT) 30 a 45 segundos.
- Potasio en suero 3.5 a 5.0 mEq/litro.
- Sodio en suero 135 a 145 mEq/litro.
- Glucosa en sangre (en ayuno) < 100 mg/decilitro.
- Niveles de lactato en suero 1.0 a 2.5 mmol/litro.

Intervenciones y justificaciones

Monitorear en busca de shock séptico y SRIS *(Halloran, 2009)*

- Diuresis < 0.5 ml/kg/hora.

R: *La diuresis disminuye cuando el sodio cambia hacia dentro de las células, lo cual jala agua dentro de las células. La circulación disminuida a los riñones reduce su capacidad de desintoxicar las toxinas que resultan del metabolismo anaeróbico.*

- Temperatura corporal mayor a 38 °C o menor a 36 °C.
- Ritmo cardíaco mayor a 90 por minuto.

R: *El ritmo cardíaco alto disminuye el flujo sanguíneo al cerebro, corazón, y riñones.*

- Activa barorreceptores y la liberación de catecolaminas, incrementando el ritmo cardíaco/gasto cardíaco e incrementando aún más la vasoconstricción.
- Hiperpotasemia.

R: *El potasio se mueve hacia dentro de la célula con el sodio, dificultando la función celular nerviosa, cardiovascular, y muscular.*

- Disminuyendo la presión arterial.

R: *El movimiento de agua hacia dentro de la célula causando hipovolemia.*

- Frecuencia respiratoria mayor a 20 por minuto.

R: *El metabolismo anaeróbico disminuye el oxígeno en la circulación. El cuerpo intenta incrementar la oxigenación al aumentar la frecuencia respiratoria.*

- Hiperglucemia.

R: *El hígado y los riñones producen más glucosa en respuesta para la liberación de epinefrina, norepinefrina, cortisol, y glucagón. El metabolismo anaeróbico reduce los efectos de la insulina. La resistencia a la insulina contribuye a la falla orgánica múltiple, infección nosocomial, y lesión renal. (Grossman y Porth, 2014).*

- WBC mayor a 12,000 por microlitro o menor a 4,000 por microlitro o la presencia de 10% de neutrófilos inmaduros.

R: *Glóbulos blancos incrementados indican un proceso infeccioso.*

Garantizar que un cultivo de sangre se haga antes de comenzar cualquier antibiótico

- Cultivar cualquier sitio de infección sospechado (p. ej., de orina, esputo, líneas invasivas).

R: *"Resultados deficientes son asociados con terapia antimicrobiana inadecuada o inapropiada (es decir, tratamiento con antibióticos al cual el patógeno mostró ser resistente* in vitro*). Ellos también están asociados con retrasos en el inicio de la terapia antimicrobiana, aun retrasos cortos (p. ej., una hora)" (Schmidt y Mandel, 2012).*

- Cultivo de sangre obtenido después de la terapia de antibiótico puede ser inexacto. La

investigación de personas con shock séptico demostró que el tiempo de iniciación de la terapia antimicrobiana fue el predictor más fuerte de mortalidad (Schmidt y Mandel, 2012).

Evaluar el estado de los líquidos

- Monitorear la PVC y seguir el protocolo de reemplazo de líquidos. La terapia temprana orientada a objetivos con reemplazo de líquidos mejora el gasto cardíaco, la perfusión tisular y el suministro de oxígeno, mejorando la mortalidad y morbilidad.

R: *La sepsis causa vasodilatación y fuga capilar, resultando en hipovolemia.*

Monitorear la presión arterial

- Administrar el reemplazo de líquidos y vasopresores (especialmente norepinefrina) para mantener la PAM > 65.

R: *En EGDT, mantener la PAM > 65 mejora la perfusión tisular y los resultados (Neviere, 2015).*

Evaluar la evidencia de perfusión tisular adecuada: ritmo cardíaco, respiraciones, diuresis, actividad mental, $ScvO_2$/SvO_2

R: *El monitoreo cuidadoso detecta los cambios tempranos, con intervenciones inmediatas.*

Evaluar la integridad cutánea y protegerla de lesiones e hipotermia

R: *La perfusión disminuida a la piel resultará en piel pálida, fría y frágil. El tejido es más propenso a lesión e hipotermia.*

Monitorear los niveles de glucosa en suero

- Usar insulina (IV) por protocolo para mantener un control glucémico estricto < 150 mg/decilitro.

R: *El control glucémico estricto mejora los resultados individuales (Picard y cols., 2006).*

Implementar estrategias para prevenir eventos tromboembólicos

R: *Una lesión endotelial activa el factor XIII, el cual estimula los factores de coagulación. En sepsis, la coagulación produce trombos y émbolos, los cuales bloquean la microvasculatura. La proteína C activada (PCA) disminuye en sepsis, lo cual causa coagulación incrementada y fibrinólisis (Halloran, 2009).*

Monitorear a los adultos mayores en busca de cambios en la actividad mental; debilidad, malestar; normotermia o hipotermia, y anorexia

Riesgo de complicaciones de retención urinaria aguda

Definición

Describe a una persona que experimenta o que tiene alto riesgo de experimentar una acumulación anormal aguda de orina en la vejiga y la incapacidad de contener debido a una situación temporal (p. ej., estado posoperatorio) o a una condición reversible con cirugía (p. ej., prostatectomía) o medicamentos.

Poblaciones en alto riesgo (Barrisford y Steele 2014; Selius y Subedi, 2008)

Retención urinaria aguda es más común secundaria a una obstrucción, pero también puede estar relacionada a trauma, medicamentos, enfermedad neurológica, infección y ocasionalmente cuestiones psicológicas.

- Estado posoperatorio (p. ej., cirugía de área perineal, abdomen bajo).
- Estado posparto.
- Masas benignas (p. ej., fibromas).
- Tumores malignos en la pelvis, uretra o vagina.
- Edema vulvar posparto.
- Ansiedad.
- Agrandamiento de próstata, cáncer de próstata.
- Efectos secundarios de medicamento (p. ej., atropina, antidepresivos, antihistamínicos).
- Estado posarteriografía.
- Obstrucción de salida de vejiga (infección, tumor, cálculos/piedras, estreñimiento, estenosis uretral, absceso perianal).
  - Contractilidad del detrusor dificultada (lesiones de médula espinal, enfermedades neurológicas progresivas, neuropatía diabética, accidentes cerebrovasculares).
  - Neoplasia: neoplasma de vejiga, otros tumores causando compresión de médula espinal.
  - Otras infecciones: herpes genital, varicela zóster, cuerpos extra-ños infectados.

Resultados de colaboración

La persona será monitoreada en busca de signos y síntomas de retención urinaria aguda y recibirá intervención colaborativa para restaurar la estabilidad fisiológica.

Indicadores de estabilidad fisiológica

- Diuresis > 1,500 ml/24 horas.

- Puede verbalizar una vejiga llena.
- Sin quejas de presión abdominal baja.

Intervenciones y justificaciones

Monitorear a un paciente posoperatorio en busca de retención urinaria

R: *Traumatismo en el músculo detrusor y lesión a los nervios pélvicos durante una cirugía pueden inhibir la función de la vejiga. La ansiedad y el dolor pueden causar espasmos de los reflejos de esfínteres. Un edema de cuello de la vejiga puede causar retención. Los sedantes y narcóticos pueden afectar el SNC y la efectividad de los músculos lisos (Grossman y Porth, 2014; Urinary Retention, 2012).*

Monitorear en busca de retención urinaria al palpar o sentir el área suprapúbica en busca de signos de distensión de vejiga (sobredistensión; etc.)

- Instruir a la persona a reportar molestia de vejiga o incapacidad de vaciarla.

R: *Estos problemas pueden ser signos tempranos de retención urinaria.*

Si una persona no vacía dentro de 8 a 10 horas tras la cirugía o se queja de molestia de vejiga, seguir los siguientes pasos

- Calentar el orinal.
- Motivar a la persona para salir de la cama a usar el baño, de ser posible.
- Instruir a la persona para levantarse al orinar, de ser posible. Si es incapaz de levantarse, aun sentarse al lado de la cama ayuda.
- Dejar agua corriendo en el lavabo mientras la persona intenta vaciar.
- Verter agua caliente sobre el periné de la persona.

R: *Estas medidas ayudan a promover la relajación del esfínter urinario y facilitan el vaciado.*

Tras la primera vaciada posterior a la cirugía, continuar monitoreando y motivando a la persona a vaciar de nuevo en 1 hora más o menos

R: *La primera vaciada usualmente no vacía la vejiga por completo.*

Si la persona aún no puede vaciar tras 10 horas, seguir los protocolos para la cateterización directa, conforme sea indicado por el médico, asistente médico, o la enfermera de práctica avanzada

- Considerar escaneo de vejiga para determinar si la cantidad de orina necesita cateterización.

R: *La cateterización directa se prefiere a la cateterización permanente porque conlleva menos riesgo de infección de tracto urinario por patógenos ascendentes. El escaneo de vejiga no es un riesgo de infección.*

Si una persona está vaciando cantidades pequeñas, usar cateterización directa; si el residuo tras vaciar es > 200 ml, dejar el catéter permanente

- Notificar al médico, asistente médico, o a la enfermera de práctica avanzada.

Riesgo de complicaciones de insuficiencia/falla renal

Definición

La insuficiencia renal es un signo temprano de mala función de los riñones que puede ser debido a la reducción del flujo sanguíneo a los ri ñones causado por enfermedad arterial renal. La función renal apropiada puede ser interrumpida; sin embargo, cuando las arterias que proveen a los riñones con sangre se estrechan, a esta condición se le llama estenosis arterial renal. Algunos pacientes con insuficiencia renal no experimentan síntomas o sólo síntomas leves. Otros desarrollan peligrosamente presión sanguínea alta, mala función renal, o falla renal que requiere diálisis (Kovesdy, Kopple, y Kalantar-Zadeh, 2015).

Etapas de falla renal

(Kovesdy y cols., 2015)

Etapa 1

TFG > 90+

Función renal normal, pero descubrimientos de orina o anormalidades estructurales o características genéticas apuntan a enfermedad renal; observación; control de presión arterial.

Etapa 2

TFG > 60 a 89

Función renal disminuida u otros descubrimientos (como para la etapa 1) apuntan a enfermedad renal; observación; control de presión arterial y factores de riesgo.

Etapa 3A

TFG > 45 a 59

Función renal moderadamente reducida; observación, control de presión arterial y factores de riesgo.

Etapa 3B

TFG > 30 a 44

Función renal moderadamente reducida; observación, control de presión arterial y factores de riesgo.

Etapa 4

TFG > 15 a 29

Función renal gravemente reducida; planeación para una etapa final de fallo renal.

Etapa 5

TFG < 15 o en diálisis

Función renal muy grave o de etapa final (a veces llamada función renal establecida).

Poblaciones en alto riesgo

(Grossman y Porth, 2014; Kovesdy y cols., 2015)

- Personas en alto riesgo.
  - Personas mayores.
  - Posquirúrgicos.
  - Traumatismo mayor.
  - Enfermedad renal crónica subyacente.
- Necrosis tubular renal por causas isquémicas.
  - Uso excesivo de diuréticos.
  - EP.
  - Quemaduras.
  - Trombosis intrarrenal.
  - Rabdomiólisis.
  - Infecciones renales.
  - Trombosis/estenosis arterial renal.
  - Peritonitis.
  - Sepsis.
  - Hipovolemia.
  - Hipotensión.
  - Insuficiencia cardíaca congestiva.
  - Infarto de miocardio.
  - Aneurisma.
  - Reparación de aneurisma.

- Necrosis tubular renal por toxicidad.
- Fármacos antiinflamatorios no esteroideos.
  - Gota (hiperuricemia).
  - Hipercalcemia.
  - Ciertos fármacos callejeros (p. ej., PCP).
  - Infección gramnegativa.
  - Medio de radiocontraste.
  - Antibióticos aminoglucósidos.
  - Agentes antineoplásicos.
  - Metanol, tetracloruro de carbono.
  - Veneno de serpiente, hongo venenoso.
  - Analgésicos tipo fenacetina.
  - Metales pesados.
  - Insecticidas, fungicidas.
  - Diabetes mellitus.
  - Hipertensión maligna.
  - Hemólisis (p. ej., reacción por transfusión).

Resultados de colaboración

La persona será monitoreada en busca de signos y síntomas de insuficiencia renal con el objetivo de prevenir o minimizar el daño crónico. La persona recibirá intervenciones colaborativas conforme sea indicado para restaurar y/o mantener la estabilidad fisiológica.

Indicadores de estabilidad fisiológica

- Presión arterial: menos de 120 sistólica y menos de 80 diastólica.
- Gravedad específica de la orina 1.005 a 1.030.
- Diuresis > 0.5 ml/hora.
- Sodio en orina 40 a 220 mEq/L/24 h (varía con la ingesta de dieta, medicamentos).
- Nitrógeno ureico en sangre 10 a 20 mg/decilitro.
- Potasio en suero 3.8 a 5 mEq/litro.
- Sodio en suero 135 a 145 mEq/litro.

- Fósforo en suero 2.5 a 4.5 mg/decilitro.
- Eliminación de creatinina sérica 100 a 150 ml/min (varía con la edad, género, y raza).
- TFG sobre 90 en personas sin insuficiencia renal o en etapa I.

Intervenciones y justificaciones

Monitorear en busca de signos y síntomas tempranos de insuficiencia renal

- Gravedad específica de orina elevada sostenida, niveles de sodio en orina elevados.
- Diuresis sostenida insuficiente (< 30 ml/h), presión sanguínea elevada.
- Nitrógeno ureico en sangre (BUN por sus siglas en inglés) elevado, creatinina, potasio, fósforo, y anhidrido carbónico (CO_2) en suero disminuidos; eliminación de creatinina disminuida.
- Edema dependiente (periorbital, pedal, pretibial, sacro).
- Nicturia.
- Letargia.
- Comezón.
- Náusea/vómito.

R: *Hipovolemia e hipotensión activan el sistema renina-angiotensina, lo cual causa vasoconstricción periférica, e incrementa el flujo sanguíneo glomerular. El resultado es sodio incrementado y reabsorción de agua con gasto de orina disminuido. El BUN también es reabsorbido. Si este mecanismo adaptativo es inadecuado, se desarrolla lesión renal aguda por isquemia. La diuresis permanece baja o disminuye y la presión arterial es elevada. (Fazia, Lin, y Staros, 2012). La excreción disminuida de urea y creatinina en la orina eleva el BUN y los niveles de creatinina. El edema dependiente resulta de presión hidrostática de plasma incrementada, sal, y retención de agua, o presión osmótica coloidea disminuida por las pérdidas de proteínas de plasma (Grossman y Porth, 2014).*

Notificar al médico/NP/PA de los cambios en la condición o resultados de laboratorio, lo cual refleja insuficiencia renal incrementada

Pesar diariamente como mínimo; más seguido de ser indicado

- Asegurar descubrimientos exactos al pesar a la misma hora del día, en la misma báscula, y con la persona usando la misma cantidad de ropa.

R: *Los pesos diarios y los registros de ingesta y excreciones ayudan a evaluar el equilibrio de líquidos y guiar las recomendaciones de ingesta de líquidos.*

- Mantener la ingesta y los registros de excreciones estrictos; deter-minar el equilibrio neto de líquidos y comparar con la pérdida o ganancia de peso diario para

correlacionar. (Una ganancia de 1 kg [2.2 lb] tiene correlación con exceso de ingesta de 1 L.)

- Administrar los medicamentos orales con comidas siempre que sea posible. Si los medicamentos deben ser administrados entre comidas, administrar con la cantidad más pequeña de fluido necesario.

R: *Esta medida evita usar partes de la asignación del líquido de forma innecesaria.*

- Explicar los objetivos de manejo de líquidos prescritos.

R: *El entendimiento de la persona y la familia puede mejorar la cooperación.*

- Ajustar la ingesta diaria de líquidos para que se aproxime a la pérdida de fluidos más 300 a 500 ml/día.

R: *Terapia de reemplazo cuidadosa es necesaria para prevenir la sobrecarga de líquido.*

- Distribuir la ingesta de fluido de forma razonable a lo largo del día y la noche. Puede ser necesario igualar la ingesta de fluidos cada 8 horas o incluso cada hora si la persona tiene un desequilibrio crítico.

R: *Mantener un equilibrio de fluido constante, sin fluctuaciones mayores, es esencial. Permitir que las toxinas se acumulen debido a mala hidratación puede causar complicaciones como náusea y cambios sensoriales.*

- Motivar a expresar sentimientos; dar retroalimentación positiva.

R: *Las restricciones de fluido y dieta pueden ser extremadamente frustrantes. El apoyo emocional puede ayudar a reducir la ansiedad y puede mejorar el cumplimiento con el régimen de tratamiento.*

- Consultar con un dietista el plan de líquidos y dieta.

R: *Consideraciones importantes en el manejo de líquidos, que requieren la atención de un especialista, incluyen el contenido de comida no líquida, la cantidad y tipo apropiados de líquidos, preferencias de líquidos, y el contenido de sodio.*

Para insuficiencia renal

Monitorear en busca de hematuria y proteinuria (The Renal Association, 2013)

Hematuria visible (macroscópica) (usualmente referida de inmediato a urología o a nefrología si se sospecha de patología renal aguda)

Hematuria invisible (microscópica) sin proteinuria, TFG > 60 ml/min/1.73m^2

- Edad > 40, usualmente referir a urología (la edad recomendada puede variar dependiendo de la localidad).
- Edad < 40 o > 40 con investigaciones urológicas negativas. Remitir a nefrología.

Hematuria microscópica con tasa de proteína/creatinina > 50 mg/mmol

- Referir a nefrología si las investigaciones urológicas son negativas.
- Referir a nefrología.

ALERTA CLÍNICA La TFG usualmente se basa en los niveles de creati-nina en suero, edad, sexo, y raza. Para las personas negras afrocaribeñas, la TFG estimada fue 21% más alta para cualquier creatinina.

La mayoría de los reportes de laboratorio indican un rango normal para personas blancas y negras (The Renal Association, 2013).

Monitorear en busca de signos y síntomas de insuficiencia renal en aumento

- TFG arriba de 90.
- Gravedad específica de la orina elevada sostenida; niveles de sodio en orina elevados.
- Diuresis insuficiente sostenida (< 30 ml/h), presión arterial elevada.
- BUN elevado, creatinina, potasio, fósforo y anhidrido carbónico (CO_2) en suero disminuido; eliminación de creatinina disminuida.
- Edema dependiente (periorbital, pedal, pretibial, sacral).
- Nicturia.
- Letargia.
- Comezón.
- Náusea/vómito.

R: *Hipovolemia e hipotensión activan el sistema renina-angiotensina, lo cual causa vasoconstrucción periférica y disminuye la TFG (flujo sanguíneo). El resultado es sodio incrementado y reabsorción de agua con diuresis disminuida. El BUN también es reabsorbido. Si este mecanismo adaptativo es inadecuado, se desarrolla lesión renal aguda isquémica. El gasto de orina permanece bajo o disminuye y la presión arterial es elevada (Fazia y cols., 2012). La excreción disminuida de urea y creatinina en la orina eleva el BUN y los niveles de creatinina. Edema dependiente resulta de la presión hidrostática en plasma incrementada, sal, y retención de agua, y/o presión coloidal osmótica disminuida por las pérdidas de proteína en plasma (Grossman y Porth, 2014).*

Notificar al médico, asistente médico, o a la enfermera de cambios en la condición o resultados de laboratorio, lo cual refleja insuficiencia/falla renal incrementada

Pesar diario como mínimo

- Asegurar descubrimientos exactos pesando al mismo tiempo cada día, en la misma báscula, y con la persona usando la misma cantidad de ropa.

Evitar la infusión IV de fluidos continua cuando sea posible

- Diluir todas las drogas IV necesarias en la menor cantidad de fluido que sea seguro para la administración IV. Usar bolsas IV pequeñas y un controlador o bomba IV, de ser posible, para prevenir la infusión accidental de un gran volumen de fluido.

R: *La infusión exacta de fluido es extremadamente necesaria para prevenir la sobrecarga de fluidos.*

Monitorear en busca de signos y síntomas de acidosis metabólica

- Respiraciones rápidas y superficiales.
- Dolores de cabeza.
- Náusea y vómito.
- pH en plasma bajo.
- Cambios de conducta, somnolencia, letargia.

R: *La acidosis resulta de la incapacidad de los riñones de excretar los iones de hidrógeno, fosfatos, sulfatos, y cuerpos cetónicos. La pérdida de bicarbonato resulta de la resorción renal disminuida. Los niveles de hiperpotasemia, hiperfosfatemia, y bicarbonatos disminuidos agravan la acidosis metabólica. Los cuerpos cetónicos excesivos causan dolores de cabeza, náusea, vómito, y dolor abdominal. La frecuencia y profundidad respiratorias incrementan en un intento por aumentar la excreción de CO_2 y así reducir la acidosis. La acidosis afecta el SNC y puede incrementar la irritabilidad neuromuscular debido al intercambio celular de hidrógeno y potasio.*

Evaluar en busca de signos y síntomas de hipocalcemia, hipopotasemia, y alcalosis mientras se corrige la acidosis

R: *La corrección rápida de acidosis puede causar excreción rápida de calcio y potasio y resultar en alcalosis de rebote.*

Monitorear en busca de signos y síntomas de hipernatremia con sobrecarga de fluidos

- Sed extrema.
- Efectos en el SNC desde agitación y convulsión.

R: *La hipernatremia resulta de ingesta excesiva de sodio o gasto incrementado de aldosterona. El agua es sacada de las células, causando deshidratación y produciendo síntomas en el SNC. La sed es una respuesta compensatoria orientada a diluir el sodio.*

Mantener las restricciones prescritas de sodio

R: *La hipernatremia debe ser corregida lentamente para minimizar el deterioro del SNC.*

Monitorear en busca de desequilibrios de electrólitos

- Potasio.
- Calcio.

- Fósforo.
- Sodio.
- Magnesio.

Monitorear en busca de sangrado GI

- Véase *Riesgo de complicaciones de sangrado GI* para intervenciones específicas.

R: *La agregación mala de plaquetas y la fragilidad capilar asociadas con los altos niveles en suero de subproductos de nitrógeno pueden agravar el sangrado. La heparinización requerida durante la diálisis en casos de enfermedad de úlcera gástrica puede también provocar sangrado GI.*

Monitorear en busca de manifestaciones de anemia

- Disnea.
- Fatiga.
- Taquicardia, palpitaciones.
- Intolerancia al frío.
- Palidez de lechos ungueales, y membranas mucosas.
- Niveles bajos de hemoglobina y hematocrito.
- Fácil contusión.

R: *Falla renal crónica resulta en la producción disminuida de glóbulos rojos debido a la producción disminuida de eritropoyetina y el tiempo de supervivencia disminuido debido a las toxinas urémicas elevadas.*

Instruir a la persona a usar un cepillo de dientes suave y a evitar limpiarse vigorosamente la nariz, congestión nasal, y deportes de contacto

R: *La prevención de trauma reduce el riesgo de sangrado e infección.*

Demostrar el método de presión para controlar sangrado si éste ocurre

R: *Aplicar presión directa y constante en un sitio de sangrado puede prevenir la pérdida de sangre excesiva.*

Monitorear en busca de manifestaciones de hipoalbuminemia (Deegens y Wetzels, 2011)

- Nivel de albumina en suero < 3.5 g/dl; proteinuria (> 150 mg/24 h).
- Formación de edema: pedal, facial, sacral.
- Hipovolemia (más común en niveles de albúmina en suero muy bajos [< 1 m/dl]).
- Niveles de hematocrito y hemoglobina disminuidos en enfermedades avanzadas.
- Hiperlipidemia.

R: *Cuando los niveles de albúmina se fugan a la orina debido a los cambios en la*

barrera glomerular electrostática o debido a diálisis peritoneal, el hígado responde al incrementar la producción de proteínas de plasma. Cuando la pérdida es grande, el hígado no puede compensar y resulta en hipoalbuminemia.

Monitorear en busca de hipervolemia

- Evaluación diaria.
  - Peso.
  - Registros de ingesta y gasto de fluidos.
  - Estertores en pulmones.
  - Circunferencia de las partes con edema.
  - Datos de laboratorio: hematocrito, sodio en suero, y proteínas de plasma, en específico albúmina en suero.

R: *Mientras disminuye la TFG y el funcionamiento de las nefronas continúa disminuyendo, los riñones pierden la capacidad de concentrar la orina y excretar el sodio y el agua, resultando en hipervolemia.*

Monitorear en busca de signos y síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva y gasto cardíaco disminuido

- Véase *RC de gasto cardíaco disminuido*.

Riesgo de complicaciones por sangrado GI

Definición

Describe a una persona experimentando o en alto riesgo de experimentar sangrado GI.

Nota de Carpenito

Las tres modalidades no quirúrgicas usadas para diagnosticar sangrado gastrointestinal inferior (LGIB, por sus siglas en inglés) son la colonoscopia, escaneos radionúclidos, y angiografía. Además de la colonoscopia, los procedimientos endoscópicos como esofagogastroduodenoscopia (EGD), endoscopia capsular inalámbrica, enteroscopia por pulsión, y enteroscopia de doble balón son usadas dependiendo de las circunstancias clínicas. La secuencia de usar varias modalidades depende en dichos factores como la tasa de sangrado, estatus hemodinámico de la persona, e incapacidad de localizar el sangrado con la modalidad inicial.

Poblaciones en alto riesgo

Sangrado GI superior (Rockey, 2015)

- Causas misceláneas.
  - Personas mayores.
  - Uso diario de aspirina o fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
  - Terapia de antiplaquetas y coterapia de inhibidores de la bomba de protones.
  - Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina o inhibidores específicos de recaptación de serotonina (ISRS).
  - Ventilación mecánica prolongada > 48 horas.
  - Estrés reciente (p. ej., trauma, sepsis).
  - Deficiencia de plaquetas.
  - Coagulopatía.
  - Shock, hipotensión.
  - Cirugía mayor (> 3 horas).
  - Lesión de cabeza.
  - Enfermedad vascular grave.
  - Trastornos de sistemas GI, hepáticos, y biliares.
  - Transfusión de 5 unidades (o más) de sangre.
  - Quemaduras (> 35% del cuerpo).
  - Hematobilia, o sangrado del árbol biliar.
  - *Hemosuccus pancreaticus*, o sangrado del ducto pancreático.
  - Síndrome grave de arteria mesentérica superior.
- Causas esofágicas.
  - Varices esofágicas.
  - Esofagitis.
  - Cáncer esofágico.
  - Úlceras esofágicas.
  - Desgarro de Mallory-Weiss.
- Causas gástricas.
  - Úlcera gástrica.
  - Cáncer gástrico.
  - Gastritis.

    - Varices gástricas.
    - Ectasia vascular antral gástrica.
    - Lesiones de Dieulafoy.
- Causas duodenales.
    - Úlcera duodenal.
    - Malformación vascular.
    - Terapia antitrombótica.

Sangrado GI inferior en adultos/porcentaje (Strate, 2015)

- Enfermedad diverticular (60%).
    - Diverticulosis/diverticulitis de intestino delgado.
    - Diverticulosis/diverticulitis de colon.
- Enfermedad intestinal inflamatoria (13%).
    - Enfermedad de Crohn de intestino delgado, colon, o ambos.
    - Colitis ulcerosa.
    - Gastroenteritis y colitis no infecciosas.
- Enfermedades anorrectales benignas (11%).
    - Hemorroides.
    - Fisura anal.
    - Fístula anal.
- Neoplasia (9%).
    - Neoplasia maligna de intestino delgado.
    - Neoplasia maligna de colon, recto, y ano.
- Coagulopatía (4%).
- Malformaciones arteriovenosas (3%).

Resultados de colaboración

La persona será monitoreada en busca de signos y síntomas de sangrado GI y recibirá intervenciones colaborativas de ser indicado para restaurar la estabilidad fisiológica.

Indicadores de estabilidad fisiológica

- Sangre oculta en heces negativa.

- Calmado, orientado.
- Estabilidad hemodinámica (PS, pulso, diuresis).
- Referir a *Riesgo de complicaciones de hipovolemia*.

Intervenciones y justificaciones

Monitorear el ritmo cardíaco y presión arterial buscando signos de hipovolemia como (Strate, 2015)

- Hipovolemia leve a moderada: taquicardia al descansar.
- Pérdida de volumen de sangre de al menos el 15%: hipotensión ortostática (una disminución en la presión sanguínea sistólica de más de 20 mm Hg y/o un incremento en el ritmo cardíaco de 20 latidos/ min cuando se mueve de estar recostado a parado).
- Pérdida de volumen sanguíneo de al menos 40%: hipotensión supina.

R: *Cambios pequeños en los descubrimientos del pulso y la presión sanguínea pueden ser significativos para la detección temprana.*

Monitorear los niveles de hemoglobina cada 2 a 8 h, según la intensidad del sangrado

- Determinar los niveles de referencia de la persona previos al sangrado GI.

R: *La persona puede tener un nivel de referencia menor debido a anemia crónica (Strate, 2015).*

Monitorear en busca de signos y síntomas de sangrado GI superior agudo

- Hematemesis (vómito con sangre).
- Melena (heces oscuras).
- Disfasia, dispepsia.
- Dolor epigástrico.
- Acidez.
- Dolor abdominal difuso.
- Pérdida de peso.
- Presíncope, síncope.

R: *Manifestaciones clínicas dependen de la cantidad y la duración del sangrado GI superior. La detección temprana permite intervención inmediata para minimizar las complicaciones.*

Monitorear en busca de sangrado GI inferior

- Heces color marrón.
- Sangre rojo brilloso.

- Coágulos de sangre en el recto.

R: *El LGIB va desde hematoquezia trivial (sangre en heces) hasta hemorragia masiva con shock y representa hasta el 24% de todos los casos de sangrado GI. Esta condición está asociada con morbilidad y mortalidad significativas (10 a 20%). El LGIB es una de las indicaciones gastrointestinales más comunes para la admisión al hospital, particularmente en personas mayores. La diverticulitis representa hasta el 50% de los casos, seguida de colitis isquémica y lesiones anorrectales (Strate, 2015).*

Monitorear en busca de sangre oculta en los aspirados gástricos y movimientos intestinales

R: *Una persona puede perder 100 ml de sangre en las heces y puede tener una apariencia normal de heces. Hacer pruebas a las heces en busca de sangre oculta puede ser más exacto.*

- Hacer prueba en aspirado nasogástrico con Gastroccult.

R: *La sensibilidad de la prueba Hemoccult es reducida por un entorno acídico y la prueba de Gastroccult es más exacta.*

- Hacer prueba en heces buscando sangre oculta con FOBT (prueba fecal de sangre oculta, por sus siglas en inglés).

R: *La prueba Gastroccult no se recomienda para uso en muestras fecales.*

> **Alerta clínica** El LGIB masivo es una condición en potencial mortal; a pesar de que esta condición se manifiesta como heces marrones o sangre roja brillante en el recto, las personas con sangrado gastrointestinal masivo (UGIB por sus siglas en inglés) pueden también presentar descubrimientos similares. Sin importar el nivel del sangrado, uno de los elementos más importantes del manejo de las personas con UGIB o LGIB masivo es restaurar la estabilidad hemodinámica (Strate, 2015).

Instaurar protocolos de reemplazo de volumen (p. ej., dos catéteres intravenosos de poro grande e infusiones cristaloides isotónicas)

R: *Hipotensión ortostática (es decir, una caída de presión sanguínea > 10 mm Hg) es usualmente un indicador de pérdida de sangre de más de 1,000 ml (Grossman y Porth, 2014).*

Preparar para transfusión de acuerdo a órdenes de médico/asistente médico/enfermera de práctica avanzada y protocolo

R: *El objetivo es incrementar el volumen sanguíneo y tratar o prevenir shock hipovolémico.*

Monitorear los valores de hemoglobina, hematocrito, conteo de glóbulos rojos, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, tipo de sangre y pruebas cruzadas, y BUN

R: *Estos valores reflejan la efectividad de la terapia.*

- Iniciar protocolo de profilaxis de úlceras por estrés para personas en ventilación

mecánica (p. ej., inhibidor de bomba de protones oral o antagonista de receptor histamina-2 [bloqueador H_2] o PPI intravenoso; Weinhouse, 2016).

R: *Investigadores han reportado una incidencia del 46.7% de sangrado GI en personas en ventilación mecánica (Chu y cols., 2010, p. 34). Las personas críticamente enfermas experimentan una disminución en la capa mucosa protectora en el estómago, hipersecreción de ácido debido a la estimulación excesiva de gastrina, y la perfusión inadecuada al estómago secundaria a shock, infección, o traumatismo (Weinhouse, 2016).*

ALERTA CLÍNICA La insuficiencia respiratoria aguda que requiere ventilación mecánica por más de 48 horas se ha mostrado como uno de los dos factores de riesgo independientes más fuertes para el sangrado GI clínicamente importante en las UTI (Chu y cols., 2010).

Monitorear en busca de complicaciones asociadas a ventilación mecánica, como úlcera por estrés e hipomovilidad GI

R: *La ventilación mecánica, con presión espiratoria final positiva (PEEP) aumenta la presión intratorácica. Esto disminuye la perfusión al tracto GI (Weinhouse, 2016).*

- Diarrea.
- Sonidos intestinales disminuidos.
- Altos residuos gástricos.
- Estreñimiento.
- Íleo.

Si ocurre hipovolemia, Véase *Riesgo de complicaciones de hipovolemia* para más información e intervenciones específicas.

Riesgo de complicaciones por íleo paralítico

Definición

Describe a una persona que experimenta o en alto riesgo de experimentar obstrucción intestinal funcional o neurogénica.

Poblaciones en alto riesgo

- Bacterias o virus que causan infecciones intestinales (gastroenteritis).
- Trombosis o émbolo de vasos sanguíneos mesentéricos.

- Cualquier cirugía mayor con el uso de anestesia general o limitación subsecuente de la movilidad, así como cirugía menor del abdomen.
- Estatus posoperatorio (cirugía de intestino, retroperitoneal, o de médula espinal).
- Enfermedad renal o pulmonar.
- Uso de ciertos medicamentos, especialmente narcóticos.
- Suministro sanguíneo disminuido a los intestinos (isquemia mesentérica).
- Estado posterior al shock.
- Hipovolemia.
- Infecciones dentro del abdomen, como apendicitis.
- Desequilibrios químicos, de electrólitos y de minerales (p. ej., hipopotasemia).
- Postraumatismo (p. ej., lesión de médula espinal).
- Uremia.
- Lesión de médula espinal.
- Causas de obstrucción intestinal mecánicas pueden incluir (Bordeianou y Yeh, 2015):
  - Adhesiones o tejido cicatrizado que se forma tras una cirugía.
  - Cuerpos extraños que bloquean los intestinos.
  - Piedras de vesícula (raro).
  - Hernias.
  - Heces retenidas.
  - Intususcepción (pliegue de un segmento del intestino sobre otro).
  - Tumores bloqueando los intestinos.
  - Vólvulo (intestino enredado).

Resultados de colaboración

La persona será monitoreada en busca de signos y síntomas tempranos de íleo paralítico y recibirá intervenciones colaborativas, de ser indicado, para restaurar la estabilidad fisiológica.

Indicadores de estabilidad fisiológica

- Sonidos intestinales presentes.
- Sin náusea o vómito.
- Sin distensión abdominal.

- Sin cambio en la función intestinal.
- Evidencia de flatulencias.

Intervenciones y justificaciones

Auscultar cada uno de los cuatro cuadrantes abdominales para evaluar la función específica del intestino grueso (colon) y el delgado como

- El cuadrante superior derecho contiene un margen inferior del hígado, la vesícula, parte del intestino grueso, y unas cuantas vueltas del intestino delgado.
- El cuadrante inferior derecho contiene el apéndice, la conexión entre los intestinos grueso y delgado, y vueltas del intestino.
- El cuadrante superior izquierdo contiene un margen inferior del bazo, parte del páncreas, algo de estómago y duodeno.
- El cuadrante inferior izquierdo contiene vueltas del intestino y el colon descendente.

R: *Conocer las estructuras bajo el estetoscopio ayudará a determinar la naturaleza de los sonidos intestinales. La función del intestino grueso (colon) puede ser auscultada en los aspectos exteriores (distales) de cada cuadrante. La función del intestino delgado puede ser auscultada en los aspectos internos de cada cuadrante.*

En un paciente posoperatorio, monitorear la función intestinal, buscando

- Sonidos intestinales en intestino delgado pueden regresar dentro de 24 a 48 horas después de la cirugía.
- Sonidos intestinales en intestino grueso pueden regresar dentro de 3 a 5 días después de la cirugía.
- La flatulencia y la defecación continúan al segundo o tercer día posoperatorio.

R: *La resolución de la función intestinal normal comienza en el colon proximal o derecho y progresa al colon distal o izquierdo. Normalmente, el intestino delgado recupera la función dentro de horas, mientras que le puede tomar al colon de 3 a 5 días para recuperar su función. Los sonidos intestinales deben ser auscultados para ayudar a diferenciar íleo paralítico de íleo mecánico. La ausencia continua de sonidos intestinales sugiere íleo paralítico, mientras que los sonidos intestinales hiperactivos puede indicar un íleo mecánico. (McCutcheon, 2013).*

Monitorear en busca de signos y síntomas de íleo paralítico (McCutcheon, 2013)

- Dolor abdominal leve y distensión.
- Náusea, vómito, poco apetito.
- Abdomen distendido y timpánico.
- Estreñimiento, estreñimiento crónico.

- Sonidos intestinales ausentes o hipoactivos, al pasar flatulencias o heces.

R: *La manipulación intraoperatoria de los órganos abdominales y los efectos depresivos de los narcóticos y anestésicos en la peristalsis reducen la movilidad intestinal. El íleo fisiológico posoperatorio que usualmente sucede a la cirugía tiene un curso benigno y autolimitado. Sin embargo, cuando el íleo es prolongado, lleva a incomodad incrementada y debe ser diferenciado de otras complicaciones potenciales (p. ej., obstrucción intestinal, absceso intraabdominal) (McCutcheon, 2013).*

Diferenciar entre íleo paralítico y obstrucción intestinal mecánica

ALERTA CLÍNICA "Es útil notar que casi todas las personas con obstrucción intestinal posoperatoria tienen un retorno de función intestinal inicial e ingesta oral, lo cual es seguido de náusea, vómito, dolor abdominal, y distensión, mientras que los pacientes con íleo general-mente no experimentan retorno de función intestinal" (Bordeianou y Yeh, 2015).

- Distensión abdominal, vómito, estreñimiento crónico pueden estar presentes.
- Sonidos intestinales: íleo paralítico: usualmente silencioso o ausente.
- Obstrucción intestinal: puede ser aguda o estar ausente.
- Dolor: íleo paralítico: leve y difuso.
- Obstrucción intestinal: moderada a intensa, cólico.
- Fiebre, taquicardia: íleo paralítico: ausente.
    - Obstrucción intestinal: debe generar sospecha.

R: *La sensibilidad localizada, fiebre, taquicardia, y signos peritoneales sugieren isquemia intestinal o perforación, lo cual indica la necesidad de intervención quirúrgica de emergencia.*

ALERTA CLÍNICA Notificar al médico/practicante de enfermería con el nuevo inicio o signos y síntomas incrementados de íleo paralítico. Si la obstrucción bloquea el suministro sanguíneo al intestino, puede causar infección y muerte del tejido (gangrena). El riesgo de muerte del tejido es incrementado a mayor duración del bloqueo. Las hernias, vólvulos, e intususcepción llevan un mayor riesgo de gangrena (Bordeianou y Yeh, 2015).

Cuando se sospecha de obstrucción intestinal, se indican rayos X de abdomen o CT con contraste

R: *La obstrucción de intestino delgado puede ser diagnosticada en rayos X si el intestino delgado más próximo está dilatado y el intestino delgado más distal no está dilatado. El estómago puede también estar dilatado. Sin embargo, si permanece la sospecha de obstrucción de intestino delgado, se sugiere TC del abdomen (Bordeianou y Yeh, 2015).*

Restringir los fluidos hasta que los sonidos intestinales estén presentes. Cuando sea indicado, iniciar con pocas cantidades de líquidos claros solamente

- Monitorear la respuesta de la persona al reinicio de ingesta de líquido y comida, y notar la naturaleza y cantidad de cualquier vómito o heces.

R: *La persona no tolerará líquidos hasta que los sonidos intestinales regresen.*

_____

[1]Parte del contenido de esta sección deriva de Carpenito, L. J. (2016). *Diagnósticos enfermeros: aplicación de la práctica clínica* (15.ª Ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer, y Carpenito, L. J. (2014). *Planes de cuidados de enfermería: paciente en transición y Cuidado centrado en la familia* (6.ª Ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

[2]Notificar al médico, ayudante del médico, o a la enfermera de práctica avanzada de la elevación del segmento ST y de otros cambios serios del ECG.

Sección 4

Grupos diagnósticos

Esta sección presenta una muestra de condiciones médicas o de situaciones clínicas con diagnósticos enfermeros y problemas colaborativos asociados. Están incluidos un ejemplo de cada condición médica, un procedimiento quirúrgico, una condición obstétrica/ginecológica, una condición neonatal, un trastorno pediátrico/del adolescente, un trastorno de la salud mental, y un diagnóstico y procedimiento terapéuticos. Una mayor variedad de condiciones y situaciones en cada una de estas categorías está presentada en thePoint.

Parte 1
Condiciones médicas

TRASTORNOS CARDIOVASCULARES/ HEMATOLÓGICOS/VASCULARES PERIFÉRICOS

Condiciones cardíacas

Angina de pecho

Problemas de colaboración

Véase *Insuficiencia cardíaca*.

- RC de síndrome coronario agudo.
- RC de arritmias.

Diagnósticos enfermeros[1]

- Ansiedad relacionada con dolor torácico debido a los efectos de la hipoxia.
- Temor relacionado con la situación actual o el futuro desconocido.
- Trastorno del patrón de sueño relacionado con tratamientos o con el entorno.
- Riesgo de estreñimiento relacionado con el reposo en cama, con cambios en el estilo de vida y con medicamentos.
- Intolerancia a la actividad relacionada con la pérdida de la forma física por miedo a angina recurrente.
- Riesgo de procesos familiares disfuncionales relacionados con el deterioro de la capacidad de la persona para asumir las responsabilidades de su(s) rol(es).
- Riesgo de gestión ineficaz de la propia salud, relacionado con un conocimiento insuficiente de su estado, las actividades en el hogar, la dieta y los medicamentos.

Consultar thePoint para una lista más amplia de Grupos de diagnósticos para condiciones médicas.

Parte 2
Procedimientos quirúrgicos

Cirugía general

Período preoperatorio

Diagnósticos enfermeros

- Ansiedad relacionada con los procedimientos preoperatorios (permiso quirúrgico, estudios diagnósticos, sonda de Foley, restricciones dietéticas y de líquidos, medicamentos, preparación de la piel, sala de espera para la familia) y posoperatorios (ubicación [sala de recuperación, unidad de cuidados intensivos], medicamentos para el dolor, cambios posturales, toser y ejercicios para flexionar las piernas, colocación de tubos de drenaje, dieta absoluta o restricciones dietéticas, reposo en cama).

Período posoperatorio

Problemas de colaboración

- RC de retención urinaria.
- RC de hemorragia.
- RC de hipovolemia/shock.
- RC de neumonía.
- RC de peritonitis.
- RC de tromboflebitis.
- RC de íleo paralítico.
- RC de evisceración/dehiscencia.

Diagnósticos enfermeros

- Riesgo de infección local relacionado con la invasión bacteriana.
- Riesgo de función respiratoria ineficaz relacionado con el estado posanestésico, la inmovilidad posoperatoria y el dolor.
- Dolor agudo relacionado con la incisión, la flatulencia y la inmovilidad.
- Riesgo de estreñimiento relacionado con disminución del peristaltismo secundario a los efectos de la anestesia, la inmovilidad y los medicamentos analgésicos.
- Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionada con aumento de los requisitos de proteínas/ vitaminas para la cicatrización de las heridas y

con disminución de la ingesta secundario a dolor, náuseas, vómitos y restricciones dietéticas.

- Riesgo de gestión ineficaz de la propia salud relacionado con la falta de conocimientos sobre los cuidados en casa, la cura de las heridas, los signos y síntomas de complicaciones, la restricción de la actividad y el seguimiento y control posteriores.

Consultar thePoint para una lista más amplia de Grupos de diagnóstico para procedimientos quirúrgicos.

Parte 3

Condiciones obstétricas/ginecológicas

PERÍODO PRENATAL (GENERAL)

Diagnósticos enfermeros

- Náuseas relacionadas con los niveles elevados de estrógenos, disminución del azúcar en sangre o disminución de la motilidad gástrica y la presión sobre el esfínter del cardias secundario al útero agrandado.
- Estreñimiento relacionado con una disminución de la motilidad gástrica y la presión del útero sobre la parte baja del colon.
- Intolerancia a la actividad relacionada con fatiga y disnea secundaria a la presión del crecimiento del útero sobre el diafragma y al aumento del volumen sanguíneo.
- Riesgo de lesión, relacionado con síncope/hipotensión secundario a la acumulación de sangre venosa periférica.
- Riesgo de gestión ineficaz de la propia salud relacionado con un conocimiento insuficiente de (ejemplos) efectos del embarazo en los sistemas corporales (cardiovascular, tegumentario, gastrointestinal, urinario, musculoesquelético), el ámbito psicosocial, la función sexual/sexualidad, la unidad familiar (cónyuge, hijos), del crecimiento y desarrollo fetal, los requisitos nutricionales, los efectos nocivos del tabaco, la ingesta excesiva de alcohol, del consumo de drogas, de la ingesta excesiva de cafeína, la ganancia de peso excesiva, los signos y síntomas de las complicaciones (hemorragia vaginal, calambres, diabetes gestacional, edema excesivo, preeclampsia), de la preparación para el parto (clases, referencias impresas).

Aborto inducido

Período previo al procedimiento

Diagnósticos enfermeros

- Ansiedad relacionada con la importancia de la decisión, el procedimiento y el cuidado posterior al procedimiento.

Período posterior al procedimiento

Problemas de colaboración

- RC de hemorragia.

- RC de infección.

Diagnósticos enfermeros

- Riesgo de afrontamiento ineficaz relacionado con respuestas emocionales no resueltas (culpa) por la oposición social, moral, religiosa y familiar.
- Riesgo de interrupción de los procesos familiares relacionado con los efectos del procedimiento en las relaciones (desacuerdo acerca de las decisiones, conflictos previos [personales, maritales] o problemas de identidad de la adolescente).
- Riesgo de gestión ineficaz de la propia salud relacionado con un conocimiento insuficiente del autocuidado (higiene, el cuidado de los senos), las necesidades nutricionales, la hemorragia esperada, los calambres, los signos y síntomas de complicaciones, el reinicio de la actividad sexual, la anticoncepción, la educación sexual si está indicado, las medidas de confort, las respuestas emocionales esperadas, las visitas de control y los recursos de la comunidad.

Consultar thePoint para una lista más amplia de Grupos de diagnóstico para condiciones obstétricas/ginecológicas.

Parte 4
Condiciones neonatales

Neonato normal

Problemas de colaboración

- RC de hipotermia.
- RC de hipoglucemia.
- RC de hiperbilirrubinemia.
- RC de bradicardia.

Diagnósticos enfermeros

- Riesgo de infección relacionado con la vulnerabilidad del neonato, la carencia de una flora intestinal normal, los peligros ambientales y una herida abierta (cordón umbilical, circuncisión).
- Riesgo de limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con presencia de secreciones en la orofaringe.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la susceptibilidad a infecciones nosocomiales y la falta de flora cutánea normal.
- Termorregulación ineficaz relacionada con la transición extrauterina del neonato.
- Riesgo de gestión ineficaz de la salud del neonato relacionado con un conocimiento insuficiente de (especificar) (véase *Período posparto*).

Consultar thePoint para una lista más amplia de Grupos de diagnóstico para condiciones neonatales.

Parte 5
Trastornos pediátricos/del adolescente

Problemas/necesidades del desarrollo relacionados con una enfermedad crónica
(Incapacidad permanente, minusvalías múltiples, incapacidad para el desarrollo [mental/físico], enfermedad potencialmente mortal)

Diagnósticos enfermeros[2]

- Aflicción crónica (parental) relacionada con pérdidas anticipadas secundarias a la enfermedad.
  - Diabetes mellitus.
  - Anorexia nerviosa (trastornos psiquiátricos).
  - Lesión de médula espinal.
  - Traumatismo craneal.
  - Trastornos neoplásicos.
  - Fracturas.
  - Insuficiencia cardíaca congestiva.
  - Neumonía.
- Interrupción de los procesos familiares relacionada con los requerimientos de ajuste a la situación: (ejemplos) tiempo, energía (emocional, física), económicos y de cuidados físicos.
- Riesgo de deterioro del mantenimiento del hogar relacionado con recursos o vivienda inadecuados, o incapacidad del(los) cuidador(es).
- Riesgo de conflicto del rol parental relacionado con las separaciones secundarias a hospitalizaciones frecuentes.
- Riesgo de soledad (del niño/de la familia) relacionado con una disminución de la socialización secundaria a la incapacidad y a los requisitos del(los) cuidador(es).
- Riesgo de deterioro parental relacionado con abuso, rechazo o sobreprotección secundarios a la inadecuación de los recursos o de los mecanismos de afrontamiento.
- Conflicto de decisiones relacionado con la enfermedad, las intervenciones para el cuidado de la salud y la separación padreshijo.
- Déficit de autocuidado (especificar) relacionado con limitaciones de la enfermedad o la hospitalización.

- Riesgo de retraso en el crecimiento y desarrollo relacionado con deterioro de la capacidad para llevar a cabo las tareas propias del desarrollo.
- Cansancio del rol de cuidador relacionado con las múltiples necesidades de cuidado secundarias a las restricciones impuestas por la enfermedad, la incapacidad o los tratamientos.
- Gestión ineficaz de la salud del niño se ha usado por su utilidad clínica, ya que el diagnóstico Gestión ineficaz de la propia salud no es aplicable cuando se trata de niños.

Consultar thePoint para una lista más amplia de Grupos de diagnóstico para trastornos pediátricos/del adolescente.

Parte 6
Trastornos de la salud mental

Alcoholismo

Problemas de colaboración

- RC de *delirium tremens*.
- RC de hiperactividad autonómica.
- RC de convulsiones.
- RC de alucinaciones alcohólicas.
- RC de hipertensión.
- RC de hipoglucemia.

Diagnósticos enfermeros

- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con anorexia.
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida anormal de líquidos secundaria a vómitos y diarreas.
- Riesgo de lesión relacionado con desorientación, temblores o deterioro del juicio.
- Riesgo de violencia relacionado con síndrome de abstinencia química con conducta impulsiva, desorientación, temblores o deterioro del juicio.
- Deterioro del patrón de sueño relacionado con irritabilidad, temblores y pesadillas.
- Ansiedad relacionada con pérdida de control, pérdida de la memoria y miedo al síndrome de abstinencia.
- Afrontamiento ineficaz relacionado con incapacidad para gestionar constructivamente los factores estresantes sin drogas ilegales ni alcohol.
- Deterioro de la interacción social relacionado con conducta alcohólica problemática junto con inmadurez emocional, irritabilidad, ansiedad elevada, conducta impulsiva o respuestas agresivas.
- Patrón sexual ineficaz relacionado con impotencia o pérdida de la libido secundarias a trastorno del autoconcepto y al consumo de sustancias.
- Afrontamiento familiar ineficaz relacionado con la alteración de la díada marital y la inconsistencia en la fijación de límites.
- Afrontamiento familiar incapacitante relacionado con los efectos destructivos del

miembro de la familia con problemas de alcoholismo en el funcionamiento de ésta y de sus miembros.

- Riesgo de gestión ineficaz de la propia salud relacionado con un conocimiento insuficiente de la enfermedad, los tratamientos, las situaciones de alto riesgo y los recursos de la comunidad.

Consultar thePoint para una lista más amplia de Grupos de diagnóstico para trastornos de la salud mental.

Parte 7
Intervenciones diagnósticas y terapéuticas

Angioplastia
(percutánea, transluminal, coronaria, periférica)

Antes del procedimiento

Diagnósticos enfermeros

- Ansiedad/temor (individual, familiar) relacionado con el estado de salud, el procedimiento de la angioplastia, las rutinas, el resultado y la posible necesidad de una cirugía cardíaca.

Después del procedimiento

Problemas de colaboración

- RC de disritmias.
- RC de oclusión coronaria aguda (coágulo, espasmo, colapso).
- RC de infarto de miocardio.
- RC de disección o rotura arterial.
- RC de hemorragia/hematoma en el sitio de la angioplastia.
- RC de parestesia distal.
- RC de trombosis arterial.
- RC de embolización (periférica).

Diagnósticos enfermeros

- Deterioro de la movilidad física relacionado con el reposo en cama prescrito y la restricción de movimientos de la extremidad afectada.
- Riesgo de gestión ineficaz de la propia salud relacionado con un conocimiento insuficiente del cuidado del sitio de inserción, las actividades tras el alta, la dieta, los medicamentos, los signos y síntomas de complicaciones, los ejercicios y el seguimiento y control posteriores.

Consultar thePoint para una lista más amplia de Grupos de diagnóstico para intervenciones diagnósticas y terapéuticas.

[1] La lista incluye los diagnósticos enfermeros que pueden estar asociados con el diagnóstico médico.

[2] Para más diagnósticos médicos pediátricos, véanse los diagnósticos de adultos y los problemas/necesidades del desarrollo.

Apéndice A

Estrategias para promover la participación de las personas/familias para resultados más saludables

Tipos de instrucción

Método de enseñanza recíproca

Promover la activación de la persona/familia para tomar decisiones más saludables

Reconciliación de medicación y las barreras de la adhesión

Tipos de instrucción

El analfabetismo funcional es cuando alguien que tiene capacidades de lectura y escritura mínimas no tiene la capacidad de instrucción de salud para manejar necesidades ordinarias de cada día y los requerimientos de la mayoría de los empleos.

La instrucción de salud es la capacidad de obtener, procesar y entender la información de salud básica y los servicios necesarios para:

- Tomar decisiones de salud apropiadas (*Ratzan, 2001).
- Seguir las instrucciones de los tratamientos y de los medicamentos (*White y Dillow, 2005).
- Firmar una forma de consentimiento.
- Hacer citas.

Nota de Carpenito

Las personas que son analfabetas (que no pueden leer o escribir) son más fáciles de identificar que aquellos que son analfabetas funcionales.

No asumir que una persona puede leer y entender la literatura de la salud aun si está traducida.

R: *La National Assessment of Adult Literacy (NAAL, por sus siglas en inglés de Evaluación Nacional de Alfabetización Adulta) (*2003) reportó que 9 de cada 10*

*adultos de habla inglesa en Estados Unidos no tienen alfabetización de salud (Kutner, Greenberg, Jiny, y Paulson, 2006). Un estudio grande en la perspectiva de la alfabetización de salud en dos hospitales públicos (*Williams y cols., 1995) encontró lo siguiente:*

- *La mitad de los pacientes de habla inglesa no pudo leer y entender material educativo de salud básico.*
- *El 60% no pudo entender una forma de consentimiento rutinaria.*
- *El 26% no pudo entender una tarjeta de cita.*
- *El 42% no logró entender las instrucciones para tomar sus medicamentos.*

Evaluar en busca de señales de alerta de bajo nivel de alfabetización

- Inasistencia frecuente a citas.
- Formularios de registro incompletos.
- Falta de apego a los medicamentos.
- Incapacidad de nombrar los medicamentos, explicar el propósito, o describir dosis.
- Identifica las pastillas por apariencia, sin leer la etiqueta.
- Incapacidad de proporcionar antecedentes coherentes y secuenciales.
- Pocas preguntas hechas.
- Falta de seguimiento en las pruebas o referencias.

Estrategias para mejorar la comprensión

R: *La investigación muestra que las personas recuerdan y entienden menos de la mitad de lo que los médicos les explican (Williams y cols., 1995; Roter, Rune y Comings, 1998). Hacer pruebas de niveles de lectura general no garantiza la comprensión en el escenario clínico (Weiss, 2007).*

- Para la comprensión del paciente, la enfermera debe aceptar que hay tiempo limitado y que el uso de este tiempo se aprovechará mejor al
  - Usar cada tiempo de contacto para enseñar algo.
  - Crear un encuentro relajado.
  - Usar el contacto visual.
  - Hablar más despacio: separarlo en oraciones cortas.
  - Limitar el contenido: centrarse en dos o tres conceptos.
  - Usar un lenguaje sencillo.
  - Involucrar a la persona/familia en la conversación.

- Usar gráficos.
- Explicar lo que está haciendo a la persona/familia y por qué.

- Pedirles que repitan lo que se les enseñó. Solicitar que usen sus propias palabras.

Nota de Carpenito

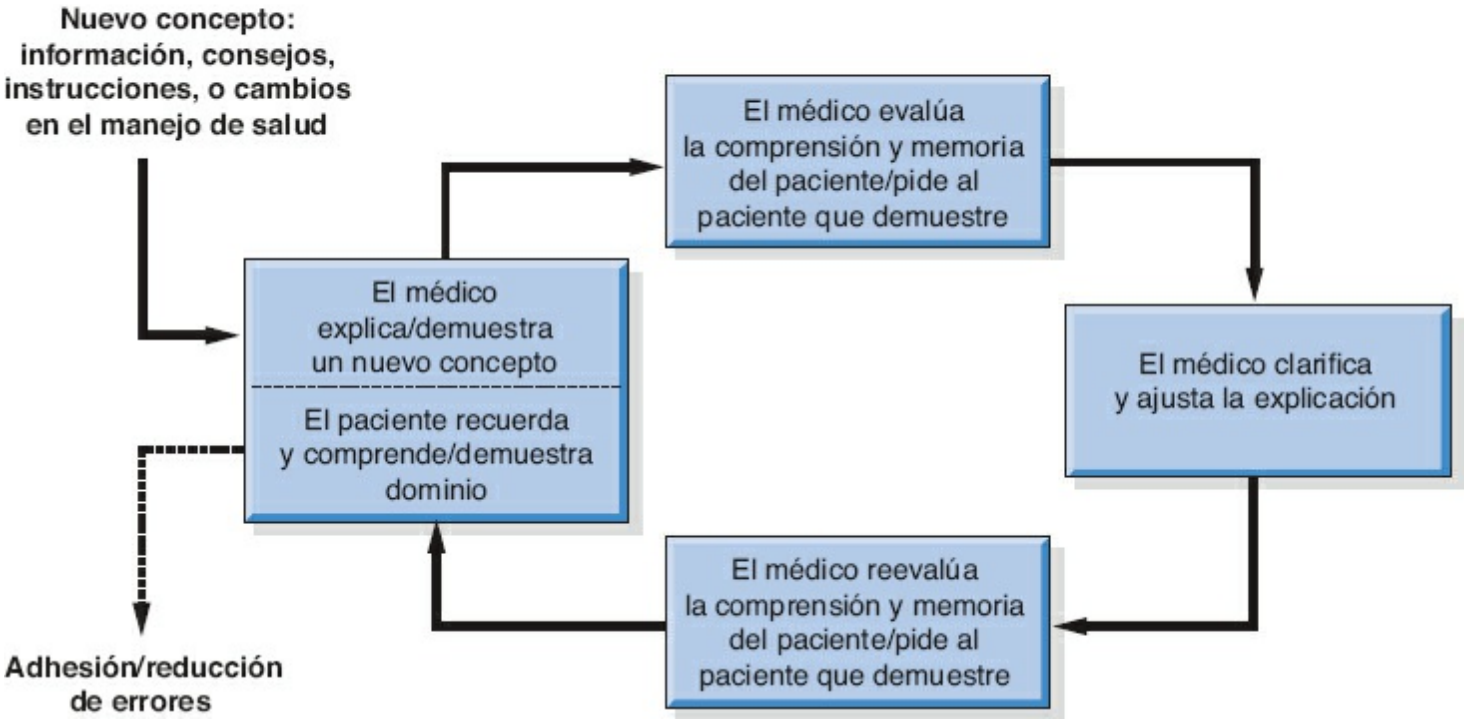
Los profesionales de cuidados de la salud deben permanecer callados con respecto a lo que *piensan* una persona o familia y que necesitan saber. El objetivo es encontrar la información que la persona quiere saber; de lo contrario aun las mejores técnicas de enseñanza "caerán en oídos sordos". "Sugerirle perder 9 kg (20 lb), comenzar a asistir a un gimnasio, y tomar de manera regular su medicamento para la hipertensión a una persona que tiene poco entendimiento de que tiene una enfermedad crónica, la naturaleza de su enfermedad, o de que debe ser parte en el manejo de ella, es poco probable que obtenga el resultado deseado." (Hibbard y Greene, 2013).

Método de enseñanza recíproca
(DeWalt, Callahan, Hawk y cols., 2010)

- Este método incluye (fuente: www.teachbacktraining.org/):
  - Una forma de asegurarse, como proveedor de cuidado de salud, que explicó la información de manera clara; no es un examen o prueba de personas o familias.
  - Pedir a la persona (o miembro de familia) que explique, *en sus propias palabras*, lo que necesita saber o hacer, de manera cuidadosa.
  - Una forma de comprobar su entendimiento y, de ser necesario, explique de nuevo y compruebe otra vez.

Usar el método de enseñanza recíproca (véase diagrama)

- Explicar/demostrar
  - Explicar un concepto (p. ej., medicamento, condición, cuándo llamar al médico).
  - Demostrar un procedimiento (p. ej., cargo de vestimenta, uso de inhalador).
- Evaluar
  - Quiero asegurarme que expliqué _____ claramente, me puede decir _____.
  - Dígame lo que le dije.
  - Muéstreme cómo _____.
  - Evitar preguntas como, "¿entiende?"



- Aclarar
  - Explicar un poco más si no está satisfecho de lo que entiende la persona o puede realizar la actividad.
  - Si la persona no puede darle la información, no repita la misma explicación; reformule.

Nota de Carpenito

Ser cuidadoso de que la persona/familia no piensen que está probándolo o probándola. Asegurarles que es importante que usted les ayude a entender que el método de enseñanza puede ayudarle a enseñar y también a diagnosticar necesidades de educación.

- Preguntas de la enseñanza recíproca (ejemplos):
  - ¿Cuándo debe llamar a su médico?
  - ¿Cómo saber si su incisión está sanando?
  - ¿Qué comidas debe evitar?
  - ¿Qué tan seguido debe revisar su nivel de azúcar en sangre?
  - ¿Qué debe hacer cuando tenga el nivel de azúcar en sangre bajo?
  - ¿Qué aumento de peso debe reportar a su médico?
  - ¿Cuál inhalador es su inhalador de rescate?
  - ¿Hay algo que le dijeron debía hacer y que no haya comprendido?
  - ¿Qué debe llevar a la oficina de su médico?

- ¿Hay algo sobre lo que tenga alguna pregunta?

Nota de Carpenito

Usar cada oportunidad para explicar un tratamiento, un medicamento, la condición, y/o restricciones. Enfocarse en "necesitar saber" y "necesitar hacer".

- Por ejemplo, cuando cambia un vendaje
  - Explicar y preguntar al individuo/miembro de la familia que cubra con gasas la herida.
  - Señalar cómo la herida está sanando y qué indicaría signos de infección.

Nota de Carpenito

Cuando el individuo/familia no entiende lo que se dijo o demostró, la enseñanza recíproca necesita revisarse en una forma que mejore el entendimiento. La enseñanza recíproca tiene el potencial de mejorar los resultados de salud porque si se hace de forma correcta, obliga a la enfermera a limitar la información que necesita saber. La probabilidad de éxito aumenta cuando la persona no está abrumada.

Promover la activación de la persona/familia para tomar decisiones más saludables

Tomar oportunidades para activar al individuo/familia. Preguntar, "¿cómo puede ser más saludable?", sin importar su "plan" enfocarse en lo que dijeron, por ejemplo, ejercitarse más, comer mejor, dejar de fumar.

R: *"La activación se refiere a la capacidad de una persona y su disposición para asumir el rol de manejar su salud y el cuidado de su salud" (Hibbard y Cunningham, 2008).*

- Si está interesado en cambiar su dieta:
  - ¿Qué desayuna usualmente?
    - Si la respuesta es nada, ¿por qué?
    - Explorar opciones: ¿qué podría comer si tiene prisa? Espere una respuesta, si no la hay, sugiera cereal y una barra de granola.
    - Si no es saludable, preguntarles qué partes de su desayuno cambiaría, por ejemplo, guardar el tocino/salchichas para un antojo en los fines de semana o comer una pieza de pan tostado en lugar de dos o eliminar el jugo y comer una pieza de fruta como una botana más tarde.

R: *Un desayuno incrementa el metabolismo del cuerpo temprano y puede reducir la alimentación excesiva mientras el día continúa.*

- ¿Qué cenó anoche?
  - 10 alitas fritas y una soda grande.
  - ¿Cree que es mejor comer de una a dos piezas de pollo en vez de 10 alitas? Ésas

tienen menos grasa y más carne que las alitas.

- Dado el diagrama de MyPlate de www.choosemy-plate.gov/. Preguntar qué pueden agregar a su plato en cada sección.

R: *Decir a la persona que seleccionar alimentos de cada tipo de sección de comida ayudará a enseñarle a la persona/familia qué es un almidón p. ej., maíz, chícharos (no vegetales) fuentes de proteína, como frijoles por ejemplo, legumbres no frijoles verdes, los cuales son un vegetal.*

- ¿Qué vegetal puede incluir en esta comida? Zanahorias, frijoles verdes, ensalada.

Nota de Carpenito

Proporcionar copias de materiales educativos de fácil acceso (p. ej., imágenes de Elegir MyPlate).

- ¿Cómo podría comer más saludable?
  - Enfatizar que no hay comidas malas, sino malas cantidades. Sí, ¿hay comidas/bebidas más sanas? ¿Cuáles son? Pollo horneado.
  - ¿Qué bebe durante el día? ¿Podría sustituir agua o bebidas de dieta por soda o bebidas con azúcar? "El cuerpo tiene que quemar calorías para procesar el agua que bebe, y ya que el agua no tiene calorías, quema otras calorías en su comida."
  - Cuando come fuera, ¿piensa que le dan mucha comida? Si es así, ¿qué tal pedir una caja para llevar antes de comenzar a comer? Compartir un postre.
- ¿Cuáles tres cambios puede hacer para comer mejor?

R: *Manténgalo sencillo para que la persona lo vea como posible de llevar a cabo.*

- Si está interesado en ejercitarse más, enfocarse en moverse más.

R: *La palabra ejercicio tiene imágenes de sesiones de ½ a 1 hora, entrar a un gimnasio.*

- ¿Cómo viaja al trabajo? ¿Escuela?
  - Si maneja, estacionarse más lejos del edificio, la tienda, etcétera.
  - Si viaja en tren o camión, bajarse de 1 a 2 cuadras o paradas más lejos de la parada usual.
  - Usar las escaleras. Si subir escaleras representa un problema, sólo bajarlas.
  - Llevar a caminar al perro.
  - Programar una caminata con alguien por compañía y para incrementar el compromiso.
- Si está interesado en dejar de fumar:
  - Hacer una cita.

- Ser realista, las recaídas ocurren.
- Imprimir algo para que la persona se lleve.
  - Ir a thePoint e imprimir "¿Empezando a dejar de fumar?" para individuos con bajo nivel de alfabetización de salud.
  - Ir a 5 pasos para dejarlo. http://smokefree.gov/steps-on-quit-day para los individuos más educados.
  - Ir a www.helpguide.org/articles/addiction/how-to-quit-smoking.htm para individuos más educados.

R: *"Las estrategias son necesarias para asegurar que los individuos/familias tengan apoyo para comprometerse, al nivel que deseen, en lugar de enseñarles lo que "creemos" que necesitan" (Frosch y Elwyn. 2014).*

- Si la persona no ofrece las opciones más sanas que elegiría, enfocarse en 1 o 2 consecuencias de decisiones no sanas como sigue:
  - Si la pérdida de peso fuera útil:
    - ¿Sus piernas se hinchan durante el día y regresan a la normalidad cuando despierta?
      - "Su peso está comprimiendo los vasos sanguíneos en sus piernas lo cual impide al líquido regresar a su cuerpo. En algún punto la hinchazón no se irá cuando duerma. ¡Es permanente! Vea los pies de personas con sobrepeso; muchas usan sandalias en lugar de usar zapatos.
    - ¿Qué podría hacer si perdiera 9 kg (20 lb) que no puede hacer ahora?
      - Levantar 2 kg (5 lb) de azúcar. Es pesado: imagine qué le parecerían a sus articulaciones o al corazón 2 kg de basura. Imagine dos bolsas de azúcar como 1 kg de azúcar. Centrarse en 1.5 kg a la vez como objetivo.
  - Si la persona fuma:
    - ¿Cuánto le cuesta fumar cada mes?
    - Si infecciones respiratorias o enfermedades pulmonares crónicas están presentes, reconocer que fumar continuará causando deterioro. Preguntarles si alguna vez han experimentado dificultad para respirar. Gentilmente explorar qué tanto miedo causó. Continuar fumando causará progresión de las dificultades para respirar, sin tratamientos que ofrezcan una cura.
    - ¿Tiene calambres en las piernas cuando camina? Si es así, explicar que fumar cambia sus vasos sanguíneos para reducir el flujo de sangre cuando camina. Eventualmente, el dolor no permitirá que camine en lo absoluto.
    - Fumar interfiere con la circulación, entonces su cuerpo no puede sanar bien después de una lesión o cirugía. Los fumadores también desarrollan úlceras que

nunca sanan.

- Si una persona reporta no tomar sus medicamentos conforme la prescripción, explorar por qué. Remitir a Reconciliación de medicación y las barreras de adhesión más adelante en esta sección. Si la razón es "No creo necesitarlo", preguntar, "¿Conoce a alguien con diabetes mellitus, enfermedad cardíaca, que haya tenido un infarto, o insuficiencia renal?" Si responde que sí, decir, "Cuénteme sobre ellos".
- Tratar de hacer una conexión entre la falla en la adhesión al plan de tratamiento y el efecto no satisfactorio en su vida diaria o muerte.
- ¿Él o ella piensa que el pobre resultado podría haber sido prevenido?

R: *Algunos individuos reportan "diabetes (o cardiopatías, o accidentes cerebrovasculares, o insuficiencia renal) en mi familia." Las discusiones pueden enfocarse en lo que hacen para prevenir o reducir que esto les suceda a ellos.*

- Información personalizada (en papel y electrónica) la cual
  - Determina el objetivo de tratamiento de la persona.
  - Sirve para identificar barreras a la adherencia y soluciones.

R: *"Empezar con objetivos apropiados que concuerdan con el nivel de activación de la persona, y trabajen hacia incrementar la activación paso por paso, él/ ella pueden experimentar éxitos pequeños y acumular constantemente confianza y habilidad para su propio manejo efectivo." (Hibbard y Greene, 2013).*

R: *El potencial de que las personas contribuyan a su seguridad al hablar sobre sus preocupaciones depende en gran medida de la calidad de las interacciones y relaciones profesionales (Entwistle y cols., 2010).*

- Ofrecer un halago por la honestidad sobre los problemas con el cumplimiento y por razones para compartir. Por ejemplo (Sofaer y Schumann, 2013, p. 19):
  - "Estoy contento porque me dijo que dejó de tomar Motrin ya que le dolía el estómago. Ahora entiendo por qué sus manos aún le duelen. Hablemos sobre otras formas en las que podemos darle confort".
  - "Es bueno que me haya dicho que dejó las píldoras para la presión arterial. Eso explica sus dolores de cabeza y presión alta hoy. Discutamos cómo lo hicieron sentir esas pastillas".

R: *Los individuos/familias "sólo serán exitosos en tomar mayores responsabilidades por sus decisiones de cuidado de salud y acciones si están bien informados en este proceso, protegidos de forma consistente por tomar decisiones profundamente negativas a lo largo del camino, y seguros". (Sofaer y Schumann, 2013, p. 19).*

- Sugerir el monitoreo propio es útil para determinar las influencias positivas y negativas en el cumplimiento.

- Registros diarios.
- Diagramas.
- Diario de progreso o síntomas, valores clínicos (p. ej., presión arterial), o ingesta de alimentos.

R: *"Involucrar al individuo/familia en la toma de decisiones coloca algo de responsabilidad en él o ella para asegurarse que el plan funciona, promoviendo compromiso con el tratamiento/plan" (Sofaer y Schumann 2013).*

Alerta clínica Muchas personas que están listas a comprometerse creen que se comprometerán a su peligro y que los médicos y otros reaccionarán de forma negativa si les hacen preguntas de prueba, no están de acuerdo, sugieren un enfoque alternativo, piden una segunda opinión, preguntan sobre una decisión de compañía de seguros, o indican insatisfacción (Frosch, May, Rendle, Tietbohl y Elwyn, 2012; Sofaer y Schumann, 2013).

Reconciliación de la medicación y las barreras de adhesión
(Carpenito, 2014)

Los errores de medicación ocurren en el 46% del tiempo durante las transiciones, admisión, transferencia, o alta de una unidad clínica/hospital. Casi 60% de las personas tiene al menos una discrepancia en su historial de medicamentos al completar su admisión. "El error más común (46.4%) es la omisión de un medicamento usado regularmente. La mayoría (61.4%) de las discrepancias fueron juzgadas de no tener un potencial de causar daños serios. Sin embargo, el 38.6% de las discrepancias tuvieron el potencial de causar incomodidad moderada a intensa o deterioro clínico" (Cornish y cols., 2005, p. 424).

La reconciliación de la medicación en la admisión a las instalaciones de cuidado de la salud generalmente implica lo siguiente:

- Nombre del medicamento (prescrito, de venta libre).
- Dosis prescrita.
- Frecuencia (diario, bid, tid, conforme sea necesario).

Una lista de medicamentos que han sido prescritos por un proveedor no representa un proceso de reconciliación de la medicación. Un miembro de la familia recientemente llevó a una familiar anciana a la sala de emergencias con dolor torácico. Una lista escrita de sus medicamentos fue entregada a la enfermera del SE. No ocurrió una discusión sobre sus medicamentos.

Desafortunadamente, uno de dos medicamentos de hipertensión que toma regularmente no fue escrito en el registro de salud electrónico. Ya que su presión arterial

se elevó al ser admitida y persistió, otro medicamente antihipertensivo le fue ordenado. Después de dos días, otros medicamentos fueron agregados con buenos resultados.

El primer medicamento que fue agregado fue el mismo medicamento que ya estaba tomando antes de ser admitida. Entonces, de forma esencial, no se agregó ningún nuevo medicamento como resultado del error. Ella pasó tres días de forma innecesaria en el hospital con costes incrementados a Medicare y definitivamente habría preferido estar en casa comiendo su propia comida y durmiendo bien en su propia cama.

De acuerdo con la Joint Commission (p. 1), la reconciliación de medicamentos es el proceso de comparar las órdenes de medicamentos de un individuo con todos los medicamentos que el paciente ha estado tomando. Esta reconciliación se hace para evitar los errores de medicación como omisiones, duplicaciones, errores de dosis, o de interacciones de los fármacos. Esto debe hacerse en cada transición de cuidado en la cual nuevos medicamentos fueron ordenados o las órdenes existentes fueron reescritas. Las transiciones en el cuidado incluyen cambios en el escenario, servicio, practicante, o nivel de cuidado. El proceso incluye cinco pasos: (1) desarrollar una lista de los medicamentos actuales; (2) desarrollar una lista de los medicamentos a ser prescritos; (3) comparar los medicamentos en las dos listas; (4) tomar decisiones clínicas con base en la comparación, y (5) comunicar la nueva lista a los cuidadores apropiados del paciente.

Para obtener la lista de medicamentos es fundamental hacer las siguientes preguntas de evaluación, las cuales son los elementos que definen la reconciliación de medicamentos: "*frente una lista de medicamentos reportados como en consumo*".

Para cada medicamento reportado, preguntar a la persona/miembro de la familia las siguientes preguntas (DeWalt y cols., 2010):

- ¿Cuál es la razón por la que está tomando cada medicamento?
- ¿Está tomando el medicamento prescrito? Especifique si una, dos veces al día, etcétera.
- ¿Está saltándose alguna dosis? ¿Alguna ocasión se ha quedado sin medicamento?
- ¿Qué tan seguido está tomando el medicamento prescrito "es necesario como medicamento para el dolor"?
- ¿Ha dejado de tomar alguno de estos medicamentos?
- ¿Cuánto le cuesta tomarse sus medicamentos?
- ¿Está tomando medicamento de alguien más?

Preparar a la persona/familia para tomar medicamentos en casa de forma correcta

- Explicar qué OTC no tomar.
- Terminar todos los medicamentos como antibióticos.

- No tomar ningún medicamento que está en casa a menos que lo apruebe el médico.
- Pedir que traiga todos sus medicamentos a la siguiente visita al médico (p. ej., prescritos, OTC, vitaminas, medicamentos herbales).
- Conforme sea indicado:
  - Crear una lista de cada medicamento, para qué es usado, veces que se toma, con o sin comida.
  - Crear una tarjeta de píldoras con columnas, fotos de la píldora.
  - Para una tarjeta de píldoras impresa para usar con individuos, referir a thePoint'.
  - Que la persona o miembro de la familia lleve una caja semanal de píldoras con secciones para bid y tid.
  - Avisar que si una pastilla se ve diferente, debe verificar con la farmacia.
- Recordar, como una enfermera:
  - Crear un hábito de usar cada tiempo de contacto para enseñar algo.
  - Mientras más haga, más mejora.
  - Mientras más mejora, mejor es para aquellos que cuida.

Apéndice B

Herramientas de evaluación de alto riesgo para condiciones prevenibles adquiridas en el hospital

Esta edición ha identificado la importancia de la prevención de ocho condiciones identificadas por centros para Medicare y Medicaid Services.

Estos ocho eventos o condiciones son como sigue:

- Úlceras por presión estadios III y IV.
- Caídas y trauma.
- Infección de sitio quirúrgico después de cirugía bariátrica por obesidad, ciertos procedimientos ortopédicos, y cirugía bypass (mediastinitis).
- Infección vascular asociada a catéter.
- Administración de sangre no compatible.
- Émbolo de aire.
- Objeto extraño retenido de forma no intencional después de la cirugía.

Usando guías basadas en evidencia, lo siguiente puede ser accedido:

- Diagnósticos enfermeros que representan la prevención de infecciones, caídas, úlceras de presión, y descarga retrasada.
- Los problemas de colaboración que identifican individuos en alto riesgo de émbolo gaseoso, trombosis venosa profunda y sepsis.
- La condición médica, cuidado tras una cirugía y plan de tratamiento específicamente identifican eventos adversos que están asociados con diagnósticos clínicos o situaciones (véase la Sección 3: Manual de problemas de colaboración).
- Las herramientas de evaluación de riesgo estandarizadas para caídas, infección y úlceras por presión que se incorporan en cada plan de cuidado. Referir lo siguiente para estas herramientas.

Para las herramientas de evaluación para identificar a las personas en alto riesgo de una

o más de estas condiciones, consultar en la tabla de contenido:

- Infección: riesgo de infección.
- Riesgo de sanación quirúrgica retrasada.
- Riesgo de complicaciones por trombosis venosa profunda.
- Riesgo de complicación de sepsis.

Herramientas de evaluación de riesgo estandarizadas para caídas, infección y úlceras por presión

Alto riesgo de caídas

Evaluación de riesgo de caída

Evaluar en busca de los siguientes factores de riesgo. Registrar el número de palomas en las puntuaciones de evaluación de caída en el ( ) como el Alto riesgo de caída (puntuación), o agregar los factores de riesgo, por ejemplo, como Alto riesgo de caídas relacionado a inestabilidad, hipotensión de postura, y equipo de IV.

Evaluar a todos los individuos en busca de factores de riesgo por caídas, usando la herramienta de evaluación en la institución. Los siguiente representan una herramienta de evaluación:

Variables de puntuación

Historial de caídas

No (puntuación de 0)

Sí (puntuación de 25)

Diagnóstico secundario

No (puntuación de 0)

Sí (puntuación de 25)

Auxilio ambulatorio

Reposo en cama/ayuda de enfermería (puntuación de 0)

Muletas/bastón/caminadora (puntuación de 25)

Mobiliario (puntuación de 30)

IV o acceso IV

No (puntuación de 0)

Sí (puntuación de 20)

Marcha

Normal/reposo en cama/inmóvil (puntuación de 0)

Débil (puntuación de 20)

Dificultada (puntuación de 20)

Estado mental

Conoce los límites propios (puntuación de 0)

Sobreestima u olvida los límites (puntuación de 25)

Puntuación total _____

Nivel de riesgo en la Escala de caídas de Morse (ECM) Acción de puntuación

Sin riesgo

0 a 24 Buen cuidado de enfermería básico

Riesgo bajo a moderado

25 a 45 Implementar intervenciones de prevención de caídas estándares

Alto riesgo

46+ Implementar intervenciones de prevención de caídas de alto riesgo Escala de caídas de Morse (*Morse, 1997). Usada con permiso

Tiempo de levantarse y andar (Podsiadlo y Richardson, 1991)

Para individuos que son independientes y ambulatorios pero están frágiles, fatigados, y/o con deambulación posiblemente comprometida, evaluar la capacidad de la persona de levantarse y andar (TUG, por sus siglas en inglés):

- Hacer que la persona use sus zapatos habituales, y usar cualquier dispositivo de apoyo que use normalmente.
- Hacer que la persona se siente en la silla con su espalda en la silla y sus brazos descansados en los reposabrazos.
- Pedir a la persona que se levante de la silla estándar y camine una distancia de 3 m (10 ft).
- Hacer que la persona gire, camine de regreso a la silla y se siente de nuevo.
- El cronometraje inicia con la persona comenzado a levantarse de la silla y termina cuando regresa a la silla a sentarse.

A la persona se le debe proporcionar un ensayo clínico y después tres intentos reales de ser necesario. Los tiempos de los tres intentos se promedian.

Resultados predictivos

Valoración de segundos

<10	Libremente móvil
10 a 19	Muy independiente
20 a 29	Movilidad variable
<29	Movilidad dificultada

Factores de riesgo de infección de sitio quirúrgico

El riesgo de infección de sitio quirúrgico es influenciado por la cantidad y virulencia del microorganismo y la capacidad del individuo de resistirlo (Pear, 2007).

Evaluar en busca de los siguientes factores de riesgo. Registrar el número de factores de riesgo en el ( ) como Alto riesgo de infección de sitio quirúrgico (1 a 10) o agregar los factores de riesgo, por ejemplo, como Alto riesgo de infección de sitio quirúrgico relacionado a obesidad, diabetes mellitus o consumo de tabaco.

Infección y colonización de microorganismo (1)

Infección de sitio corporal remota preexistente (1)

Herida preoperatoria contaminada o sucia (p. ej., postrauma) (1) Esteroides glucocorticoides (2)

Consumo de tabaco (3)

Malnutrición (4)

Obesidad (5)

Hiperglucemia perioperatoria (6)

Diabetes mellitus (7)

Respuesta inmune alterada (8)

Consumo crónico de alcohol/Intoxicación aguda por alcohol (9)

1. Colonización de fosas nasales preoperatorias con *Staphylococcus aureus*se nota en 30% de las poblaciones más sanas, y especial-mente *S. aureus* resistente a meticilina (SARM), predispone a los individuos a tener mayor riesgo de infección de sitio quirúrgico (Price y cols., 2008).
2. Glucocorticoides sistémicos, los cuales son frecuentemente usados como agentes antiinflamatorios, son bien conocidos por inhibir la reparación de heridas vía efectos antiinflamatorios globales y supresión de respuestas celulares de herida, incluyendo la proliferación de fibroblastos y síntesis de colágeno. Los esteroides sistémicos causan que las heridas sanen con granulación incompleta de tejido y contracción de herida reducida (Franz y cols., 2007).
3. Fumar tiene un efecto transitorio en el microambiente del tejido y un efecto prolongado en las funciones celulares inflamatorias y de reparación, llevando a

sanación retrasada y complicaciones. Dejar de fumar cuatro semanas antes de la cirugía, restaura la oxigenación y el metabolismo tisular rápidamente (Sørensen, 2012).

4. Se ha encontrado que las personas desnutridas tienen menor respuesta inmunitaria competente a una infección y menores reservas nutricionales lo cual dificultará la sanación de heridas (Speaar, 2008).
5. Un individuo obeso puede experimentar un compromiso de sanación de herida debido al mal suministro de sangre al tejido adiposo. Además, los antibióticos no son bien absorbidos en el tejido adiposo. A pesar de la ingesta de comida excesiva, muchas personas obesas tienen desnutrición de proteína, lo cual impide más la sanación (Cheadle, 2006).
6. Hay dos mecanismos principales que colocan a personas que experimentan hiperglucemia perioperatoria aguda con riesgo incrementado de sitio de infección quirúrgica. El primer mecanismo es la disminución de la circulación vascular, que reduce la perfusión tisular y altera las funciones a nivel celular. Un estudio clínico realizado por Akbari y cols. (1998) notó que cuando están sanos, los sujetos no diabéticos ingieren una carga de glucosa, la vasodilatación dependiente del endotelio tanto en la circulación macro como micro fue dificultada de forma similar que lo visto en pacientes no diabéticos. El segundo mecanismo afectado es la actividad reducida de funciones celulares de inmunidad de quimiotaxis, fagocitosis y muerte de células polimorfonucleares así como monocitos/macrófagos que se han probado que ocurre en estado hiperglucémico agudo.
7. Se cree que los resultados adversos posquirúrgicos relacionados a diabetes mellitus están relacionados a las complicaciones preexistentes de hiperglucemia crónica, lo cual incluye enfermedad aterosclerótica vascular y periférica así como neuropatías autonómicas (Geerlings y cols., 1999).
8. Supresión del sistema inmunitario por enfermedad, medicamento o edad puede retrasar la sanación de las heridas (Cheadle, 2006).
9. La exposición crónica al alcohol causa alteración en la cicatrización de heridas y aumenta la susceptibilidad a infecciones del huésped. Las heridas por traumatismo en la presencia de exposición aguda al alcohol tienen una mayor tasa de infección tras la lesión debido a la disminución del reclutamiento de neutrófilos y la función fagocítica (Guo y DiPietro, 2010).

ESCALA BRADEN PARA PREDECIR EL RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN

Nombre del paciente _____ Nombre del evaluador _____ Fecha de la evaluación_____

PERCEPCIÓN SENSORIAL habilidad de responder de forma significativa a incomodidad relacionada con la presión

1. Completamente limitado
No responde (no gime, se estremece, o agarra) al estímulo doloroso, debido al nivel de conciencia disminuido o sedación O habilidad limitada de sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.

2. Muy limitado
Responde sólo al estímulo doloroso. No puede comunicar disconfort excepto al gemir o mostrar ansiedad O tiene dificultad sensorial lo cual limita la capacidad de sentir dolor o incomodidad en la mitad del cuerpo.

3. Ligeramente limitado
Responde a instrucciones verbales, pero no siempre puede comunicar disconfort o la necesidad de ser girado O tiene alguna dificultad sensorial lo cual limita la capacidad de sentir dolor o incomodidad en una o dos extremidades.

4. Sin limitación
Responde a instrucciones verbales. No tiene déficit sensorial lo cual limita la capacidad de sentir o expresar dolor o disconfort.

HUMEDAD grado de exposición de la piel a la humedad

1. Constantemente húmedo
La piel se mantiene húmeda casi constantemente por transpiración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.

2. Muy húmedo
La piel está generalmente, pero no siempre húmeda. Las sábanas deben cambiarse al menos una vez por turno.

3. Ocasionalmente húmedo
La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo cambios extra de sábanas aproximadamente una vez por día.

4. Raramente húmedo
La piel está usualmente seca, las sábanas sólo requieren cambios en intervalos de rutina.

ACTIVIDAD grado de actividad física

1. En cama
Confinado a una cama.

2. En silla
Capacidad de caminar extensamente limitada o no existente. No puede soportar su propio peso y/o requiere ayuda para sentarse en silla o silla de ruedas.

3. Deambula ocasionalmente
Deambula ocasionalmente durante el día, pero distancias muy cortas, con o sin ayuda. Pasa la mayor parte de cada turno en cama o silla.

4. Camina con frecuencia
Camina fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos una vez cada dos horas durante horas de caminata.

MOVILIDAD habilidad de cambiar y controlar la posición corporal

1. Completamente inmóvil
No hace cambios ligeros en la posición del cuerpo o extremidad sin ayuda.

2. Muy limitado
Hace cambios ocasionales ligeros en la posición del cuerpo o extremidad pero es incapaz de hacer cambios frecuentes o significativos de forma independiente.

3. Ligeramente limitado
Hace cambios frecuentes pero ligeros en la posición del cuerpo o extremidad de forma independiente.

4. Sin limitación
Hace cambios mayores y frecuentes en la posición sin ayuda.

NUTRICIÓN patrón usual de ingesta de alimentos

1. Muy deficiente
Nunca ingiere una comida completa. Rara vez come más de 1/3 de cualquier comida ofrecida. Come 2 porciones o menos de proteína (carne o productos lácteos) por día. Toma pocos líquidos. No tiene un suplemento dietético líquido es NPO y/o se mantiene libre de líquidos o IV por más de 5 días.

2. Probablemente inadecuada
Rara vez ingiere una comida completa y generalmente ingiere sólo cerca de ½ de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteína incluye sólo 3 porciones de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético O recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por tubo.

3. Adecuada
Ingiere más de la mitad de las comidas. Come un total de 4 porciones de proteína (comida, productos lácteos) por día. Ocasionalmente se rehúsa a comer, pero por lo regular toma un suplemento cuando se le ofrece O está en una sonda de alimentación o régimen de nutrición parenteral total lo cual probablemente satisface la mayoría de sus necesidades nutricionales.

4. Excelente
Ingiere la mayoría de cada comida. Nunca se rehúsa a comer una comida. Usualmente come un total de 4 o más porciones de carne o productos lácteos. En ocasiones come entre comidas. No requiere suplementación.

FRICCIÓN Y CORTES

1. Problema
Requiere ayuda moderada a máxima para moverse. Es imposible la elevación completa sin deslizar contra las sábanas. Con frecuencia se desliza de la cama o silla, requiriendo constantemente reposicionamiento con ayuda máxima. Espasticidad, contracturas o agitación llevan a fricción casi constante.

2. Problema potencial
Se mueve libremente o requiere ayuda mínima. Durante un movimiento la piel probablemente se desliza hasta cierto punto contra las sábanas, silla, ataduras, u otros dispositivos. Mantiene relativa buena posición en la silla o cama la mayor parte del tiempo aunque ocasionalmente se desliza.

3. Sin problema aparente
Se mueve en la cama y la silla de forma independiente, y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente durante el movimiento. Mantiene una buena posición en la cama o silla.

Puntuación: La escala Braden es una escala de valoración con sumas hecha de seis subescalas calificadas del 1 al 3 o 4, para puntuaciones totales que van de 6 a 23. Una puntuación baja de escala Braden indica un menor nivel de funcionamiento y, por tanto, un mayor nivel de riesgo de desarrollo de úlcera por presión. Una puntuación de 19 o mayor, por ejemplo, indicaría que el paciente está en bajo riesgo, sin necesidad de tratamiento en este punto. La evaluación también puede ser usada para evaluar el curso de un tratamiento en particular.

Puntuación total _____

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1988 Todos los derechos reservados.

Bibliografía

Nota de Carpenito

Las publicaciones clásicas se señalan con un asterisco (*)

Las referencias listadas en la categoría general se usan en todo el libro.

REFERENCIAS GENERALES

American Nurses Association. (2012). *ANA social policy statement*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2014). *DSMV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.

Alfaro-Lefevre, R. (2014). *Applying nursing process: The foundation for clinical reasoning* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Andrews, M., & Boyle, J. (2012). *Transcultural concepts in nursing* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Arcangelo, V. P., & Peterson, A. (2016). *Pharmacotherapeutics for advanced practice* (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Barnsteiner, J., Disch, J., & Walton, M. K. (2014). *Person and family-centered care*. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International.

Boyd, M. A. (2012). *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Carpenito, L. J. (1986). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Carpenito, L. J. (1989). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Carpenito, L. J. (1995). *Nurse practitioner and physician discipline specific expertise in primary care*. Unpublished manuscript.

Carpenito, L. J. (1999). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Carpenito-Moyet, L. J. (2007). *Understanding the nursing process: Concept mapping*

and care planning for students. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Carpenito-Moyet, L. J. (2010). Teaching nursing diagnosis to increase utilization after graduation. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 21*(10), 124–133.

Carpenito-Moyet, L. J. (2014). *Nursing care plans/Transitional patient & family centered care*(6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Carpenito-Moyet, L. J. (2016). *Handbook of nursing diagnoses* (15th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015a). *Vaccines & immunizations*. Obtenido de www.cdc.gov/vaccines/

CDC. (2015b). *Sexually transmitted diseases* (STDS). Retrived from www.cdc.gov/std/

*Clemen-Stone, E., Eigasti, D. G., & McGuire, S. L. (2001). *Comprehensive family and community health nursing* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book.

Coulter, A. (2012). Patient engagement—What works? *Ambulatory Care Manage, 35*(2), 80–89.

*Cunningham, R. S., & Huhmann, M. B. (2011). Nutritional disturbances. In C. H. Yarbro, D. Wujcik, & B. H. Gobel (Eds.), *Cancer nursing: Principles and practice* (7th ed.). Boston: Jones and Bartlett.

DeWalt, D. A., Callahan, L., Hawk, V. H,. Broucksou, K. A., & Hink, A. (2010). *Health literacy universal precautions tool kit*(Prepared by North Carolina Network Consortium, The Cecil G. Sheps Center for Health Services Research, The University of North Carolina at Chapel Hill, under Contract No. HHSA290200710014.) AHRQ Publication No. 10-0046-EF). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Obtenido de www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthliteracytoolkit.pdf

Dudek, S. (2014). *Nutrition essentials for nursing practice* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Edelman, C. L., & Mandle, C. L. (2014). *Health promotion throughout the life span* (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book.

Giger, J. (2013). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book.

*Gordon, M. (1982). Historical perspective: The National Group for Classification of Nursing Diagnoses. In M. J. Kim & D. A. Moritz (Eds.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fourth national conference*. New York: McGraw-Hill.

Grossman, S., & Porth, C. A. (2014). *Porth's pathophysiology: Concepts of altered*

health states (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Halter, M. J. (2014). *Varcarolis' foundations of psychiatric mental health nursing* (7th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Herdman, H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *Nursing diagnoses/definitions and classification 2015–2017*. Ames, IA: Wiley Blackwell.

Hickey, J. (2014). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (5th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2015). *Wong's essentials of pediatric nursing* (10th ed.). New York: Elsevier.

Jenny, J. (1987). Knowledge deficit: Not a nursing diagnosis image. *The Journal of Nursing Scholarship, 19*(4), 184–185.

Joint Commission. (2010). *Achieving effective communication, cultural competence, and patient-family-centered care: A roadmap for hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: Author.

Labs on Line. (2014). Obtenido de https://labtestsonline.org

Lutz, C., Mazur, R., & Litch, N. (2015). *Nutrition and diet therapy*. Philadelphia: F.A. Davis.

Lutz, C., & Przytulski, K. (2011). *Nutrition and diet therapy* (5th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

McCaffery, M., & Beebe, A. (1989). *Pain: Clinical manual for nursing practice*. St. Louis: CV Mosby.

Miller, C. (2015). *Nursing for wellness in older adults* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Morse, J. M. (1997). *Preventing patient falls*. Thousand Oaks: Sage Broda.

*Murray, R. B., Zentner, J. P., & Yakimo, R. (2009). *Health promotion strategies through the life span* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

*Norris, J., & Kunes-Connell, M. (1987). Self-esteem disturbance: A clinical validation study. In A. McLane (Ed.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the seventh NANDA national conference.* St. Louis, MO: C.V. Mosby.

North American Nursing Diagnosis Association. (2002). *Nursing diagnosis: Definitions and classification 2001–2002*. Philadelphia: Author.

Pasero, C., & McCaffery, M. (2011). *Pain assessment and pharmacologic management*. St. Louis: Mosby.

Pasero, C., Paice, J., & McCaffery, M. (2014). Basic mechanisms underlying the causes

and effects of pain. In M. McCaffery & C. Pasero (Eds.), *Clinical pain manual* (pp. 15–34). New York: Mosby.

Pillitteri, A. (2014). *Maternal and child health nursing* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Procter, N., Hamer, H., McGarry, D., Wilson, R., & Froggatt, T. (2014). *Mental health: A person-centered approach*. Sydney: Cambridge Press.

*Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, *16*(2), 207–214.

Soussignan, R., Jiang, T., Rigaud, D., Royet, J., & Schaal, B. (2010). Subliminal fear priming potentiates negative facial reactions to food pictures in women with anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 40*(3), 503–514. Obtenido de ProQuest Health and Medical Complete (Document ID: 1961359321).

Underwood, P. W. (2012). Social support. In V. H. Rice (Ed.), *Handbooks of stress, coping and health* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Varcarolis, E. M. (2011). *Manual of psychiatric nursing care planning* (4th ed.). St. Louis, MO: Saunders.

Varcarolis, E. M., & Halter, M. J. (2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing* (6th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Weiss, B. D. (2007). *Health literacy and patient safety: Help patients understand*. Obtenido de http://med.fsu.edu/userFiles/file/ahec_health_clinicians_manual.pdf. American Medical Association.

*White, S., & Dillow, S. (2005). Key concepts and features of the 2003 National Assessment of adult literacy. National Center for Education Statistics. Obtenido de http://nces.ed.gov/NAAL/PDF/2006471.PDF

Yarbro, C., Wujcik, D., & Gobel, B. (2013). *Cancer nursing: Principles and practice* (17th ed.). Boston: Jones & Bartlett.

SECCIÓN 1: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Intolerancia a la actividad

Bauldoff, G. S. (2015). When breathing is a burden: How to help patients with COPD. *American Nurse Today, 10*(2).

*Bauldoff, G., Hoffman, L., Sciurba, F., & Zullo, T. (1996). Home based upper arm exercises training for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart and Lung, 25*(4), 288–294.

*Breslin, E. H. (1992). Dyspnea-limited response in chronic obstructive pulmonary

disease: Reduced unsupported arm activities. *Rehabilitation Nursing, 17*, 12–20.

Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodados

American College of Radiology Committee on Drugs and Contrast Media. (2013). *ACR manual on contrast media: Version 9*. Reston, VA: American College of Radiology. Obtenido de www.acr.org/quality-%20safety/resources/~/media/37D84428BF1D4E1B9A3A2918DA9E27A3.pdf/

Pasternak, J., & Williamson, E. (2012). Clinical pharmacology, uses, and adverse reactions of iodinated contrast agents: A primer for the non-radiologist. *Mayo Clinical Proceedings, 87*(4), 390–402. Obtenido de www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3538464/

Robbins, J. B., & Pozniak, M. A. (2010). *Contrast media tutorial*. Obtenido de www.radiology.wisc.edu/fileShelf/contrastCorner/files/ContrastAgentsTutorial.pdf

Siddiqi, N. (2011). Contrast medium reactions. In *Medscape*. Obtenido de http://emedicine.medscape.com/article/422855-overview

Siddiqi, N. (2015). Contrast medium reactions. In *Medscape*. Obtenido de http://emedicine.medscape.com/article/422855-overview

Singh, J., & Daftary, A. (2008). Iodinated contrast media and their adverse reactions. *Journal of Nuclear Medicine Technology, 36*(2), 69–74.

Riesgo de respuesta alérgica

Asthma and Allergy Foundation of America. (2011). *Reducing allergens in the home: A room-by-room guide*. Obtenido de msdh.ms.gov/msdhsite/_static/resources/2111.pdf

Mayo Clinic Staff. (2011). *Allergy-proof your house*. Obtenido de www.mayoclinic.com/health/allergy/HQ01514

Ansiedad

*Grainger, R. (1990). Anxiety interrupters. *American Journal of Nursing, 90(2)*, 14–15.

*Grealish, L., Lomasney, A., & Whiteman, B. (2000). Foot massage. A nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. *Cancer Nursing, 23*,237–243.

Guardino, C. M., & Dunkel Schetter, C. (2014). Coping during pregnancy: A systematic review and recommendations. *Health Psychology Review*, *8*(1), 70–94.

Gurung, R. A., Dunkel-Schetter, C., Collins, N., Rini, C., & Hobel, C. J. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *24*(4), 497.

*Jones, P. E., & Jakob, D. F. (1984). Anxiety revisited from a practice perspective. In M.

J. Kim, G. K. McFarland, & A. M. McLane (Eds.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fifth national conference.* St. Louis, MO: C.V. Mosby.

*Lobel, M., DeVincent, C. J., Kaminer, A., & Meyer, B. A. (2000). The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychology*, *19*(6), 544.

*Lugina, H. I., Christensson, K., Massawe, S., Nystrom, L., & Lindmark, G. (2001). Change in maternal concerns during the 6 weeks postpartum period: A study of primiparous mothers in Dar es Salaam, Tanzania. *Journal of Midwifery and Women's Health, 46*(4), 248–257.

*May, R. (1977). *The meaning of anxiety.* New York: W.W. Norton.

*Stephenson, N. L., Weinrich, S. P., & Tavakoli, A. S. (2000). The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer. *Oncology Nursing Forum, 27*, 67–72.

*Taylor-Loughran, A., O'Brien, M., LaChapelle, R., & Rangel, S. (1989). Defining characteristics of the nursing diagnoses fear and anxiety: A validation study. *Applied Nursing Research, 2*, 178–186.

*Whitley, G. (1994). Concept analysis in nursing diagnosis research. In R. Carroll-Johnson & M. Paquette (Eds.), *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the tenth conference.* Philadelphia: J.B. Lippincott.

*Yokom, C. J. (1984). The differentiation of fear and anxiety. In M. J. Kim, G. K. McFarland, & A. M. McLane (Eds.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fifth national conference.* St. Louis, MO: C.V. Mosby.

Ansiedad ante la muerte

Braun, M., Gordon, D., & Uziely, B. (2010). Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum, 37*(1), E43–E49.

Yakimo, R. (2008). Mental health promotion of the young and middle-aged adult. InM.A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary perspectives* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Wilkins & Williams.

Lactancia materna ineficaz

Amir, L. H., & The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. (2014). ABM clinical protocol #4: Mastitis. *Breast-feeding Medicine, 9*(5), 293–243.

Arizona Department of Health Services (AZDHS). (2010). Model Hospital Policy Resource Guide. www.azdhs.gov/phs/bnp/gobreastmilk/documents/AzBSBS-Model-Hospital-Policy-Guide.pdf/

AZDHS. (2012). *Arizona baby steps to breastfeeding success*. Obtenido de www.azdhs.gov/phs/gobreastmilk/BFAzBabySteps.htm

Evans, A., Marinelli, K. A., Taylor, J. S., & The Academy of Breast-feeding Medicine. (2014). ABM clinical protocol #2: Guidelines for hospital discharge of the breastfeeding term newborn an mother " The going home protocol" (revised 2014). *Breastfeeding Medicine, 9*(1), 3–8.

Hale, T. (2010). *Breastfeeding and medications*. Obtenido de www.breastfeedingonline.com/meds.shtml#sthash.bx7EQILt.dpbs

Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2010). *Breastfeeding—A guide for the medical professional* (7th ed.). Philadelphia: Elsevier Health Services.

*Walker, M. (2006). *Breastfeeding management for the clinician: Using the evidence*. Boston: Jones and Bartlett.

Cansancio del rol de cuidador

American Association of Retired Persons. (2009). *AARP statement to the 53rd session of the United Nations Commission on the Status of Women.* Obtenido de www.un.org/womenwatch/daw/csw/53sess.htm

Gambert, S. R. (2013). Why do i always feel tired? Evaluating older patients reporting fatigue. *Consultant*, *53*(11), 785–789.

Hagen, B. (2001). Nursing home placement: Factors affecting caregivers' decisions to place family members with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, *27*(2), 44–53.

Miller, B., Townsend, A., Carpenter, E., Montgomery, R. V., Stull, D., & Young, R. F. (2001). Social support and caregiver distress a replication analysis. *The Journals of Gerontology Series B:*Psychological *Sciences and Social Sciences*, *56*(4), S249–256.

*Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist, 30*, 583–594.

*Shields, C. (1992). Family interaction and caregivers of Alzheimer's disease patients: Correlates of depression. *Family Process, 31*(3), 19–32.

*Winslow, B., & Carter, P. (1999). Patterns of burden in wives who care for husbands with dementia. *Nursing Clinics of North America*, *34*(2), 275–287.

Disconfort

*D'Arcy, Y. (2008). Pain in older adults. *Nurse Practitioner, 38*(3), 19–25.

*Dewar, A. (2006). Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, *24*(1), 33.

Institute of Medicine. (2011). *Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research*. Washington, DC: National Academies Press.

*Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of midwifery & women's health*, *49*(6), 489–504.

Singh, M. (2014). Chronic pain syndrome treatment & management. In *Medscape*. Obtenido de http://emedicine.medscape.com/article/310834-treatment

*Von Korff, M., & Simon, G. (1996). The relationship between pain and depression comorbidity of mood. *The British Journal of Psychiatry, 168*(30), 101–108.

Williams, H., Svensson, A., & Diepgen, T. (2006). Epidemiology of skin diseases in Europe. *European Journal of Dermatology*, *16*(2), 209–14.

Dolor de parto

*Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2008a). *Nursing care and management of the second stage of labor: Evidence-Based Clinical Practice Guideline* (2nd ed.). Washington, DC: Author.

*Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2008b). *Nursing care of the woman receiving regional analgesia/anesthesia in labor: Evidence-based clinical practice guideline* (2nd ed.). Washington, DC: Author.

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2011). *Nursing support of laboring women*. Position Statement. Washington, DC: Author.

Burke, C. (2014). Pain in labor: Nonpharmacologic and pharmacologic management. In K. R. Simpson & P. Creehan (Eds.), *AWHONN's perinatal nursing* (4th ed., pp. 493–529). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Simkin, P., & Ancheta, R. (2011). *The labor progress book: Early interventions to prevent and treat dystocia* (3rd ed.). New York: Wiley-Blackwell.

Deterioro de la comunicación

*Bauman, R. A., & Gell, G. (2000). The reality of picture archiving and communication systems (PACS): A survey. *Journal Digit Imaging, 13*(4), 157–169.

DeWalt, D. A., Callahan, L., Hawk, V. H,. Broucksou, K. A., & Hink, A. (2010). *Health literacy universal precautions tool kit*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Obtenido de www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthliteracytoolkit.pdf

Grossbach, I., Stranberg, S., & Chlan, L. (2011). Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse*, *31*(3), 46–60.

Office of Student Disabilities Services, University of Chicago. (2014). *Teaching students with disabilities resources for instructors 2014–2015*. Chicago, IL: Author. Obtenido de https://disabilities.uchicago.edu/sites/disabilities.uchicago.edu/files/uploads/docs/Teachi

Confusión (aguda y crónica)

Francis, J., & Young, G. B. (2014). *Diagnosis of delirium and confusional*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states

*Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing, 1*, 399–406.

Khachiyants, N., Trinkle, D., Son, S. J., & Kim, K. Y. (2011). Sundown syndrome in persons with dementia: An update. *Psychiatry investigation*, *8*(4), 275–287.

*Rasin, J. (1990). Confusion. *Nursing Clinics of North America, 25*, 909–918.

*Roberts, B. L. (2001). Managing delirium in adult intensive care patients. *Critical Care Nurse, 21*(1), 48–55.

Smith, G. (2010). *What is sundowning? Answer to question "Sundowning: Late day confusion"*. Obtenido de www.mayoclinic.com/health/sundowning/HQ01463

Estreñimiento funcional crónico

Erichsén, E., Milberg, A., Jaarsma, T., & Friedrichsen, M. (2015). Constipation in specialized palliative care: Prevalence, definition, and patient-perceived symptom distress. *Journal of Palliative Medicine, 18*(7), 585–592.

McCay, S. L., Fravel, M., & Scanlon, C. (2012). Evidence-based practice guideline: Management of constipation. *Journal of Gerontological Nursing, 38*(7), 9–15.

*Shua-Haim, J., Sabo, M., & Ross, J. (1999). Constipation in the elderly: A practical approach. *Clinical Geriatrics, 7*(12), 91–99.

Wald, A. (2015). Patient information: Constipation in adults (Beyond the Basics). In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/constipation-in-adults-beyond-the-basics#H1

*Wisten, A., & Messner, T. (2005). Fruit and fibre (Pajala porridge) in the prevention of constipation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *19*(1), 71–76.

Afrontamiento

Acquired Brain Injury Outreach Service. (2011). *Understanding emotional lability*. Buranda: State of Queensland (Queensland Health). Obtenido de www.health.qld.gov.au/abios/behaviour/professional/lability_pro.pdf

Ahmed, A., & Simmons, Z. (2013). Pseudobulbar affect: Prevalence and management. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, *9*, 483.

Allender, J., Rector, C., & Warner, K. (2010). *Community & public health nursing: Promoting the public's health*(8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

American Academy of Pediatrics. (2015). *Attention-deficit/hyper-activity disorder (ADHD)*.Obtenido de www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html

*Carson V. M., & Smith-DiJulio, K. (2006). Sexual assault. In E. Varcarolis, V. M. Carson, & N. C. Shoemaker (Eds.), *Foundations of psychiatric-mental health nursing* (5th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Centers for Disease Control and Prevetion. (2015). *Vaccines & immunizations*. Acceso en www.cdc.gov/vaccines/

*Cowen, P. S. (1999). Child neglect: Injuries of omission. *Pediatric Nursing, 25*(4), 401–418.

*Finkelman, A. W. (2000). Self-management for psychiatric patient at home. *Home Care Provider, 5*(6), 95–101.

*Fulmer, T., & Paveza, G. (1998). Neglect in the elderly. *Nursing Clinics of North America, 33*(3), 457–466.

Grant, J. E. (2011). *Gambling and the brain: Why neuroscience research is vital to gambling research.*Beverly, MA: National Center for Responsible Gaming. Obtenido de www.ncrg.org/sites/default/files/uploads/docs/monographs/ncrgmonograph6final.pdf

Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D., & Hanson, S. (2010). *Family health care nursing, theory, practice, and research*(4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

*Shah, K. R., Potenza, M. N., & Eisen, S. A. (2004). Biological basis for pathological gambling. In J. E. Grant & M. N. Potenza (Eds.), *Pathological gambling: A clinical guide to treatment* (pp. 127–142). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Videbeck, S. (2013). *Psychiatric-mental health nursing* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

World Health Organization. (2014). *Mental health: A state of well-being*. Obtenido de www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Wortzel, H. S., Filley, C. M., Anderson, C. A., Oster, T., & Arciniegas, D. B. (2008). Forensic applications of cerebral single photon emission computed tomography in mild traumatic brain injury. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, *36*(3), 310–322.

Labilidad emocional

Beauchaine, T., Gatze-Kopp, L., & Mead, H. (2007). Polyvagal theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biological Psychology*, *74*, 174–184.

Olney, N. T., Goodkind, M. S., & Lomen-Hoerth, C. (2011). Behavior, physiology and experience of pathological laughing and crying in amyotrophic lateral sclerosis. *Brain*, *134*(12), 3455–3466. Obtenido de www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3235565

Conflicto de decisiones

Danis, M., Southerland, L. I., Garrett, J. M., Smith, J. L., Hielema, F., Pickard, C. G., . . . Patrick, D. L. (1991). A prospective study of advance directives for life-sustaining care. *New England Journal of Medicine*, *324*(13), 882–888.

Lilley, M., Christian, S., Hume, S., Scott, P., Montgomery, M., Semple, L., . . . Somerville, M. J. (2010). Newborn screening for cystic fibrosis in Alberta: Two years of experience. *Paediatrics & Child Health*, *15*(9), 590.

*Soholt, D. (1990). *A life experience: Making a health care treatment decision* (Unpublished master's thesis). South Dakota State University, Brookings, SD.

Diarrea

Clay, P. G., & Crutchley, R. D. (2014). Noninfectious diarrhea in HIV seropositive individuals: A review of prevalence rates, etiology, and management in the era of combination antiretroviral therapy. *Infectious Diseases and Therapy*, *3*(2), 103–122.

Elseviers, M. M., Van Camp, Y., Nayaert, S., Duré, K., Annemans, L., Tanghe, A., & Vermeersch, S. (2015). Prevalence and management of antibiotic associated diarrhea in general hospitals. *BMC Infectious Diseases*, *15*(1), 129. Obtenido de www.biomed-central.com/1471-2334/15/129

Food and Drug Administration. (2014). While you're pregnant—What is foodborne illness? Obtenido de www.fda.gov/Food/ResourcesForYou/HealthEducators/ucm083316.htm

*Goodgame, R. (2006). A Bayesian approach to acute infectious diarrhea in adults. *Gastroenterology Clinics, 35*(2), 249–273.

MacArthur, R. (2014). Understanding noninfectious diarrhea in HIV-infected individuals. *GI Digest*. Obtenido de www.salix.com/healthcare-professionals-resources/gi-digest-newsletter/gi-digest-archive/id/432/understanding-noninfectious-diarrhea-in-hiv-infected-individuals

*Ravry, M. J. (1980). Dietic food diarrhea. *JAMA, 244*(3), 270.

Siegal, K., Schrimshaw, E. W., Brown-Bradley, C. J., & Lekas, H. M. (2010). Sources of emotional distress associated with diarrhea among late middle-age and older HIV-infected adults. *Journal of Pain and Symptom Management*, *40*(3), 353–369.

Spies, L. (2009). Diarrhea A to Z: America to Zimbabwe. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 21*(6), 307–313.

*Tramarin, A., Parise, N., Campostrini, S., Yin, D. D., Postma, M. J., Lyu, R., . . . Palladio Study Group. (2004). Association between diarrhea and quality of life in HIV-infected patients receiving highly active antiretroviral therapy. *Quality of Life Research*, *13*(1), 243–250.

Wanke, C. A. (2016a). Epidemiology and causes of acute diarrhea in resource-rich countries. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-causes-of-acute-diarrhea-in-resource-rich-countries

Wanke, C. A. (2016b). Acute diarrhea in adults (beyond the basics). In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/acute-diarrhea-in-adults-beyond-the-basics

Weller, P. (2015). Patient information: General travel advice (beyond the basics). In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/general-travel-advice-beyond-the-basics?source=see_link

Síndrome de desuso

*Maher, A., Salmond, S., & Pellino, T. (2006). *Orthopedic nursing* (3rd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Zomorodi, M., Topley, D., & McAnaw, M. (2012). Developing a mobility protocol for early mobilization of patients in a surgical/trauma ICU. *Critical Research and Practice, 2012*, 10. Obtenido de www.hindawi.com/journals/ccrp/2012/964547/

Déficit de actividades recreativas

*Rantz, M. (1991). Diversional activity deficit. In M. Maas, K. Buckwalter, & M. Hardy (Eds.), *Nursing diagnoses and interventions for the elderly*. Redwood City, CA: Addison-Wesley Nursing.

Disreflexia

*McClain, W., Shields, C., & Sixsmith, D. (1999). Autonomic dysreflexia presenting as a severe headache. *American Journal of Emergency Medicine*, *17*(3), 238–240.

Interrupción de los procesos familiares

Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Hanson, S. M. H., & Padgett, D. (2010). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*(4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

*Lindeman, M., Hokanson, J., & Batek, J. (1994). The alcoholic family. *Nursing Diagnosis*, *5*(2), 65–73.

US Census Bureau. (2013). *America's families and living arrangements: 2012*. Obtenido de www.census.gov/prod/2013pubs/p20-570.pdf

Varcarolis, E. M., Carson, V. B., & Shoemaker, N. C. (2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing* (6th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Déficit y exceso de volumen de líquidos

American Academy of Pediatrics. (2011). Policy statement—Climatic Heat Stress and Exercising Children and Adolescents. Council on Sports Medicine and Fitness and Council on School Health. *Pediatrics*, 128(3), e741–e747.

Duelo

Ball, J., Bindler, R., & Cowen, K. (2015). *Principles of pediatric nursing: Caring for children*(6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Block, S. (2013). Grief and bereavement. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com

*Hooyman, N. R., & Kramer, B. J. (2006). *Living through loss: Interventions across the life span*. New York: Columbia University Press.

*Mina, C. (1985). A program for helping grieving parents. *Maternal-Child Nursing Journal, 10*, 118–121.

*Vanezis, M., & McGee, A. (1999). Mediating factors in the grieving process of the suddenly bereaved. *British Journal of Nursing, 8*(14), 932–937.

Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4th ed.). New York: Springer Publishing.

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud

Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Kawkins, J., Harris, W. A., ... Whittle, L. (2014). Youth risk behavior surveillance—United States, 2013. *MMWR Surveill Summ*, *63*(Suppl 4), 1–168.

Tyler, D. O., & Horner, S. D. (2008). Family-centered collaborative negotiation: A model for facilitating behavior change in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *20*(4), 194–203.

Mantenimiento ineficaz de la salud

Gestión ineficaz de la salud

DeWalt, D. A., Callahan, L. F., Hawk, V. H., Broucksou, K. A., Hink, A, Rudd, R., & Brach, C. (2010). *Health literacy universal precautions tool kit*. Obtenido de www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/index.html

Iuga, A. O., & McGuire, M. J. (2014). Adherence and health care costs. *Risk Management and Healthcare Policy*, *7*, 35.

Deterioro del mantenimiento del hogar

Edelman, C. L., Kudzma, E. C., & Mandle, C. L. (2014). Health promotion throughout the life span (8th ed.). CV Mosby: St. Louis.

Desesperanza

Brothers, B. M., & Anderson, B. L. (2009). Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. *Psycho-Oncology*, *18*, 267–275. doi:10.1002/ pon.1394

*Herth, K. (1993). Hope in the family caregiver of terminally ill people. *Journal of Advanced Nursing*, *18*, 538–547.

*Hinds, P., Martin, J., & Vogel, R. (1987). Nursing strategies to influence adolescent hopefulness during oncologic illness. *Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses, 4*(1/2), 14–23.

Riesgo de compromiso de la dignidad humana

*Walsh, K., & Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice, 8*(3), 143–151.

Conducta desorganizada del lactante

*American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics Section on Surgery, Canadian Paediatric Society Fetus and Newborn Committee. (2006). Prevention and management of pain in the neonate: An update. *Pediatrics*, *118*(5), 2231–2241.

Askin, D., & Wilson, D. (2007). The high risk newborn and family. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (8th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.

*Bozzette, M. (1993). Observations of pain behavior in the NICU: An exploratory study. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 7*(1), 76–87.

Holditch-Davis, D., & Blackburn, S. (2007). Neurobehavioral development. In C. Kenner & J. W. Lott (Eds.), *Comprehensive neonatal care: An interdisciplinary approach* (4th ed., pp. 448–479). St. Louis: Saunders Elsevier.

Kenner, C. & McGrath, J. M. (Eds.) (2010). Developmental care of newborns and infants, *The Neonatal Intensive Care Unit Environment* (pp.63–74). Glenview, IL: NANN.

*Merenstein, G. B. & Gardner, S. L. (Eds.). (2002). The neonate and the environment: Impact on development. In *Handbook of neonatal intensive care* (pp. 219–282). St. Louis, MO: Mosby.

*Thomas, K. A. (1989). How the NICU environment sounds to a preterm infant. *MCN:*

American Journal of Maternal-Child Nursing, 14, 249–251.

*Vandenberg, K. (1990). The management of oral nippling in the sick neonate, the disorganized feeder. *Neonatal Network, 9*(1), 9–16.

VandenBerg, K. (2007). State systems development in high-risk newborns in the neonatal intensive care unit: Identification and management of sleep, alertness, and crying. *Journal Perinatal & Neonatal Nursing, 21*(2), 130–139.

Riesgo de infección y de transmisión de infecciones

Armstrong, D. G., & Mayr, A. (2014). Wound healing and risk factors for non-healing. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/wound-healing-and-risk-factors-for-non-healing.

Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Guidance for the Selection and Use of Personal Protective Equipment (PPE) in Healthcare Settings*.CDC. Obtenido de www.google.com/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&1e=UTF-8#q=www.cdc.gov%20gloves.

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Hand Hygiene in Healthcare Settings*.CDC. Obtenido de www.cdc.gov/hand-hygiene/

Diaz, V., & Newman, J. (2015). Surgical site infection and prevention guidelines: A primer for certified registered nurse anesthetists. *AANA Journal*, *83*(1), 63.

O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, P. E., Garland, J., Heard, S. O., . . . The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2011). *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*.Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. Obtenido de www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsiguidelines-2011.pdf

Recursos de internet

Association for Professionals in Infection Control, www.apic.org

Centers for Disease Control and Prevention, www.cdc.gov

National Center for Infectious Disease, www.cdc.gov/ncidod/nicid.htm

Riesgo de lesión

American Association of Critical Care Nurses. (2011). *Prevention of aspiration*.Aliso Viejo, CA: Author. Obtenido de www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/prevention-aspiration-practice-alert.pdf?menu=aboutus

Kaufman, H., & Kaplan, N. M. (2015). Mechanisms, causes, and evaluation of orthostatic hypotension. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/mechanisms-

causes-and-evaluation-of-orthostatic-hypotension

Perlmuter, L. C., Sarda, G., Casavant, V., & Mosnaim, A. D. (2013). A review of the etiology associated comorbidities and treatment of orthostatic hypotension. *American Journal of Therapeutics*, *20*, 279.

*Riefkohl, E. Z., Bieber, H. L., Burlingame, M. B., & Lowenthal, D. T. (2003). Medications and falls in the elderly: A review of the evidence and practical considerations. *Pharmacy & Therapeutics*, *28*(11), 724–733.

*Rothrock, J. C. (2003). *Alexander's care of the patient in surgery* (12th ed.). St. Louis: Mosby.

*Schoenfelder, D. P. (2000). A fall prevention program for elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing, 26*(3), 43–45.

Webster, K. (2012). *Peripheral nerve injuries and positioning for general anesthesia.*London: World Federation of Societies of Anesthesiologists. Obtenido de www.frca.co.uk/Documents/258PeripheralNerveInjuriesandPositioningforAnaesthesia.pd

Fuentes de internet

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Obtenido el 8 de agosto de 2011 de www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/

Professional Assisted Cessation Therapy (PACT), www.endsmoking.org

Tobacco.org, www.tobacco.org

Respuesta alérgica al látex

American Association of Nurse Anesthetists. (2014). Latex allergy management (Guidelines). Obtenido de www.aana.com/resources2/professionalpractice/Pages/Latex-Allergy-Protocol.aspx

DeJong, N. W., Patiwael, J. A., de Groot, H., Burdorf, A., & Gerth van Wijk, R. (2011). Natural rubber latex allergy among health-care workers: Significant reduction of sensitization and clinical relevant latex allergy after introduction of powder-free latex gloves. *Journal of Allergy and Clinical Immunology, 127*(2), AB70.

Jenny, J. (1987). Knowledge deficit: Not a nursing diagnosis image. *The Journal of Nursing Scholarship, 19*(4), 184–185.

Deterioro de la memoria

*Maier-Lorentz, M. (2000). Effective nursing interventions for the management of Alzheimer's disease. *Journal of Neuroscience Nursing, 32*(3), 153–157.

Deterioro de la movilidad física

*Addams, S., & Clough, J. A. (1998). Modalities for mobilization. In A. B. Mahler, S. Salmond, & T. Pellino (Eds.), *Orthopedic nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders.

Adler, J., & Malone, D. (2012). Early mobilization in the intensive care unit: A systematic review. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, *23*(1), 5. Acceso en www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3286494/table/T3/

American Association of Critical Care Nurses. (2012). *Early progressive mobility protocol*. ACCNPearl. Obtenido de www.aacn.org/wd/practice/docs/tool%20kits/early-progressive-mobility-protocol.pdf

American Hospital Association, & USDHHS. (2014). *Health Research & Educational Trust, American Hospital Association, partnership for patients ventilator associated events (VAE) change package: Preventing harm from VAE 2014 update*. Obtenido de www.hret-hen.org/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=134

Gillis, A., MacDonald, B., & MacIssac, A. (2008). Nurses' knowledge, attitudes, and confidence regarding preventing and treating deconditioning in older adults. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *39*(12), 547–554.

Halsstead, J., & Stoten, S. (2010). Orthopedic nursing: Caring for patients with musculoskeletal disorders. Brockton, MA: Western Schools.

King, L. (2012). Developing a progressive mobility activity protocol. *Orthopaedic Nursing, 31*(5), 253–262.

Levin, R. F., Krainovitch, B. C., Bahrenburg, E., & Mitchell, C. A. (1989). Diagnostic content validity of nursing diagnoses. Image: *Journal of Nursing Scholarship*, *21*(1), 40–44.

Timmerman, R. A. (2007). A mobility protocol for critically ill adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *26*(5), 175–179. Obtenido de www0.sun.ac.za/Physiotherapy_ICU_algorithm/Documentation/Rehabilitation/References

Vollman, K. M. (2012). Hemodynamic instability: Is it really a barrier to turning critically ill patients? *Critical care nurse*, *32*(1), 70–75.

Zomorodi, M., Topley, D., & McAnaw, M. (2012). Developing a mobility protocol for early mobilization of patients in a surgical/trauma ICU. *Critical Care Research and Practice*. Article ID 964547. doi:10.1155/2012/964547

Sufrimiento moral

*American Association of Critical Care Nurses. (2004). *The 4 A's to rise above moral distress.*AACN Ethics Work Group. Aliso Viejo, CA: AACN.

American Nurse's Association. (2010a). *Just culture*. Obtenido de www.justculture.org/Downloads/ANA_Just_Culture.pdf

American Nurses Association. (2010b). *Nursing: Scope and standards of practice* (2nd ed.). Silver Springs, MD: Author.

*Beckstrand, R. L., Callsiter, L. C., & Kirchhoff, K. T. (2006). Providing a "Good Death": Critical care nurse's suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care*, *15*(1), 38–45.

Gallup Poll. (2009). *Honesty and ethics poll finds congress' image tarnished.* Obtenido de www.gallup/poll124625/honesty-ethics-pol

LaSala, C. A., & Bjarnason, D. (2010). Creating workplace environments that support moral courage. *The Online Journal of Issues in Nursing, 15*(3), 1–11. Obtenido de www.nursingworld.org/OJIN

Lusardi P., Jodka, P., Stambovsky, M., Stadnicki, B., Babb, B., Plouffe, D., . . . Montonye, M. (2011). The going home initiative: Getting critical care patients home with hospice. *Critical Care Nurse*, 31(5), 46–57.

Zuzelo, P. R. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics, 14*(3), 344–359.

Incumplimiento

Gruman, J. (2011). Engagement does not mean compliance. *Center for Advancing Health*. Obtenido de www.cfah.org/blog/2011/engagement-does-not-mean-compliance

Desequilibrio nutricional

*Chima, C. (2004). *The nutrition care process: Driving effective intervention and outcomes*. Obtenido de www3.uakron.edu/.../Screening%20Nutrition%20Ca

Fass, R. (2014). Overview of dysphagia in adults. In *Up to Date*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/overview-of-dysphagiain-adults

Gröber, U., & Kisters, K., (2007). Influence of drugs on vitamin D and calcium metabolism. *Dermatoendocrinology*, *4*(2), 158–166.

*Hammond, K. A. (2011). Assessment: Dietary and clinical data. In L. Kathleen Mahan, J. L Raymond, & S. Escott-Stump (Eds.), Krause's food & the nutrition care process (13th ed.). St. Louis: Elsevier.

*Hunter, J. H. & Cason, K. L. (2006). Nutrient density clemson university cooperative extension service. Obtenido de www.clemson.edu/extension/hgic/food/nutrition/nutrition/dietary_guide/hgic4062.html

Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary M. A. (2012). Dysphagia in the elderly: Management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging*, *7*, 287–298.

Deterioro de la deglución

*Emick-Herring, B., & Wood, P. (1990). A team approach to neurologically based swallowing disorders. *Rehabilitation Nursing, 15*, 126–132.

Obesidad y sobrepeso

*Hunter, J. H., & Cason, K. L. (2006). *Nutrient density*. Clemson University Cooperative Extension Service. Obtenido de www.clemson.edu/extension/hgic/food/nutrition/nutrition/dietary_guide/hgic4062.html

Institute of Medicine. (2009). *Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines*. Obtenido de www.nap.edu

*Martin, L. R., Williams, S. L., Haskard, K. B., & DiMatteo, M. R. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutic Clinincal Risk Management, 1*(3), 189–199.

Pelzang, R. (2010). Time to learn: Understanding patient-centered care. *British Journal of Nursing*, *19*(14), 912–917.

Deterioro parental

Ball, J., Bindler, R., & Cowen, K. (2015). *Principles of pediatric nursing: Caring for children*(6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

*Gage, J., Everett, K., & Bullock, L. (2006). Integrative review of parenting in nursing research. *Journal of Nursing Scholarship, 38*(1), 56–62. Obtenido de CINAHL Plus with Full Text database.

Síndrome del trauma posviolación

Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public*, *100*(2), 292–297.

*Burgess, A. W. (1995). Rape-trauma syndrome: A nursing diagnosis. *Occupational Health Nursing, 33*(8), 405–410.

Centers for Disease Control and Prevention. (2008). *HIV transmission rates in US*. Obtenido el 25 de febrero de 2009 de: www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/fact-sheets/

Dudek, S. G. (2014). *Nutrition essentials for nursing practice* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Friedman, M. J. (2016). PTSD history and overview. Obtenido de www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/ptsd-overview.asp

*Ledray, L. E. (2001). Evidence collection and care of the sexually assault survivor:

SANE-SART response. Obtenido de www.vaw.umn.edu/documents/commissioned/2forensicvidence.htlm

U.S. Department of Justice. (2014). *Rape and sexual assault*. Obtenido de www.bjs.gov/index.cfm?ty=tp&tid=317

Impotencia

Orzeck, T., Rokach, A., & Chin, J. (2010). The effects of traumatic and abusive relationships. *Journal of Loss & Trauma*, *15*(3), 167–192. doi:10.1080/15325020903375792

Protección ineficaz

Riesgo de lesión corneal/Riesgo de ojo seco

Mayo Clinic. (2010). *Red eye*. Obtenido de www.mayoclinic.org/symptoms/red-eye/basics/definition/sym-20050748

Deterioro de la mucosa oral

Eilers, J., Harris, D., Henry, K., & Johnson, L. A. (2014). Evidence-based interventions for cancer treatment-related mucositis: Putting evidence into practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *18*, 80–96.

Feider, L. I., Mitchell, P., Bridges, E. (2010). Oral care practices for orally intubated critically ill adults. *American Journal of Critical Care*, *19*(2), 175–183.

National Comprehensive Cancer Network. (2008). *Oral mucositis is often underrecognized and undertreated.* Obtenido de www.nccn.org/professionals/meetings/13thannual/highlights

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2014). *Maternal child nursing care* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

Quinn, B., Baker, D. L., Cohen, S., Stewart, J. L., Lima, C. A., & Parise, C. (2014). Basic nursing care to prevent nonventilator hospital-acquired pneumonia. *Journal of Nursing Scholarship*, 46 (1), 11–17.

Riesgo de deterioro de la integridad tisular/Úlceras por presión

Agency for Healthcare Research and Quality. (2011). *Are we ready for this change? Preventing pressure ulcers in hospitals: A toolkit for improving quality of care*. Rockville, MD: Author. Obtenido de www.ahrq.gov/professionals/systems/long-term-care/resources/pressure-ulcers/pressureulcertoolkit/putool1.html

Armstrong, A., & Meyr, D. (2014). Clinical assessment of wounds. In *Up to Date*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/clinical-assessment-of-wounds

*Bennett, M. A. (1995). Report of the task force on the implications for darkly pigmented intact skin in the prediction and prevention of pressure ulcers. *Advances in Skin & Wound Care*, *8*(6), 34–35.

*Bergstrom, N., Allman, R., Alvarez, O., Bennett, M., Carlson, C., Frantz, R., . . . Yarkony, G. (1994). *Treatment of pressure ulcers*. Clinical practice guideline (No. 15). Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR Publication No. 95-0652.

Berlowitz, D. (2014). Epidemiology, pathogenesis and risk assessment of pressure ulcers. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-risk-assessment-of-pressure-ulcers?source=search_result&search=pressure+ulcers&selectedTitle=4~120

Berlowitz, D. (2015). Clinical staging and management of pressure ulcers. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/clinical-staging-and-management-of-pressure-ulcers?

Brem, H., Maggi, J., Nierman, D., Rolnitzky, L., Bell, D., Rennert, R., . . . Vladeck, B. (2010). High cost of stage IV pressure ulcers. *American Journal of Surgery, 200*(4), 473–477. Obtenido de www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950802/

Clark, M. (2010). Skin assessment in dark pigmented skin: A challenge in pressure ulcer prevention. *Nursing Times*, *106*(30), 16–17.

Dorner, B., Posthauer, M. E., & Thomas, D. (2009). The role of nutrition in pressure ulcer prevention and treatment: National Pressure Ulcer Advisory Panel white paper. *Advances in Skin & Wound Care*, *22*(5), 212–221.

*Fore, J. (2006). A review of skin and the effects of aging on skin structure and function. *Ostomy Wound Manage*, 52(9), 24–35.

Guo, S., & DiPietro, L. A. (2010). Factors affecting wound healing. *Journal of dental research*, *89*(3), 219–229.

Ling, S. M., & Mandl, S. (2013). *Pressure ulcers: CMS update and perspectives*. National Pressure Ulcer Advisory Panel Biennial Conference, Houston, TX. Obtenido de www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/01/NPUAP2013-LingMandl-FINAL2-25-131.pdf

*Maklebust, J., & Sieggreen, M. (2006). *Pressure ulcers: Guidelines for prevention and nursing management* (3rd ed.). Springhouse, PA: Springhouse.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2014). *Clinical practice guideline*. Obtenido de www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/

*Wound Ostomy Continence Nursing (WOCN). (2003). *Guideline for prevention and management of pressure ulcers*. Glenview, IL: Author.

[Síndrome] de estrés del traslado

Christie, L. (2014). *Foreclosures hit six-year low in 2013*. Obtenido de http://money.cnn.com/2014/01/16/real_estate/foreclosure-crisis/

Whittenhall, J. (2008). *Helping an adolescent student cope with moving*. The College of Information Sciences and Technology. Obtenido de http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.509.86&rep=rep1&type=pdf

Riesgo de función respiratoria ineficaz

*Chan, L. (1998). Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilation assistance. *Heart and Lung, 27*(3), 169–176.

Epstien, S. (2015). Weaning from mechanical ventilation: Readiness testing. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/weaning-from-mechanical-ventilation-readiness-testing

Institute for Healthcare Improvement. (2008). Implement the ventilator bundle: Elevation of the head of the bed. Obtenido de www.ihi.org/IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/Changes/IndividualChanges/Elevatio

*Jenny, J., & Logan, J. (1991). Analyzing expert nursing practice to develop a new nursing diagnosis: Dysfunctional ventilatory weaning response. In R. M. Carroll-Johnson (Ed.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the ninth conference*. Philadelphia: J. B. Lippincott.

*Logan, J., & Jenny, J. (1990). Deriving a new nursing diagnosis through qualitative research: Dysfunctional ventilatory weaning response. *Nursing Diagnosis, 1*(1), 37–43.

*Morton, P., Fontaine, D., Hudak, C., & Gallo, B. (2005). *Critical care nursing* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Nance-Floyd, B. (2011). Tracheostomy care: An evidence-based guide to suctioning and dressing changes. *American Nurses Today*, *6*(7), 14–16.

Schwartzstein, R. M., & Richards, J. (2014). *Hyperventilation syndrome*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/hyperventilation-syndrome

Sharma, S., Sarin, J., & Bala, G. K. (2014). Effectiveness of endotracheal suctioning protocol, In terms of knowledge and practices of nursing personnel. *Nursing and Midwifery Research Journal*, *10*(2), 47–60.

Swadener-Culpepper, L. (2010). Continuous lateral rotation therapy. *Critical Care*

Nurse, *30*(2), S5–S7. Obtenido de Medline Database.

WebMD. (2012). *Hyperventilation*. Obtenido de www.webmd.com/a-to-z-guides/hyperventilation-credits

Recursos de internet

Agency for Healthcare Research and Quality, www.ahrq.gov/

Asthma and Allergy Foundation of America, www.aafa.org/

Asthma Management Model, www.nhlbi.nih.gov/health/public/lung/index.htm

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, www.goldcopd.org

Joint Council of Asthma, Allergy, and Immunology, www.jcaai.org/

Quitting Smoking Guidelines, www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm

QuitNet, www.quitnet.com

Trastorno del autoconcepto

*Atherton, R., & Robertson, N. (2006). Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. *Disability and Rehabilitation, 28*(9), 1201–1209.

*Camp-Sorrell, D. (2007). Chemotherapy: Toxicity management. In C. Yarbro, M. H. Frogge, M. Goodman, & S. Groenwald, *Career nursing* (6th ed.). Boston: Jones and Bartlett.

Holzer, L. A., Sevelda, F., Fraberger, G., Bluder, O., Kickinger, W., & Holzer, G. (2014). Body image and self-esteem in lower-limb amputees. *PLoS One*, *9*(3), e92943. Obtenido de www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3963966/

*Johnson, B. S. (1995). *Child, adolescent and family psychiatric nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott.

*Leuner, J., Coler, M., & Norris, J. (1994). Self-esteem. In M. Rantz & P. LeMone (Eds.), *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the eleventh conference*. Glendale, CA: CINAHL.

Martin, B. (2013). Challenging negative self-talk. In *Psych Central*. Obtenido el 26 de agosto de 2015 de: psychcentral.com/lib/challenging-negative-self-talk/

*Murray, M. F. (2000). Coping with change: Self-talk. *Hospital Practice, 31*(5), 118–120.

Riesgo de autolesión

American Foundation for Suicide Prevention. (2015). *Facts and figures*. Obtenido de www.afsp.org/understanding-suicide/facts-and-figures

*Carscadden, J. S. (1993). *On the cutting edge: A guide for working with people who self injure*. London, Ontario: London Psychiatric Hospital.

Tofthagen, R., Talsethand, A. G., & Fagerström, L. (2014). Mental health nurses' experiences of caring for patients suffering from self-harm. *Nursing Research and Practice*. doi:10.1155/2014/905741

Patrón sexual ineficaz

*Annon, J. S. (1976). The PLISST model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy, 2*, 211–215.

Ginsburg, K. R. (2015). *Talking to your child about sex*. Obtenido de www.healthychildren.org/English/ages-stages/gradeschool/puberty/Pages/Talking-to-Your-Child-About-Sex.aspx

Kazer, M. W. (2012a). Issues regarding sexuality. In: M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, & D. Zwicker (Eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (4th ed., pp. 500–515). New York: Springer.

Kazer, M. W. (2012b). *Sexuality assessment for older adults best practices in nursing care to older adults*. Obtenido de http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_10.pdf

Patrón de sueño alterado

Arthritis Foundation. (2012). *Sleep problems with arthritis*. Obtenido de www.arthritis.org/living-with-arthritis/comorbidities/sleep-insomnia/

Bartick, M. C., Thai, X., Schmidt, T., Altaye, A., & Solet, J. M. (2010). Decrease in as-needed sedative use by limiting nighttime sleep disruptions from hospital staff. *Journal of Hospital Medicine*, *5*(3), E20–E24.

Cole, C., & Richards, K. (2007). Sleep disruption in older adults: Harmful and by no means inevitable, it should be assessed for and treated. *AJN The American Journal of Nursing*, *107*(5), 40–49.

Faraklas, I., Holt, B., Tran, S., Lin, H., Saffle, J., & Cochran, A. (2013). Impact of a nursing-driven sleep hygiene protocol on sleep quality. *Journal of Burn Care & Research*, *34*(2), 249–254.

Aflicción crónica

*Burke, M. L., Hainsworth, M. A., Eakes, G. G., & Lindgren, C. L. (1992). Current knowledge and research on chronic sorrow: A foundation for inquiry. *Death Studies, 16*(3), 231–245.

Gordon, J. (2009). An evidence-based approach for supporting parents experiencing

chronic sorrow. *Pediatric Nursing*, *35*(2), 115–119.

*Melnyk, B., Feinstein, N., Moldenhouer, Z., & Small, L. (2001). Coping of parents of children who are chronically ill. *Pediatric Nursing, 27*(6), 548–558.

*Monsen, R. B. (1999). Mothers' experiences of living worried when parenting children with spina bifida. *Journal of Pediatric Nursing, 14*(3), 157–163.

Rhode Island Department of Health. (2011). *Resource guide for families of children with autism spectrum*. Obtenido de www.health.ri.gov/publications/guidebooks/2011ForFamiliesOfChildrenWithAutismSpec

*Teel, C. (1991). Chronic sorrow: Analysis of the concept. *Journal of Advanced Nursing, 16*(11), 1311–1319.

Sufrimiento espiritual

*Burkhart, L., & Solari-Twadell, A. (2001). Spirituality and religiousness: Differentiating the diagnoses through a review of the nursing diagnosis. *12*(2), 44–54.

*Kendrick, K. D., & Robinson, S. (2000). Spirituality: Its relevance and purpose for clinical nursing in the new millennium. *Journal of Clinical Nursing, 9*(5), 701–705.

*O'Brien, M. E. (2010). *Spirituality in nursing: Standing on holy ground* (4th ed.). Boston: Jones and Bartlett.

Puchalski, C. M., & Ferrell, B. (2010). *Making Health Care Whole: Integrating Spirituality into Patient Care.* West Conshohocken, PA: Templeton Press.

Swift, C., Calcutawalla, S., & Elliot, R. (2007). Nursing attitudes to wards recording of religious and spiritual data. *British Journal of Nursing*, *16*(20), 1279–1282.

*Wright, L. M. (2004). Spirituality, suffering, and illness: Ideas for healing. Philadelphia: F.A. Davis Co.

Estrés por sobrecarga

*Bodenheimer, T., MacGregor, K., & Sharifi, C. (2005). *Helping patients manage their chronic conditions*. Obtenido de www.chef.org/publications

Peaceful Parenting Institute. (2015). *Avoiding stress overload*. Obtenido de www.peacefulparent.com/avoiding-stress-overload/

U.S. Department of Health and Human Service. (2015). *Healthy people 2020*. Obtenido de www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives

Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante

Anderson, J. E. (2000). Co-sleeping: Can we ever put the issue to rest? *Contemporary Pediatrics, 17*(6), 98–102, 109–110, 113–114.

Corwin, M. J. (2015). Sudden infant death syndrome. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/sudden-infant-death-syndrome-risk-factors-and-risk-reduction-strategies

Edelman, C. L., Kudzma, E. C., & Mandle, C. L. (2014). *Health promotion throughout the life span* (8th ed.). St. Louis: C.V. Mosby.

Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica

Price, C. S., Williams, A., Philips, G., Dayton, M., Smith, W., & Morgan, S. (2008). *Staphylococcus aureus* nasal colonization in preoperative orthopaedic outpatients. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, *466*(11), 2842–2847.

Deterioro de la eliminación urinaria

Davis, N. J., Vaughan, C. P., Johnson, T. M., Goode, P. S., Burgio, K. L., Redden, D. T., & Markland, A. D. (2013). Caffeine intake and its association with urinary incontinence in United States men: Results from National Health and Nutrition Examination Surveys 2005–2006 and 2007–2008. *The Journal of Urology*, *189*(6), 2170–2174.

Derrer, D. (2014). Diet, drugs and urinary incontinence. WebMD. Obtenido de www.webmd.com/urinary-incontinence-oab/urinary-incontinence-diet-medications-chart?page=2

DuBeau, C. E. (2014). Treatment and prevention of urinary incontinence in women. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/home

DuBeau, C. (2015). Epidemiology, risk factors, and pathogenesis of urinary incontinence in women. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/epidemiology-risk-factors-and-pathogenesis-of-urinary-incontinence-in-women

Gleason, J. L., Richter, H. E., Redden, D. T., Goode, P. S., Burgio, K. L., & Markland, A. D. (2013). Caffeine and urinary incontinence in US women. *International Urogynecology Journal*, *24*(2), 295–302.

Holroyd-Leduc, J., Tannenbaum, C., Thorpe, K., & Straus, S. (2008). What type of urinary incontinence does this woman have? *Journal of the American Medical Association*, *299*, 1446–1456.

Lukacz, E. (2015). Treatment of urinary incontinence in women. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/treatment-of-urinary-incontinence-in-women

Mayo Clinic. (2012). Kegel exercises: A how-to guide for women. In *Healthy lifestyle/women's health*. Obtenido de www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/womens-health/in-depth/kegel-exercises/art-20045283?pg=1

*Morant, C. A. (2005). ACOG guidelines on urinary incontinence in women. *American Family Physician, 72*(1), 175–178.

National Clinical Guideline Centre. (2010). *Nocturnal enuresis: The management of bedwetting in children and young people*. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (Clinical Guideline No. 111). Obtenido de www.guideline.gov/content.aspx?id=25680

*Nygaard, I. E., Thompson, F. L., Svengalis, S. L., & Albright, J. P. (1994). Urinary incontinence in elite nulliparous athletes. *Obstetrics & Gynecology*, *84*(2), 183–187.

Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*(12th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

*Smith, D. B. (2004). Female pelvic floor health: A developmental review. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, *31*(3), 130–137.

Testa, A. (2015). Understanding urinary incontinence in adults. *Society of Urologic Nurses and Associates, 35*, 82–86.

Tu, N. D., Baskin, L. S., & Amhym, A. M. (2014). Nocturnal enuresis in children: Etiology and evaluation. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/nocturnal-enuresisin-children-etiology-and-evaluation

Wilkinson, J., & Van Leuven, K. (2007). *Fundamentals of nursing: Theory, concepts & applications*. Philadelphia: F.A. Davis.

Wilson, P., Berghmans, B., Hagen, S., Hay-Smith, J., Moore, K., Nygaard, I., . . . Wyman, J. (2005) Adult conservative management in incontinence. In: *Incontinence Volume 2: Management*. Paris: International Continence Society Health Publication.

SECCIÓN 2: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Allender, J. A., Rector, C., & Warner, K. (2014). *Community health nursing* (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

*Bodenheimer, T., MacGregor, K., & Sharifi, C. (2005). *Helping patients manage their chronic conditions*. Obtenido el 10 de enero de 2007 de: www.chef.org/publications

*Blackburn, S. (1993). Assessment and management of neuralgic dysfunction. In C. Kenner, A. Brueggemeyer, & L. Gunderson (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders.

*Breslow, D., & Hron, B. G. (2004). Time-extended family interviewing. *Family Process, 16(1)*, 97–103 (reprint, March 1977).

Edelman, C. L., Kudzma, E. C. & Mandle, C. L. (2014). *Health promotion throughout the Life span* (8th ed.). St. Louis: C.V. Mosby.

*Gordon, M. (2002). *Manual of nursing diagnosis*. St. Louis: Mosby-Year Book.

*Vandenberg, K. (1990). The management of oral nippling in the sick neonate, the disorganized feeder. *Neonatal Network*, *9*(1), 9–16.

SECCIÓN 3: MANUAL DE PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

Barbar, S., Noventa, F., Rossetto, V., Ferrari, A., Brandolin, B., Perlati, M., . . . Prandoni, P. (2010). A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: The Padua Prediction Score. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, *8*(11), 2450–2457.

Barrisford, G., & Steele, G. S. (2014). Acute urinary retention. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/acute-urinary-retention

Bordeianou, L., & Yeh, D. D. (2015). Epidemiology, clinical features, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-features-and-diagnosis-of-mechanical-small-bowel-obstruction-in-adults

Chow, E., Bernjak, A., Williams, S., Fawdry, R. A., Hibbert, S., Freeman, J., . . . Heller, S. R. (2014). Risk of cardiac arrhythmias during hypoglycemia in patients with type 2 diabetes and cardiovascular risk. *Diabetes*, *63*(5), 1738–1747.

Chu, Y. F., Jiang, Y., Meng, M., Jiang, J. J., Zhang, J. C., Ren, H. S., & Wang, C. T. (2010). Incidence and risk factors of gastrointestinal bleeding in mechanically ventilated patients. *World J Emergency Medicine*, *1*(1), 32–36.

Deegens, J. K., & Wetzels, J. F. (2011). Nephrotic range proteinuria. In John T. Daugirdas (Ed.), *Handbook of chronic kidney disease management* (pp. 313–332). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Eriksson, E. A., Schultz, S. E., Cohle, S. D., & Post, K. W. (2011). Cerebral fat embolism without intracardiac shunt: A novel presentation. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, *4*(2), 309–312.

Fazia, A., Lin, J., & Staros, E. (2012). *Urine sodium*. Obtenido el 28 de diciembre de 2012 de: http://emedicine.medscape.com/article/2088449-overview#showall

Halloran, R. S. (2009). Caring for the patient with inflammatory response, shock, and severe sepsis caring for the patient with inflammatory response, shock, and severe sepsis (Chap. 61). In Osborn, K. (Ed.), *Medical surgical nursing: Preparation for practice* (Vol. 1). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Heist, E. K., & Ruskin, J. N. (2010). Drug-induced arrhythmia. *Circulation, 122*(14), 1426–1435.

Institute for Clinical System Improvement [ICSI]. (2008). *Health care guideline: Venous*

thromboembolism prophylaxis (5th ed.). Bloomington, MN: Author. Obtenido de www.icsi.org

Kovesdy, C. P., Kopple, J. D., & Kalantar-Zadeh, K. (2015). Inflammation in renal insufficiency. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/inflammation-inrenal-insufficiency

Labs on Line. (2014). Obtenido de https://labtestsonline.org/

Mabvuure, N. T., Malahias, M., Hindocha, S., Khan, W., & Juma, A. (2012). Acute compartment syndrome of the limbs: Current concepts and management. *The Open Orthopaedics Journal*, *6*(1), 535–543.

McCutcheon, T. (2013). The Ileus and Oddities After Colorectal Surgery. *Gastroenterology Nursing*, *36*(5), 368–375.

National Quality Forum. (2011). *Serious reportable events in healthcare—2011 update: A consensus report*. Obtenido de www.qualityforum.org/projects/hacs_and_sres.aspx

Neviere, R. (2015). Sepsis and the systemic inflammatory response syndrome: Definitions, epidemiology, and prognosis. In *Up-ToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/sepsis-andthe-systemic-inflammatory-response-syndrome-definitions-epidemiology-and-prognosis

O'Dowd, L. C., & Kelle, M. A. (2015). Air embolism. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/air-embolism

*Lynn-McHale Wiegand, D. J., & Carlson, K. K. (2005). *AACN procedure manual for critical care.* St. Louis, MO: Elsevier.

Payne, A. B., Miller, C. H., Hooper, W. C., Lally, C., & Austin, H. D. (2014). High factor VIII, von Willebrand factor, and fibrinogen levels and risk of venous thromboembolism in blacks and whites. *Ethnicity & Disease*, *24*(2), 169–174.

Pereira de Melo, R., Venícios de Oliveira Lopes, M., Leite de Araujo, T., de Fatima da Silva, L., Aline Arrais Sampaio Santos, F., & Moorhead, S. (2011). Risk for decreased cardiac output: Validation of a proposal for nursing diagnosis. *Nursing in Critical Care*, *16*(6), 287–294.

The Renal Association. (2013). *Clinical practice guidelines*. Obtenido de www.renal.org/information-resources/the-uk-eckd-guide/ckd-stages#sthash.B1UX7gPz.3q8WiJDw.dpbs

Schmidt, A., & Mandel, J. (2012). Management of severe sepsis and septic shock in adults. In *UpToDate.*Obtendio el 19 de enero de 2013 de: www.uptodate.com/contents/management-of-severe-sepsis-and-septic-shock-in-adults

Shadgan, B., Menon, M., Sanders, D., Berry, G., Martin, C., Duffy, P., Stephen, D., O'Brien, P. J. (2010). Current thinking about acute compartment syndrome of the lower

extremity. *Canadian Journal of Surgery*, *53*(5), 329–334.

Shaughnessy, K. (2007). Massive pulmonary embolism. *Critical Care Nurse, 27*(1), 39–51.

Stracciolini, A., & Hammerberg, E. M. (2014). Acute compartment syndrome of the extremities. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/acutecompartment-syndrome-of-the-extremities

Urinary Retention. (2012,). Obtenido de http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/UrinaryRetention/

Weinhouse, G. L. (2016). Fat embolism syndrome. In *UpToDate*. Obtenido de www.uptodate.com/contents/fat-embolism-syndrome

APÉNDICES

*Cornish, P. L., Knowles, S. R., Marchesano, R., Tam, V., Shadowitz, S., Juurlink, D. N., & Etchells, E. E. (2005). Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Archives of Internal Medicine*, *165*(4), 424–429.

DeWalt, D. A., Callahan, L., Hawk, V. H,. Broucksou, K. A., & Hink, A. (2010). *Health literacy universal precautions tool kit*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Obtenido de www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthliteracytoolkit.pdf

Entwistle, V. A., McCaughan, D., Watt, I. S., Birks, Y., Hall, J., Peat, M., . . . Wright, J. (2010). Speaking up about safety concerns: Multi-setting qualitative study of patients' views and experiences. *Quality and Safety in Health Care*, *19*(6), e33–e33.

Franz, M. G., Robson, M. C., Steed, D. L., Barbul, A., Brem, H., Cooper, D. M., . . . Wiersema-Bryant, L. (2008). Guidelines to aid healing of acute wounds by decreasing impediments of healing. *Wound Repair and Regeneration*, *16*(6), 723–748.

Frosch, D. L., & Elwyn, G. (2014). Don't blame patients, engage them: Transforming health systems to address health literacy. *Journal of Health Communication*, *19*(Suppl 2), 10–14.

Frosch, D. L., May, S. G., Rendle, K. A., Tietbohl, C., & Elwyn, G. (2012). Authoritarian physicians and patients' fear of being labeled 'difficult'among key obstacles to shared decision making. *Health Affairs*, *31*(5), 1030–1038.

*Hibbard, J. H., & Cunningham, P. J. (2008). How engaged are consumers in their health and health care, and why does it matter? Findings from HSC No. 8: Providing insights that contribute to better health policy. Washington, DC: HSC *Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy.*U.S. Dept. of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics. Obtenido de

http://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf

Morse, J. M. (1997). *Preventing patient falls*. Thousand Oaks: Sage Broda

*National Association of Adult Literacy. (2003). Health literacy of America's adults: Results of the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). Obtenido de https://nces.ed.gov/naal/

Pear, S. M. (2007). *Managing infection control: Patients risk factors and best practices for surgical site infection prevention* (pp. 56–63). Tucson, AZ: University of Arizona.

*Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed 'Up and Go' test: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of American Geriatric Society*. 1991, 39:142–148 Obtenido el 2 de agosto de 2012 de: www.fallrventiontaskforce.orgpdf.TimedUpandGoTest.pdf

Price, C. S., Williams, A., Philips, G., Dayton, M., Smith, W., & Morgan, S. (2008). *Staphylococcus aureus* nasal colonization in preoperative orthopaedic outpatients. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, *466*(11), 2842–2847.

*Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, *16*(2), 207–214.

*Roter, D. L., Rune, R. E., & Comings, J. (1998). Patient literacy: A barrier to quality of care. *Journal General Internal Medicine*, *13*(12), 850–851.

Sofaer, S., & Schumann, M. J. (2013). *Fostering successful patient and family engagement*. This White Paper was prepared for the Nursing Alliance for Quality Care with grant support from the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); Approved. Obtenido de www.naqc.org/WhitePaper-PatientEngagement

Sørensen, L. T. (2012). Wound healing and infection in surgery: The pathophysiological impact of smoking, smoking cessation, and nicotine replacement therapy: A systematic review. *Annals of Surgery*, *255*(6), 1069–1079. Obtenido de http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1151013

Weiss, B. D. (2007). *Health literacy and patient safety: Help patients understand*. American Medical Association. Obtenido de http://med.fsu.edu/userFiles/file/ahec_health_clinicians_manual.pdf

*White, S., & Dillow, S. (2005). Key concepts and features of the 2003 National Assessment of Adult Literacy. National Center for Education Statistics. Obtenido de http://nces.ed.gov/NAAL/PDF/2006471.PDF

*Williams, M. V., Parker, R. M., Baker, D. W., Parikh, N. S., Pitkin, K., Coates, W. C., & Nurss, J. R. (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA*, *274*(21), 1677–1682.

Índice

Nota: Los números de página seguidos de una letra *t* o *c* indican tablas y cuadros, respectivamente. Los diagnósticos de enfermería aparecen en **negritas**.

A

Aborto inducido, 761-762

Abrasión corneal, **riesgo de**, 447

Abuso de alcohol, 216

Abuso de cocaína, **riesgo de complicaciones de**, 613

Abuso del anciano, 182

Abuso infantil, 180-181

Abuso sexual, 535

Accidente cerebrovascular (ACV), 507

Actitud de "puedo hacerlo", 32

Actividades de la vida diaria (AVD), 510

Adolescentes. *Véase* Trastornos pediátricos/del adolescente

Aflicción crónica, 586-589

Afrontamiento de la comunidad, disposición para mejorar el, 662-666

Afrontamiento defensivo, 157-161

  ineficaz, 172-175

Afrontamiento, disposición para mejorar el, 660-662

Afrontamiento familiar

  comprometido, 175-176

  disposición para mejorar el, 668-669

  incapacitante, 176-182

Agresión sexual, 535

Aislamiento

  duelo, 244

  duelo complicado, 254-255

Aislamiento social, 584-585

Alcoholismo, 767-768

Alimentación por sonda, 190

Alimentos contaminados, 190
Alimentos dietéticos, 189
Alteraciones cardiovasculares, 129
Alteraciones de líquidos y electrólitos, 129
Ambulación, deterioro de la, 369-370
Amenaza a la autoestima, 224
Angina pectoris, 757
Angioplastia, 769
Anorexia nerviosa, 535
Ansiedad, 46-54
  factores que interrumpen, 52
  relacionada con un entorno o procedimiento desconocido, 345
Ansiedad ante la muerte, 54-58
Ántrax, 141, 314*t*
Arritmias, riesgo de complicaciones de, 703-706
Asesores, 26
Asfixia, riesgo de, 333
Aspiración, riesgo de, 325-328
Ataque, 535
Autoconcepto
  disposición para mejorar el, 688-689
  riesgo de trastorno del, 507
  trastorno del, 526-530
Autocuidado, déficit de, 356, 383
  alimentación, 507, 512-515
  baño, 507, 515-518
  instrumental, 508, 521-523
  uso del inodoro, 508, 524-526
  vestido, 508, 518-521
Autocuidado, disposición para mejorar el, 688
Autoestima
  baja, crónica, 528, 542-545
  baja, situacional, 546-549
    riesgo de, 549-550
  riesgo de, baja, crónica, 545-546
  trastorno de la, 539-542
Autolesión, riesgo de, 551-556
Automutilación, 552, 556-557

riesgo de, 557-559

B

Bacillus anthracis, 141
Bacteria coliforme, 142
Baja autoestima, 539-542
Baja autoestima crónica (BAC), 528, 542-545
riesgo de, 545-546
Baja autoestima situacional, 528, 546-549
riesgo de, 549-550
Baja autoimagen, 528, 530-537
Baja autoimagen, alteración de la imagen corporal, 528, 530-537
Bienestar espiritual, disposición para mejorar el, 690-691
Boca seca, 104
Bulimia nerviosa, 535

C

Caídas, riesgo de, 328-332
Cansancio del rol de cuidador, 73-80, 213
riesgo de, 80-83
Capacidad adaptativa intracraneal, disminución de la, 342
Ciclos diurnos de 24 horas, 300
Cólera, 141
Comprensión empática, 51
Compromiso de la dignidad humana, **riesgo de**, 293-296
Comunicación
deterioro de la, 121-126
disposición para mejorar la, 659-660
verbal, deterioro de la, 126-128
Comunicación alternativa, 124
Condiciones obstétricas/ginecológicas, 761-762
Condiciones que requieren atención de enfermería, 11-20*c*
Conducta desorganizada del lactante, 296-304
riesgo de, 304
Conducta organizada del lactante, **disposición para mejorar la**, 677-680
Conflicto de decisiones, 183-187
Conflicto de valores, 187

Conflicto del rol parental, 421
Confort
disposición para mejorar el, 659
Confusión, 131
aguda, 128-133
crónica, 134-138
riesgo de, aguda, 134
Confusión aguda, 128-133
riesgo de, 134
Confusión crónica, 131, 134-138
Conocimientos
deficientes, 344-345
disposición para mejorar los, 681
Conocimientos deficientes, 344-345
Contaminación, 139-145
en la Comunidad
riesgo de, 147-148
en la familia, 146-147
riesgo de, 145-146
Contracciones vesicales, falta de inhibición de las, 647
Control de impulsos ineficaz, 161-163
Conversar con uno mismo, 548
Cryptosporidium (protozoa), 142
Culpa, 255

D

Decir la verdad, 97
Decúbito prono modificado, 338
Deficiencias nutricionales, 129
Déficit de actividades recreativas, 201-205
Déficit de autocuidado: alimentación, 507, 512-515
Déficit de autocuidado: baño, 507, 515-518
Déficit de autocuidado: instrumental, 508, 521-523
Déficit de autocuidado: uso del inodoro, 508, 524-526
Déficit de autocuidado: vestido, 508, 518-521
Déficit de volumen de líquidos, 226-231
riesgo de, 231-232

Déficit total de autocuidado, 510

Deglución, deterioro de la, 326, 396-400

Demencia, 77

Dentición, deterioro de la, 396

Depresión, 244-245, 255

Deprivación de sueño, 584

Desatención unilateral, 382-385

Descontaminación primaria, 145

Descontaminación secundaria, 145

Descuido personal, 381-382

Desempeño ineficaz del rol, 506-507

Desequilibrio del volumen de líquidos, riesgo de, 237

Desequilibrio electrolítico, riesgo de, 210-211

Desesperanza, 286-292

Despertares frecuentes, 574

Deterioro de la adaptación, 259

Deterioro de la ambulación, 369-370

Deterioro de la deglución, 326

Deterioro de la movilidad en la cama, 365-366

Deterioro de la movilidad física, 358-365

Deterioro del funcionamiento cognitivo, 285

Deterioro del mantenimiento del hogar, 382

Deterioro en la posición sedente, 367-368

Deterioro parental, 419-424

Díada materno/fetal, riesgo de alteración de la, 354-355

Diagnóstico enfermero de promoción de la salud, 21, 654

Diagnóstico enfermero de síndrome, 21

Diagnóstico enfermero posible, 21

Diagnósticos enfermeros, 10. *Véanse también diagnósticos enfermeros específicos por nombre*

- conjunto prioritario de, 25
- ejemplo clínico, 23-24
- enunciados diagnósticos, 21
- frente a problemas de colaboración, 8-20
- real, 23
- tipos de, 11-17*c*, 20-21
- uso de asesores/derivación, 26
- validación del cliente, 22-24

Diagnósticos enfermeros de riesgos, 21

Diagnósticos no prioritarios, 25-26
Diagnósticos prioritarios, 25
Diarrea, 188-193
Diarrea del viajero, 191
Difteria faríngea, 314*t*
Dignidad humana comprometida, riesgo de 293-296
Dignidad humana, riesgo de compromiso de la, 293-296
Disartria, 127
Disconfort, 86-92
Disfunción cardíaca/vascular/respiratoria, riesgo de complicaciones de, 696-702
Disfunción mecánica de la boca, 399
Disfunción neurovascular periférica, riesgo de, 621-622
Disfunción sexual, 569, 572-573
Disminución de capacidad de la vejiga, 646
Disreflexia autónoma, 206-210
  riesgo de, 210
Dolor, 300
  agudo, 92-101
  crónico, 101-106
  de parto, 110-117
Duelo, 240-248, 484, 587
  anticipado, 248-252
  complicado, 252-256
  riesgo de, 256-257

E

E. coli. Véase *Escherichia coli*
Edema pulmonar, 622
Efectos a exposición a agentes biológicos, 141
Efectos de exposición a agentes químicos, 140-141
Efectos de exposición a la polución, 143
Efectos de exposición a la radiación, 142
Efectos de exposición a productos de desecho, 142-143
Efectos por exposición a pesticidas, 139-140
Ejercicios de fortalecimiento del tobillo, 322
Eliminación urinaria
  deterioro de la, 624-627

disposición para mejorar la, 692
Embarazo
ansiedad, 53-54
sangrado, 59
sobrepeso, 412
Enfermedad del virus de Marburgo, 315*t*
Enfermedad vascular periférica (EVP), 5
Enojo
ansiedad, 53
duelo, 245
duelo complicado, 255
Enterotoxina estafilocócica B, 141
Entorno poco familiar, 223-224
Enunciado de dos partes, 21
Enunciado de tres partes, 22
Enunciados de una sola parte, 21
Enunciados diagnóstico, 21
Enuresis madurativa, 628-632
Epiglotis, 314*t*
Equilibrio de líquidos, disposición para mejorar el, 671-672
Eritema infeccioso, 314*t*
Eructo, 68
Escherichia coli 0157:H7 (*E. coli*), 141
Esperanza, disposición para mejorar la, 676
Espiritualidad, definición, 591
Estilo de vida sedentario, 350-353
Estreñimiento, 99
Estrés por sobrecarga, 600-605
EVP (enfermedad vascular periférica), 5

F

Fatiga, 30, 95, 442
Fiebre de Lassa, 141, 315*t*
Fiebre hemorrágica del ébola, 141
Fiebres hemorrágicas, 315*t*
Función hepática, riesgo de deterioro de la, 353-354
Función respiratoria, riesgo de, ineficaz, 486-489
Funcionamiento emocional, deterioro del, 285

G

Gasto cardíaco
disminución del, 72-73
riesgo de complicaciones de disminución de, 711-714
Gestión de la salud, **disposición para mejorar la**, 672-675
Gestión ineficaz de la salud, 382
Giardia lamblia (protozoos), 142
Glucemia inestable, riesgo de nivel de, 59-60
Grupos diagnósticos, 755-769

H

Habilidad para la traslación, deterioro de la, 372-374
Habilidades de escucha, 594
Habilidades para alimentar al lactante con tetina, 402
Helmintos (gusanos parásitos), 143
Hepatitis A, 143
Herpes zóster, 315*t*
Herramientas de autocontrol, 155
Higiene bucal, 450
Hipertensión paroxismal, 206
Hiperventilación, 501
Hipotensión ortostática, 321
Hipovolemia, riesgo de complicaciones de, 728-731
Hipoxemia, 505

I

Ictericia neonatal, 342-343
riesgo de, 343-344
Identidad personal
riesgo de trastorno de la, 538
trastorno de la, 537-538
Identificar el riesgo antes de la hospitalización, 2
Íleo paralítico, riesgo de complicaciones por, 750-754
Impotencia, 288-289, 436-440
riesgo de, 441
Impotencia circunstancial, 437-438
Incapacidad para realizar las actividades domésticas, 285

Incontinencia
fecal, 60-63
urinaria continua, 642-644
urinaria de esfuerzo, 639-642
urinaria de urgencia, 644-647
riesgo de, 648
urinaria funcional, 632-636
urinaria por rebosamiento, 648-651
urinaria refleja, 637-639
Incredulidad de otros, 94
Incumplimiento, 386-387
Infección(es)
riesgo de, 305-311, 442
riesgo de transmisión de, 307, 312-317
Infecciones transmisibles por vía aérea 314-317*t*
Insomnio, 577, 582-583
Insuficiencia/falla renal, riesgo de complicaciones de, 738-745
Insuficiencia pulmonar crónica, 32-33
Integridad cutánea, **deterioro de la**, 458, 459
riesgo de, 459-460
Integridad tisular
deterioro de la, 456-458
riesgo de integridad corneal, 458
Intercambio de gases, deterioro del, 487, 491, 504
Interrupción de procesos familiares, 176, 211-215
Intervenciones geriátricas
por afrontamiento familiar incapacitante, 182
por afrontamiento ineficaz, 157
por ansiedad, 54
por baja autoestima situacional, 549
por conflicto de decisiones, 187
por déficit de actividades recreativas, 205
por desequilibrio nutricional, 394-396
por deterioro de la comunicación, 125-126
por diarrea, 193
por dolor crónico, 105-106
por riesgo de infección, 311
por riesgo de lesión, 324-325

por [síndrome] de estrés del traslado, 480
por trastorno del patrón de sueño, 582
Intervenciones enfermeras, 8
Intervenciones maternales por ansiedad, 53-54
por desequilibrio nutricional, 394
por deterioro de la mucosa oral, 454
por duelo, 247-248
por exceso de volumen de líquidos, 234-237
por incontinencia urinaria de esfuerzo, 641-642
por náusea, 120-121
por riesgo de sobrepeso, 416-417
por trastornos de la imagen corporal, 536-537
por trastorno del patrón de sueño, 582
Intervenciones pediátricas
por afrontamiento familiar incapacitante, 180-181
por afrontamiento ineficaz, 156-157
por ansiedad, 53
por baja autoestima situacional, 549
por cansancio del rol de cuidador, 79-80
por conflicto de decisiones, 187
por déficit de actividades recreativas, 205
por déficit de volumen de líquidos, 229-231
por desequilibrio nutricional, 392-394
por disconfort, 91-92
por deterioro de la comunicación, 125
por deterioro de la comunicación verbal, 128
por deterioro de la mucosa oral, 453-454
por diarrea, 192-193
por dolor agudo, 96-101
por dolor crónico, 106
por duelo, 246-247
por impotencia, 440
por limpieza ineficaz de las vías aéreas, 500
por patrón sexual ineficaz, 572
por riesgo de infección, 311
por riesgo de lesión, 323
por riesgo de sobrepeso, 418-419
por riesgo de suicidio, 565-566
por riesgo de síndrome de desuso, 200-201

por sufrimiento espiritual, 594
por temor, 225
por trastorno de la imagen corporal, 535-536
por trastorno del patrón de sueño, 581-582
Intervenciones prescritas por la enfermera, 8-9
Intervenciones prescritas por médicos, 8-9
Intolerancia a la actividad, 28-33, 501
relacionado con la oxigenación insuficiente para actividades de la vida cotidiana, 504
Intrusión en el espacio personal, 224
Irritantes para la vejiga, 646

J

Justificaciones
por riesgo de complicaciones de arritmias, 704-706
por riesgo de complicaciones de disminución del gasto cardíaco, 712-714
por riesgo de complicaciones de hipovolemia, 730-731
por riesgo de complicaciones de insuficiencia/falla renal, 740-745
por riesgo de complicaciones de retención urinaria aguda, 736-737
por riesgo de complicaciones de sangrado, 708-711
por riesgo de complicaciones de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)/sepsis, 733-735
por riesgo de complicaciones de trombosis venosa profunda, 721-728
por riesgo de complicaciones por íleo paralítico, 752-754
por riesgo de complicaciones por sangrado GI, 748-750
por riesgo de complicaciones por síndrome compartimental, 715-718

L

Labilidad emocional, 168-171
Lactancia materna
disposición para mejorar la, 657-658
ineficaz, 63-70
interrupción de la, 70
Lactantes. *Véase* Neonatos; Intervenciones pediátricas; Trastornos pediátricos/del adolescente
Leche materna insuficiente, 71-72
Lesión
postural perioperatoria, riesgo de, 335-338
riesgo de, 280-288, 317-325, 356
Lesión corneal, riesgo de, 444-455

Lesión en el tracto urinario, riesgo de, 338-341
Lesión postural perioperatoria, riesgo de, 335-338
Lesión térmica, riesgo de, 334-335
Limpieza ineficaz de las vías aéreas, 487, 491, 497-500

M

Maniobra de Credé, 650
Maniobra de Valsalva, 650
Mantenimiento del hogar, deterioro del, 281-285
Mantenimiento ineficaz de la salud, 259-260, 275-281
Mastitis, 69
Memoria, deterioro de la, 355-357
Meningitis *Haemophilus influenzae*, 315*t*
Meningococemia, 316*t*
Microorganismos multirresistentes 316*t*
Minimización de la cantidad de pérdida de cabello, 534
Modelo bifocal de práctica clínica, 8
Monotonía, 94
Motilidad gastrointestinal disfuncional, 238-239
  riesgo de, 239-240
Movilidad
  en la cama, deterioro de la, 365-366
  en silla de ruedas, deterioro de la, 370-371
  física, deterioro de la, 358-365
Movilidad de las extremidades, 198
Mucosa oral, deterioro de la, 448-454

N

Nada por vía oral (NPO), estado, 88
Náusea, 117-121
Negación, 244
Negación ineficaz, 163-167
Neisseria meningitidis, 316*t*
Neonatos
  con sobrepeso, 411
  normales, 763
Neumonía meningococígea, 316*t*

Neumonía, 316*t*
Niños. *Véase* Neonatos; Intervenciones pediátricas; Trastornos pediátricos/del adolescente
Nivel de glucemia inestable, riesgo de, 59-60
Nutrición, disposición para mejorar la, 681-682
Nutricional, desequilibrio, 388-396

O

Obesidad, 404-410
Observancias espirituales, 598
Ojo seco, riesgo de, 446-448
Oración, 598

P

Paperas, 316*t*
Paquetes de recuerdos, 247
Parálisis/paresia muscular, 399
Patrón de alimentación ineficaz del lactante, 400-403
Patrón del sueño, trastorno del, 574-582
Patrón sexual ineficaz, 566-572
Patrones de respiración ineficaz, 487, 491, 500-503
Perfusión gastrointestinal ineficaz, riesgo de, 615-616
Perfusión renal ineficaz, riesgo de, 622-624
Perfusión tisular cardíaca, riesgo de disminución de la, 612-613
Perfusión tisular cerebral ineficaz, riesgo de, 613-615
Perfusión tisular ineficaz, 611-612
Perfusión tisular periférica ineficaz, 616-620
  riesgo de, 620
Pertusis, 316*t*
Plaga, 316*t*
Plan de cuidados, creación
  documentación, 8
  evaluación del estado de la persona, 7
  factores de riesgo adicionales, 6-7
  finalización, 6
  identificación de las fortalezas, 3-4
  identificación de riesgos, 2-3
  inicial, 4

preparación, 6
revisión, 4-6
revisión de problemas de colaboración, 4
valoración, 1
Planificación ineficaz de las actividades, 33-34
riesgo de, 34-35
Poder, disposición para mejorar el, 683
Posición bípeda, deterioro de la, 368-369
Posición sedente, deterioro de la, 367-368
Precauciones al viajar al extranjero, 189
Preguntas de evaluación, 10*c*
Prevención de enfermedades transmitidas por alimentos, 191
Prevención primaria y secundaria de afecciones relacionadas con la edad, 267-274
Problemas de colaboración, 693. *Véanse también problemas de colaboración específicos por nombre*
diagnósticos enfermeros frente a, 8-20
evaluación del estado de la persona, 7
revisión de, 4
tipos de, 17-20*c*
Problemas del desarrollo relacionados con una enfermedad crónica, 765-766
Procedimiento de descontaminación, 145
Procedimientos quirúrgicos, cirugía general, 759-760
Proceso de maternidad, 83-85
disposición para mejorar el, 658-659
riesgo de, ineficaz, 85-86
Procesos familiares
disfuncionales, 216-220
disposición para mejorar los, 669-671
interrupción de los, 176, 211-215
Productos alternativos sin látex, 346
Protección ineficaz, 441-444
Psicosis, 535
Puntos de presión sobre las venas, 235

Q

Quimioterapia, 534-535

R

Rasgos de impotencia, 437-438

Reacción adversa a medios de contraste yodados, riesgo de, 35-40

Recordatorios auditivos, 357

Recuperación quirúrgica, retraso en la, 607-608

Reducción del riesgo de aspiración por sondas y alimentación gastrointestinal, 327-328

Reencuadre cognitivo, 291

Reenfoque del tiempo, 292

Referencias, 26

Relación

disposición para mejorar la, 684-685

ineficaz, 474-475

riesgo de, ineficaz, 475

Religiosidad

deterioro de la, 596-599

disposición para mejorar la, 685-686

riesgo de deterioro de la, 599-600

Religiosidad, definición, 591

Resiliencia

deterioro de la, 484-485

disposición para mejorar la, 686-688

riesgo de deterioro de la, 484

Respiración con los labios fruncidos, 32

Respiración diafragmática, 32

Respuesta alérgica al látex, 345-348

riesgo de, 348-349

Respuesta alérgica, riesgo de, 41-46

Respuesta ventilatoria disfuncional al destete (DVWR), 489-494

riesgo de, 494-496

Retención fecal, 207

Retención urinaria aguda, riesgo de complicaciones de, 735-737

Retraso en la recuperación quirúrgica, riesgo de, 608-611

Ricino, 141

Riesgo de alteración de la díada materno/fetal, 354-355

Riesgo de disfunción neurovascular periférica, 621-622

Riesgo de intoxicación, 333

Riesgo de nivel de glucemia inestable, 59-60

Riesgo de sobrepeso del adulto/adulto anciano, 414

Rol parental, disposición para mejorar el, 682

Rubéola, 316*t*

Ruido, 301-302

S

Salmonela, 141

Salud deficiente de la comunidad, 257-258

Salud, definición, 276

Sangrado

riesgo de, 58-59

riesgo de complicaciones de, 58-59, 706-711

Sangrado GI, riesgo de complicaciones de, 746-750

Sarampión (rubéola), 315*t*

Shock, riesgo de, 573-574

Silla de ruedas, deterioro de la movilidad en, 370-371

Síndrome compartimental, 622

riesgo de complicaciones de, 714-718

Síndrome de desuso, 458, 487

riesgo de, 193-201, 360

[Síndrome] de estrés del traslado, 476-480

riesgo de, 480-483

Síndrome de final de la vida, 56

Síndrome de Horner, 206

Síndrome de muerte súbita del lactante, riesgo de, 605-607

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)/sepsis, riesgo de complicaciones de, 731-735

Síndrome de trauma posviolación, 430-435

Síndrome del déficit de autocuidado, 507-512

Síndrome postraumático, 424-429

riesgo de, 430

Sobrepeso, 410-412

riesgo de, 413-419

Soledad, riesgo de, 585

Solución de rehidratación oral, 191

Somníferos, 582

Sueño, disposición para mejorar el, 689-690

Sufrimiento espiritual, 589-594

riesgo de, 595

Sufrimiento moral, 374-378

riesgo de, 378-381

Suicidio, riesgo de, 552, 559-566

evaluación del grado de riesgo de, 562-563*t*

T

Técnica disciplinaria de "Tiempo fuera", 423

Técnicas de facilitación para la eliminación fecal, 63

Técnicas de resolución de problemas, 155

Técnicas de respiración controlada consciente, 32

Temor, 49, 94-95, 187, 220-225, 255, 598

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, 259-264, 405

Terapia de juego, 201

Toma de decisiones, disposición para mejorar la, 666-667

autonomía para la, 667-668

Trastorno de la identidad personal, 537-538

riesgo de, 538

Trastorno del autoconcepto, 526-530

riesgo de, 507

Trastorno del sistema nervioso central (SNC), 130

Trastornos autonómicos, 327

Trastornos de salud mental, alcoholismo, 767-768

Trastornos endocrinos, 130

Trastornos metabólicos, 130

Trastornos musculoesqueléticos, 87

Trastornos pediátricos/del adolescente, problemas/necesidades del desarrollo relacionados con una enfermedad crónica, 765-766

Trastornos respiratorios, 130

Trastornos vasculares, 87

Trastornos viscerales, 87

Trauma vascular, riesgo de, 651-652

Traumatismo, riesgo de, 335

Trombosis venosa profunda, riesgo de complicaciones de, 719-728

Tuberculosis, 317*t*

U

Úlcera por presión, riesgo de, 467-473

Úlcera por presión, riesgo de complicaciones de, estadio IV, 458

Úlceras por presión, 198, 458

Úlceras por presión, 460-467

V

Valoración, 23

Valoración de la salud/promoción de la salud, 654-657

Varicela, *314t*,

Vejiga sobredistendida, 647

Ventilación espontánea, deterioro de la, 505

Vías respiratorias, 311

Vías urinarias, 310

Vibrio cholerae, 141

Violencia definida, 552-553

Viruela, 141

Virus de la viruela, 141

Virus entérico, 143

Volumen de líquidos

- **déficit de**, 226-231
- **exceso de**, 232-237
- **riesgo de déficit del**, 231-232
- **riesgo de desequilibrio del**, 237

Av. Carrilet, 3, 6.ª planta – Edificio D
Ciutat de la Justícia
08902 L'Hospitalet de Llobregat
Barcelona (España)
Tel.: 93 344 47 18
Fax: 93 344 47 16

Revisión científica
Lic. Teresa Gómez
Hospital Británico de Buenos Aires
M. en C. Sonia González Mejorada
Coordinadora de NANDA International Network Group México

Traducción:
Lic. Martha Elsa Mauri Hernández
Dirección editorial: Carlos Mendoza
Editor de desarrollo: Cristina Segura Flores
Gerente de mercadotecnia: Juan Carlos García
Cuidado de la edición: Olga Sánchez Navarrete
Diseño de portada:
Maquetación: Carácter Tipográfico/Eric Aguirre • Aarón León • Ernesto A. Sánchez
Impresión: R.R. Donnelley Shenzen
Impreso en China

Se han adoptado las medidas oportunas para confirmar la exactitud de la información presentada y describir la práctica más aceptada. No obstante, los autores, los redactores y el editor no son responsables de los errores u omisiones del texto ni de las consecuencias que se deriven de la aplicación de la información que incluye, y no dan ninguna garantía, explícita o implícita, sobre la actualidad, integridad o exactitud del contenido de la publicación. Esta publicación contiene información general relacionada con tratamientos y asistencia médica que no debería utilizarse en pacientes individuales sin antes contar con el consejo de un profesional médico, ya que los tratamientos clínicos que se describen no pueden considerarse recomendaciones absolutas y universales.

El editor ha hecho todo lo posible para confirmar y respetar la procedencia del material que se reproduce en este libro y su copyright. En caso de error u omisión, se enmendará en cuanto sea posible. Algunos fármacos y productos sanitarios que se presentan en esta publicación sólo tienen la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) para un uso limitado al ámbito experimental. Compete al profesional sanitario averiguar la situación de cada fármaco o producto sanitario que pretenda utilizar en su práctica clínica, por lo que aconsejamos la consulta con las autoridades sanitarias competentes.

Derecho a la propiedad intelectual (C. P. Art. 270)

Reservados todos los derechos.
Copyright de la edición en español © 2017 Wolters Kluwer
ISBN edición en español: 978-84-16781-49-2
Depósito legal:
Edición española de la obra original en lengua inglesa Handbook of Nursing Diagnosis
Lynda Juall Carpenito. — Fifteenth edition. publicada por Wolters Kluwer.
Copyright © 2017, Lippincott Williams & Wilkings, a Wolters Kluwer WILKINS, a
WOLTERS KLUWER business
ISBN edición original: 978-1-4963-3839-6
Two Commerce Square
2001 Market Street
Philadelphia, PA 19103 USA