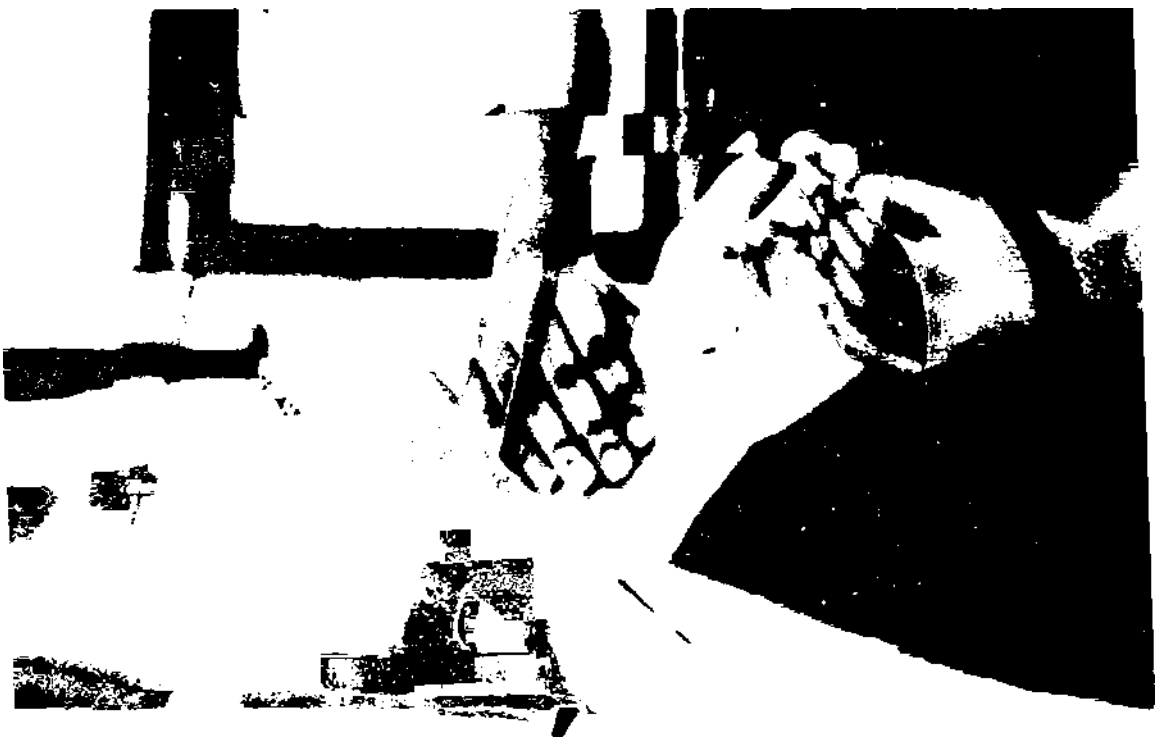
NANDA International



DIAGNÓSTICOS ENFERMERO^

Definiciones y clasificación

2015-2017

NANDA International, Inc.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN

2015-2017

Editado por

T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI

y

Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI

Ámsterdam Barcelona Bcijing Boston Filadelfia Londres Madrid
México Milita Múnich Orlando París Roma Sídney Tokio Toronto

ELSEVIER

Versión en español de la obra original en inglés
NANDA International. Nursing Diagnoses: Deflnitions & Classification, 2015-2017

Copyright © 2014, 2012. 2009. 2007, 2005, 2003, 2001, 1998, 1996, 1994 NANDA International

All rights reserved. Authorised translation from the English language edition publishcd by John Wiley &• Sons Limited. Responsability íor the accnracy of the translation rcsts solely with Elsevier Iberoamérica and is not responsability oí John Wiley & Sons Limited. No part of this book may be rcproduced in any íorm without the written permission of the original copyright holder, John Wiley & Sons Limited.

Editor

T. Heather Herdman, PhD, RN

Traducción
Carme Espinosa Fresnedo
Diplomada en Enfermería; Bachelor in Science of Nursing; Postgraduated Degrec in Health Informatics; Profesora Asociada Faculta! de Ciéncies de la Salut Blanquema, Universitat Ramón LIull; Consultora Científica Grupo OES1A.

Revisión
Rosa González Gutiérrez-Solana
Graduada en Enfermería; Máster en Gestión de Calidad; Enfermera del Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.

Berta García Fragüela
Diplomada Universitaria en Enfermería; Licenciada en Enfermería; Máster en Ciencias de la Enfermería; Supervisora del Área de Formación en el Complexo Hospitalario Universitario A Coruña; Profesora Asociada de la Universidad de A Coruña.

Pablo Uriel Latorre
Diplomado Universitario en Enfermería; Máster en Economía; Profesor Asociado de la Universidad de A Coruña; Coordinador de la Unidad de Investigación Clínica y Ensayos Clínicos del IN1BIC del Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.

© 2015 Elsevier España. S.L.U.

Avda. Josep Tarradellas. 20-30, I.“ - 08029 Barcelona, España

Fotocopiar es un delito (Art. 270 C.P.)

Para que existan libros es necesario el trabajo de un importante colectivo (autores, traductores, dibujantes, correctores, impresores, editores...). El principal beneficiario de ese esfuerzo es el lector que aprovecha su contenido.

Quien fotocopia un libro, en las circunstancias previstas por la ley, delinque y contribuye a la «no» existencia de nuevas ediciones. Además, a corto plazo, encarece el precio de las ya existentes.

Este libro está legalmenie protegido por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier uso. fuera de los límites establecidos por la legislación vigente, sin el consentimiento del editor, es ilegal. Esto se aplica en particular a la reproducción, fotocopia, traducción, grabación o cualquier otro sistema de recuperación de almacenaje de información.

ISBN edición original; 978-1-118-91493-9
ISBN edición española (versión impresa): 978-84-9022-951-4
ISBN edición española (versión electrónica); 978-84-9113-038-3

Depósito legal (versión impresa): B 24645-2015
Depósito legal (versión electrónica): B 24646-2015
Producción editorial; DRK Edición

impreso en España

Cómo citar esta obra (American Psychological Association):
Herdman. T.H. (2012) (Ed.). *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación* 2012-2014. Barcelona; Elsevier

Contenidos

Directrices para la autorización de derechos de autor de NANDA International, Inc. *xix*
Prefacio *xxii*
Introducción *xx vi*
Sobre la página web complementaria *xxviii*

PARTE 1. CAMBIOS EN LA TERMINOLOGÍA NANDA INTERNATIONAL **I**

Introducción **3**
T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

¿Qué hay de nuevo en la edición 2015-2017 de *Diagnósticos y clasificación*? 4
Agradecimientos 4
Autores de capítulos 4
Revisores de capítulos 5
Revisora de la estandarización de los términos diagnósticos 5
Cambios en los diagnósticos de promoción de la salud y riesgo 5
Nuevos diagnósticos enfermeros, 2015-2017 5
Tabla 1.1 Nuevos diagnósticos enfermeros, 2015-2017 6
Diagnósticos enfermeros revisados, 2015-2017 7
Tabla 1.2 Diagnósticos enfermeros revisados, 2015-2017 8
Cambios en la posición de los diagnósticos actuales en la taxonomía II de N AND A-I, 2015-2017 11
Tabla 1.3 Cambios en la posición de diagnósticos enfermeros de NANDA-I, 2015-2017 11
Revisiones de las etiquetas de los diagnósticos en la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017 11
Diagnósticos enfermeros retirados de la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017 11
Tabla 1.4 Revisiones de las etiquetas de los diagnósticos enfermeros de NANDA-I, 2015-2017 12
Estandarización de los términos de indicadores diagnósticos 12
Tabla 1.5 Diagnósticos enfermeros retirados de la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017 13
Otros cambios realizados en la edición 2015-2017 15

PARTE 2. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS **17**

Capítulo 1. Fundamentos de los diagnósticos enfermeros 21
Susan Gallagher-Lepak. RN, PhD

Figura 1.1 Ejemplo de equipo de salud colaborativo 22
¿Cómo diagnostica una enfermera (o un estudiante de enfermería)? 23
Figura 1.2 El proceso de enfermería modificado 23
Comprender los conceptos enfermeros 24
Valoración 24
Diagnóstico enfermero 25
Tabla 1.1 Partes de la etiqueta de un diagnóstico enfermero 25
Tabla 1.2 Términos clave de un vistazo 26
Planificación/intervención 27
Evaluación 28
El uso del diagnóstico enfermero 28
Breve resumen del capítulo 29
Preguntas frecuentes sobre los diagnósticos enfermeros propuestas por los estudiantes noveles 30
Referencias bibliográficas 30

Capítulo 2. De la valoración al diagnóstico 31
T. Heather Herdman, RN, PhD, FN1
y Shigemi Kamitsuru, RN, PhD, FNI

¿Qué ocurre durante la valoración enfermera? 31
Figura 2.1 Etapas en el paso de la valoración al diagnóstico 32
¿Por qué deben valorar las enfermeras? 32
La valoración de cribado 34
No es una simple cuestión de «rellenar los espacios en blanco» 34
Marco para la valoración 35
¿Deberíamos usar la taxonomía II de NANDA-I como marco de valoración? 35
Análisis de datos 35
Figura 2.2 Convertir los datos en información 36
Datos subjetivos frente a datos objetivos 37
Agrupación de la información/detectar un patrón 39
Figura 2.3 El proceso de enfermería modificado 39
Identificar los diagnósticos enfermeros potenciales (hipótesis diagnósticas) 39
Valoración en profundidad 41
Figura 2.4 Valoración en profundidad 42
Confirmar/refutar diagnósticos enfermeros potenciales 43

Eliminar posibles diagnósticos 43
Nuevos diagnósticos potenciales 44
Diferenciar entre diagnósticos similares 44
Tabla 2.1 El caso de Carolina: comparación de las características definitorias y los factores relacionados identificados 45
Tabla 2.2 El caso de Carolina: comparación de dominios y clases de los diagnósticos potenciales 47
Figura 2.5 SEA PEQ: un instrumento de pensamiento para la toma de decisiones en referencia al diagnóstico 48
Enunciar un diagnóstico/priorizar 49
Resumen 50
Referencias bibliográficas 51

Capítulo 3. Introducción a la taxonomía II de NANDA-I 52
T. Heather Herdman, RN, PhD, FN1

Taxonomía: visualizar una estructura taxonómica 52
Figura 3.1 Dominios y clases para Comestibles Clasificados, SA. 54
Figura 3.2 Clases y conceptos para Comestibles Clasificados, SA. 55
Clasificación en enfermería 56
Figura 3.3 Taxonomía II de NANDA-I: dominios y clases 58
Figura 3.4 NANDA-I dominio 1, promoción de la salud, con clases y diagnósticos enfermeros 60
Usar la taxonomía II de NANDA-I 60
Estructurar el currículum de enfermería 60
Figura 3.5 Taxonomía II de NANDA-I: dominio actividad/reposo 61
Identificar un diagnóstico enfermero fuera de su área de experiencia 62
Figura 3.6 Uso de la taxonomía II de NANDA-I y de la terminología para identificar y validar un diagnóstico enfermero fuera del área de experiencia de la enfermera 63
Estudio de caso: Sra. Lendo 64
Figura 3.7 Diagnosticar a la Sra. Lendo 65
La taxonomía de diagnósticos enfermeros de NANDA-I: breve historia 65
Tabla 3.1 Dominios, clases y diagnósticos enfermeros en la taxonomía II de NANDA-I 66
Figura 3.8 Los siete dominios de la propuesta de taxonomía III 79

Figura 3.9 Dominios y clases de la propuesta de taxonomía III 80
Tabla 3.2 Propuesta de taxonomía III: dominios, clases y diagnósticos enfermeros 81
Referencias bibliográficas 90

Capítulo 4. Taxonomía II de NANDA-I: especificaciones y definiciones 91
T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI
Estructura de la taxonomía II 91
Figura 4.1 Modelo de referencia de terminología ISO para un diagnóstico enfermero 92
Un sistema multiaxial para construir conceptos diagnósticos 92
Figura 4.2 Modelo NANDA-I para un diagnóstico enfermero 93
Definición de los ejes 94
Eje 1 Foco del diagnóstico 94
Tabla 4.1 Focos de los diagnósticos enfermeros de NANDA-I 95
Eje 2 Sujeto del diagnóstico 97
Eje 3 Juicio 97
Eje 4 Localización 97
Tabla 4.2 Definiciones de los términos de los juicios para el eje 3, taxonomía II de NANDA-I 98
Tabla 4.3 Localización en el eje 4, taxonomía II de NANDA-I 100
Eje 5 Edad 100
Eje 6 Tiempo 100
Eje 7 Estado del diagnóstico 100
Desarrollo y presentación de un diagnóstico enfermero 101
Figura 4.3 Modelo de un diagnóstico enfermero NANDA-I: (individual) deterioro de la bipedestación 101
Figura 4.4 Modelo de un diagnóstico enfermero NANDA-I: riesgo de conducta desorganizada del lactante 102
Figura 4.5 Modelo de un diagnóstico enfermero NANDA-I: disposición para mejorar el afrontamiento familiar 102
Desarrollo adicional 103
Referencias bibliográficas 103
Otras lecturas recomendadas 104
Capítulo 5. Preguntas frecuentes 105
T. Heather Herdman, RN, PhD,

FN1
y Shigemi Kamitsuru, RN, PhD,
FNI

Preguntas básicas sobre los lenguajes estandarizados de enfermería 105
Preguntas básicas sobre NANDA-I 106
Preguntas básicas sobre los diagnósticos enfermeros 110
Preguntas sobre las características definitorias 117
Preguntas básicas sobre los factores relacionados 118
Preguntas sobre los factores de riesgo 119
Diferenciar entre diagnósticos enfermeros similares 120
Preguntas en relación con el desarrollo de un plan de tratamiento 122
Preguntas sobre la enseñanza/aprendizaje de los diagnósticos enfermeros 124
Preguntas sobre el uso de NANDA-I en los dosieres electrónicos de salud 127
Preguntas sobre el desarrollo y revisión de los diagnósticos 128
Preguntas sobre el texto *NANDA-I, Definiciones y clasificación* 128
Referencias bibliográficas 130

PARTE 3. LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE NANDA INTERNATIONAL 131

Consideraciones internacionales sobre el uso de los *Diagnósticos Enfermeros de NANDA-I* 133
T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

Dominio 1: Promoción de la salud 137
Clase 1. Toma de conciencia de la salud 139
Déficit de actividades recreativas - 00097 139
Estilo de vida sedentario - 00168 140
Clase 2. Gestión de la salud 141
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud - 00188 141
Disposición para mejorar la gestión de la salud - 00162 142
Gestión ineficaz de la salud - 00078 143
Gestión ineficaz de la salud familiar - 00080 144
Incumplimiento - 00079 145
Mantenimiento ineficaz de la salud - 00099 147
Protección ineficaz - 00043 148
Salud deficiente de la comunidad - 00215 149
Síndrome de fragilidad del anciano - 00257 150
Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano - 00231 151

Dominio 2: Nutrición **153**
Clase 1. Ingestión **155**
Deterioro de la **deglución - 00103** **155**
Disposición para mejorar la **lactancia** materna **- 00106** **157**
Interrupción de la **lactancia materna -00105** **158**
Lactancia materna ineficaz **- 00104** **159**
Leche materna insuficiente **- 00216** **161**
Disposición para mejorar la **nutrición - 00163** **162**
Desequilibrio **nutricional:** inferior a las necesidades corporales **- 00002** **163**
Obesidad - 00232 **164**
Patrón de alimentación ineficaz del lactante **- 00107** **166**
Sobrepeso - 00233 **167**
Riesgo de **sobrepeso - 00234** **169**
Clase 2. Digestión
Ninguno, por el momento
Clase 3. Absorción
Ninguno, por el momento
Clase 4. Metabolismo **171**
Riesgo de deterioro de la **función hepática - 00178** **171**
Riesgo de nivel de **glucemia** inestable **- 00179** **172**
Ictericia neonatal **- 00194** **173**
Riesgo de **ictericia** neonatal **- 00230** **174**
Clase 5. Hidratación **175**
Riesgo de **desequilibrio electrolítico - 00195** **175**
Disposición para mejorar el **equilibrio de líquidos - 00160** **176**
Déficit de **volumen de líquidos - 00027** **177**
Exceso de **volumen de líquidos - 00026** **178**
Riesgo de déficit de **volumen de líquidos - 00028** **179**
Riesgo de desequilibrio de **volumen de líquidos - 0002 5** **180**

Dominio 3: Eliminación e intercambio **181**
Clase 1. Función urinaria **183**
Deterioro de la **eliminación urinaria - 00016** **183**
Disposición para mejorar la **eliminación urinaria - 00166** **184**
Incontinencia urinaria de esfuerzo **- 00017** **185**
Incontinencia urinaria funcional **- 00020** **186**
Incontinencia urinaria por rebosamiento **- 00176** **187**
Incontinencia urinaria refleja **- 00018** **188**
Incontinencia urinaria de urgencia **- 00019** **189**

Riesgo de **incontinencia** urinaria de urgencia - 00022 190
Retención urinaria - 0002 3 191
Clase 2. Función gastrointestinal 192
Diarrea - 00013 192
Estreñimiento - 00011 193
Estreñimiento funcional crónico - 00235 195
Estreñimiento subjetivo - 00012 197
Riesgo de **estreñimiento** - 00015 198
Riesgo de **estreñimiento** funcional crónico - 00236 200
Incontinencia fecal - 00014 201
Motilidad gastrointestinal disfuncional - 00196 202
Riesgo de **motilidad gastrointestinal** disfuncional - 00197 203
Clase 3. Función tegumentaria
Ninguno, por el momento
Clase 4. Función respiratoria 204
Deterioro del **intercambio de gases** - 00030 204

Dominio 4: Actividad/reposo **205**
Clase I. Sueño/reposo 209
Insomnio - 00095 209
Deprivación de **sueño** - 00096 210
Disposición para mejorar el **sueño** - 00165 212
Trastorno del **patrón del sueño** - 00198 213
Clase 2. Actividad/ejercicio 214
Deterioro de la **ambulación** - 00088 214
Deterioro de la **bipedestación** - 00238 215
Deterioro de la **habilidad para la traslación** - 00090 216
Deterioro de la **movilidad** en la cama - 00091 217
Deterioro de la **movilidad** en silla de ruedas - 00089 218
Deterioro de la **movilidad** física - 00085 219
Deterioro de la **sedestación** - 00237 221
Riesgo de **síndrome de desuso** - 00040 222
Clase 3. **Equilibrio de la energía** 223
Fatiga-00093 223
Vagabundeo - 00154 224
Clase 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares 225
Riesgo de deterioro de la **función cardiovascular**-00239 225
Disminución del **gasto cardíaco** - 00029 226
Riesgo de disminución del **gasto cardíaco** - 00240 228
Patrón respiratorio ineficaz - 00032 229
Riesgo de **perfusión gastrointestinal** ineficaz - 00202 230

Riesgo de **perfusión renal** ineficaz **- 00203** **231**
Riesgo de disminución de la **perfusión tisular** cardíaca **- 00200** **23 2**
Riesgo de **perfusión tisular** cerebral ineficaz **- 00201** **233**
Perfusión tisular periférica ineficaz **- 00204** **234**
Riesgo de **perfusión tisular** periférica ineficaz **- 00228** **235**
Respuesta ventilatoria disfuncional **al destete - 00034** **236**
Intolerancia a la actividad - 00092 **238**
Riesgo de **intolerancia a la actividad - 00094** **239**
Deterioro de la **ventilación espontánea - 00033** **240**
Clase 5. Autocuidado **241**
Déficit de **autocuidado: alimentación - 00102** **241**
Déficit de **autocuidado: baño - 00108** **242**
Déficit de **autocuidado: uso del inodoro - 00110** **243**
Déficit de **autocuidado: vestido - 00109** **244**
Disposición para mejorar el **autocuidado - 00182** **245**
Descuido personal - 00193 **246**
Deterioro del **mantenimiento del hogar - 00098** **247**

Dominio 5: Percepción/cognición **249**
Clase 1. Atención **251**
Desatención unilateral - 00123 **251**
Clase 2. Orientación
Ninguno, por el momento
Clase 3. Sensación/percepción
Ninguno, por el momento
Clase 4. Cognición 253
Confusión aguda - 00128 253
Confusión crónica - 00129 254
Riesgo de **confusión** aguda -00173 255
Conocimientos deficientes - 00126 256
Disposición para mejorar los **conocimientos -** 00161 257
Control emocional inestable - 00251 258
Control de impulsos ineficaz - 00222 259
Deterioro de la **memoria -** 00131 260
Clase 5. Comunicación 261
Disposición para mejorar la **comunicación -** 00157 261
Deterioro de la **comunicación verbal -** 00051 262

Dominio 6: Autopercepción **263**
Clase 1. Autoconcepto **265**
Disposición para mejorar el **autoconcepto - 00167** **265**

Desesperanza - 00124 **266**
Riesgo de compromiso de la dignidad humana-00174 267
Disposición para mejorar la esperanza - 00185 268
Trastorno de la **identidad personal** - 00121 269
Riesgo de trastorno de la **identidad personal** - 00225 270
Clase 2. Autoestima 271
Baja **autoestima** crónica - 00119 271
Baja **autoestima** situacional - 00120 272
Riesgo de baja **autoestima** crónica - 00224 273
Riesgo de baja **autoestima** situacional - 0015 3 274
Clase 3. Imagen corporal 275
Trastorno de la **imagen corporal** - 00118 275

Dominio 7: Rol/relaciones **277**
Clase 1. Roles de cuidador 279
Cansancio del rol de cuidador - 00061 279
Riesgo de **cansancio del rol de cuidador** - 00062 282
Deterioro **parental** - 00056 283
Disposición para mejorar el rol **parental** - 00164 286
Riesgo de deterioro **parental** - 00057 287
Clase 2. Relaciones familiares 289
Procesos familiares disfuncionales - 00063 289
Disposición para mejorar los **procesos familiares** - 00159 292
Interrupción de los **procesos familiares** - 00060 293
Riesgo de deterioro de la **vinculación** - 00058 294
Clase 3. Desempeño del rol 295
Conflicto del rol parental - 00064 295
Desempeño ineficaz **del rol** - 00055 296
Deterioro de la **interacción social** - 00052 298
Relación ineficaz - 00223 299
Disposición para mejorar la **relación** - 00207 300
Riesgo de **relación** ineficaz - 00229 301

Dominio 8: Sexualidad **303**
Clase 1. Identidad sexual
Ninguno, por el momento
Clase 2. Función sexual 305
Disfunción sexual - 00059 305
Patrón sexual ineficaz - 00065 306
Clase 3. Reproducción 307
Riesgo de alteración de la **diada materno/fetal** - 00209 307
Proceso de maternidad ineficaz - 00221 308
Disposición para mejorar el **proceso**

de maternidad - 00208 310
Riesgo de **proceso de maternidad** ineficaz - 00227 311

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés **313**
Clase 1. Respuestas postraumáticas **315**
Síndrome de estrés del traslado - 00114 **315**
Riesgo de **síndrome de estrés del traslado - 00149** **316**
Síndrome del trauma posviolación - 00142 **317**
Síndrome postraumático - 00141 **318**
Riesgo de **síndrome postraumático - 00145** **320**
Clase 2. Respuestas de afrontamiento **321**
Aflicción crónica **- 00137** **321**
Afrontamiento defensivo **- 00071** **322**
Afrontamiento ineficaz **- 00069** **323**
Disposición para mejorar el **afrontamiento - 00158** **324**
Afrontamiento ineficaz de la comunidad **- 00077** **325**
Disposición para mejorar el **afrontamiento** de la comunidad **- 00076** **326**
Afrontamiento familiar comprometido **- 00074** **327**
Afrontamiento familiar incapacitante **- 00073** **329**
Disposición para mejorar el **afrontamiento** familiar **- 00075** **330**
Ansiedad - 00146 **331**
Ansiedad ante la muerte - 00147 **333**
Duelo-00136 **334**
Duelo complicado **- 00135** **335**
Riesgo de **duelo** complicado **- 00172** **336**
Estrés por sobrecarga **- 00177** **337**
Negación ineficaz **- 00072** **338**
Planificación ineficaz de las **actividades - 00199** **339**
Riesgo de **planificación** ineficaz de las **actividades - 00226** **340**
Disposición para mejorar el **poder - 00187** **341**
Impotencia - 0012 5 **342**
Riesgo de **impotencia - 00152** **343**
Deterioro de la **regulación del estado de ánimo - 00241** **344**
Deterioro de la **resiliencia - 00210** **345**
Disposición para mejorar la **resiliencia - 00212** **346**
Riesgo de deterioro de la **resiliencia - 00211** **347**
Temor-00148 **348**
Clase 3. Estrés neurocomportamental **350**
Disminución de la **capacidad adaptativa intracraneal - 00049** **350**

Conducta desorganizada del lactante **- 00116** **351**
Riesgo de **conducta desorganizada** del lactante - 00115 353
Disposición para mejorar la **conducta organizada** del lactante - 00117 354
Disreflexia autónoma - 00009 355
Riesgo de **disreflexia autónoma** - 00010 356

Dominio 10: Principios vitales **359**
Clase 1. Valores
Ninguno, por el momento
Clase 2. Creencias 361
Disposición para mejorar el **bienestar espiritual** - 00068 361
Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones 363
Conflicto de decisiones - 00083 363
Deterioro de la **religiosidad** - 00169 364
Disposición para mejorar la **religiosidad** - 00171 365
Riesgo de deterioro de la **religiosidad** - 00170 366
Sufrimiento espiritual - 00066 367
Riesgo de **sufrimiento espiritual** - 00067 369
Sufrimiento moral - 00175 370
Disposición para mejorar la **toma de decisiones** - 00184 371
Deterioro de la **toma de decisiones independiente** - 00242 372
Disposición para mejorar la **toma de decisiones independiente** - 00243 373
Riesgo de deterioro de la **toma de decisiones independiente** - 00244 374

Dominio 11: Seguridad/protección **375**
Clase 1. Infección 379
Riesgo de **infección** - 00004 379
Clase 2. Lesión física 380
Riesgo de **asfixia** - 00036 380
Riesgo de **aspiración** - 00039 381
Riesgo de **caídas** - 00155 382
Deterioro de la **dentición** - 00048 384
Riesgo de **disfunción** neurovascular periférica - 00086 385
Deterioro de la **integridad cutánea** - 00046 386
Riesgo de deterioro de la **integridad cutánea** - 00047 387

Deterioro de la **integridad tisular** - 00044 388
Riesgo de deterioro de la **integridad tisular** - 00248 389
Riesgo de **lesión** - 00035 390

Riesgo de **lesión** corneal **- 00245** **391**
Riesgo de **lesión** del tracto urinario **- 00250** **392**
Riesgo de **lesión postural perioperatoria - 00087** **393**
Riesgo de **lesión térmica - 00220** **394**
Limpieza ineficaz **de las vías aéreas - 00031** **395**
Deterioro de la **mucosa** oral **- 00045** **396**
Riesgo de deterioro de la **mucosa** oral **- 00247** **398**
Retraso en la **recuperación quirúrgica - 00100** **399**
Riesgo de retraso en la **recuperación quirúrgica - 00246** **400**
Riesgo de **sangrado - 00206** **401**
Riesgo de **sequedad ocular - 00219** **402**
Riesgo de **shock - 00205** **403**
Riesgo de **síndrome de muerte súbita del lactante - 00156** **404**
Riesgo de **traumatismo - 00038** **405**
Riesgo de **traumatismo** vascular **- 00213** **407**
Riesgo de **úlcera por presión - 00249** **408**
Clase 3. Violencia **410**
Automutilación - 00151 **410**
Riesgo de **automutilación - 00139** **412**
Riesgo de **suicidio - 00150** **414**
Riesgo de **violencia autodirigida - 00140** **416**
Riesgo de **violencia dirigida a otros - 00138** **417**
Clase 4. Peligros del entorno **418**
Contaminación - 00181 **418**
Riesgo de **contaminación - 00180** **420**
Riesgo de **intoxicación - 00037** **421**
Clase 5. Procesos defensivos **422**
Riesgo de **reacción adversa a medios de contraste yodados - 00218** **422**
Riesgo de **respuesta alérgica - 00217** **423**
Respuesta alérgica al látex - 00041 **424**
Riesgo de **respuesta alérgica al látex - 00042** **425**
Clase 6. Termorregulación **426**
Hipertermia - 00007 **426**
Hipotermia - 00006 **427**
Riesgo de **hipotermia - 00253** **429**
Riesgo de **hipotermia** perioperatoria **- 00254** **431**
Riesgo de desequilibrio de **la temperatura corporal - 00005** **432**
Termorregulación ineficaz - 00008 **433**

Dominio 12: Confort **435**
Clase 1. Confort físico 437
Disposición para mejorar el **confort -** 00183 437
Disconfort - 00214 438

Dolor agudo - 00132 439
Dolor crónico - 00133 441
Dolor de parto - 00256 443
Náuseas - 00134 444
Síndrome de dolor crónico - 00255 445
Clase 2. Confort del entorno 437
Disposición para mejorar el confort - 00183 437
Disconfort - 00214 438
Clase 3. Confort social 437
Aislamiento social - 00053 446
Disposición para mejorar el confort - 00183 437
Disconfort - 00214 438
Riesgo de soledad - 00054 447

Dominio 13: Crecimiento/desarrollo 449
Clase 1. Crecimiento 451
Riesgo de crecimiento desproporcionado - 00113 451
Clase 2. Desarrollo 452
Riesgo de retraso en el desarrollo - 00112 452

Diagnósticos enfermeros aceptados para desarrollo y validación clínica 2015-2017 455
Perturbación del campo de energía - 00050 455

PARTE 4. NANDA INTERNATIONAL, INC. 2015-2017 457
Posicionamiento de NANDA International 459
Posicionamiento n.° 1 de NANDA International. El uso de la taxonomía II como marco para la valoración 459
Posicionamiento n.° 2 de NANDA International. La estructura de la formulación del diagnóstico enfermero cuando está incluido en un plan de cuidados 459

Procesos y procedimientos para el envío y revisión de diagnósticos a NANDA International 461
Envío de diagnósticos a NANDA-I: criterios de nivel de evidencia 461

Glosario de términos 464
Diagnóstico enfermero 464
Ejes diagnósticos 465
Componentes de un diagnóstico enfermero 467
Definiciones]?ara la clasificación de los diagnósticos enfermeros 468
Referencias bibliográficas 469

Invitación a unirse a NANDA International **470**
NANDA International: una organización dirigida por sus miembros 470
Nuestra visión 470
Nuestra misión 470
Nuestro objetivo 470
Nuestra historia 471
El compromiso de NANDA International 471
Oportunidades de participación 472
¿Por qué unirse a NANDA-I? 472
¿Quién usa la taxonomía de NANDA International? 473

índice alfabético *475*

Visite la página web que acompaña este libro en
www.wiley.com/go/nursingdiagnoses

Directrices para la autorización de derechos de autor de NANDA International, Inc.

Los materiales presentados en este libro están sometidos a licencia y, por tanto, se les aplican todas las leyes relacionadas con la misma. Para cualquier uso distinto de la lectura o consulta del libro en inglés se requiere una licencia de Wiley.

Algunos ejemplos de esa utilización incluyen, pero no se limitan, a los siguientes:

- Editoriales u otras organizaciones o individuos que deseen traducir el libro completo o partes del mismo.
- Autor o editor que desee usar la taxonomía completa o partes de la misma en un libro de texto o manual de enfermería para ser comercializado.
- Autor o compañía que desee usar la taxonomía de diagnósticos en materiales audiovisuales.
- Desarrollador o compañía que comercialice registros electrónicos de pacientes, que deseen usar la taxonomía de diagnósticos en inglés en su programa de *software* o aplicación (p. ej., un programa o un curso electrónico, una aplicación para *smartphone* o cualquier otro dispositivo electrónico).
- Escuela de enfermería, investigador, organización profesional u organización de salud que desee usar la taxonomía de diagnósticos en un programa educativo.
- Investigador que desee usar la taxonomía con propósitos académicos de investigación no comerciales. Por favor, tengan en cuenta que la propuesta deberá ser dirigida por Wiley a NANDA-I para su aprobación antes de obtener el permiso. Se anima a los investigadores a enviar sus resultados al *International Journal of Nursing Knowledge* y a
  presentar dichos resultados en las conferencias de NANDA-I cuando sea apropiado.
- Hospital que desee integrar la taxonomía de diagnósticos en su propio registro electrónico.
- Cualquiera de los usos señalados anteriormente en cualquier lengua que no sea inglés.

Por favor, envíen todas las demandas por correo electrónico a:
nanda@wiley.com

o por correo postal a:

NANDA International Copyright Requests
Global Rights Department
John Wiley 8- Sons, Ltd
The Atrium
Southern Gate
Chichester
West Sussex
P019 8SQ
UK

Términos y condiciones para la traducción

Los términos y condiciones para la traducción son los que a continuación se presentan:

- No se producirá ninguna recompra por parte de Wiley o NANDA-I de ninguna copia no vendida de traducción en el momento de la aparición de la siguiente edición.
- Los editores no pueden añadir ni eliminar contenido de la versión original proporcionada por Wiley. Esto incluye la adición de nuevos prefacios, prólogos o comentarios por parte de los traductores u otras partes. La única excepción es la adición, bajo el nombre del editor, de los nombres de los traductores en cada lengua, que deberían ser identificados como traductores (no como autores o editores).
- Se requerirá a los editores que identifiquen el nombre, la cualificación y el currículo del traductor jefe para su aprobación previamente a cualquier trabajo de traducción.
- Los editores deben asimismo enviar tanto el diseño de cubierta como el manuscrito de la traducción a Wiley para su aprobación por N AND A-I antes de la impresión de la traducción. NANDA-I requiere hasta 12 semanas para este proceso de aprobación, por tanto, esto deberá ser tenido en cuenta en el calendario de producción.
- Cualquier cambio que solicite NANDA-I deberá ser incluido en la traducción y los editores deberán enviar pruebas para una verificación final antes de la impresión.

También se requerirá a Wiley conceder licencias de la traducción a terceras partes en formatos electrónicos. En este sentido, se incluirá una versión adaptada de la siguiente cláusula en todas las licencias:

> El propietario mantendrá el derecho no exclusivo de usar la traducción en
> cualquier formato electrónico conocido o desarrollado posteriormente y que

esté disponible (derechos electrónicos) y sublicenciar esos derechos a ter-
ceras partes. El editor notificará al propietario los derechos electrónicos. El
editor proporcionará los archivos digitales para la traducción al propietario en un formato que será acordado, tan pronto como sea razonablemente
factible, pero no más tarde de xx meses después de la firma de este; serán acordados unos *royalties* anuales.

Para evitar cualquier duda, deseamos dejar claro que esto no incluye derechos sobre libros electrónicos (copias íntegras literales electrónicas de la traducción impresa) y sólo está dirigido, por ejemplo, al uso de desarrollo de *software.*

Prefacio

La edición 2015-2017 del texto clásico NANDA International, Inc. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación,* proporciona más diagnósticos aplicables desde el punto de vista clínico como resultado del trabajo del Comité de Desarrollo Diagnóstico (CDD) con las traducciones potenciales de las etiquetas, definiciones, características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo de los diagnósticos. En el pasado, las enfermeras cuestionaban la aplicabilidad de nuestro trabajo en su país y jurisdicción. En la edición 2015-2017 se han implementado cambios con la finalidad de incorporar la diversidad y las diferencias en la práctica en el mundo. Esta última edición no se considera únicamente un lenguaje, realmente es un cuerpo de conocimientos enfermeros. Estos diagnósticos nuevos y revisados están basados en el estado de la evidencia en el mundo y han sido enviados por enfermeras, revisados y valorados por enfermeras, y aprobados por enfermeras expertas en diagnósticos, investigadoras y educadoras. La última edición mejora la aplicabilidad cultural con 26 diagnósticos nuevos y 13 diagnósticos revisados. Además, el texto incluye cambios en las categorías oficiales de las definiciones de diagnósticos NANDA-I (focalizados en problemas, riesgo, promoción de la salud) y la definición general del diagnóstico enfermero.

NANDA International, Inc. (NANDA-I) es una organización sin ánimo de lucro. Esto significa que, con la excepción de la gestión de nuestros negocios y las funciones administrativas, todo nuestro trabajo es realizado por voluntarios. Algunas de las enfermeras con más talento científico y algunas de las más eruditas son o han sido voluntarias de NANDA-I. Al contrario de la mayoría de los negocios, no existen unas oficinas donde las enfermeras investiguen sobre los diagnósticos enfermeros. Los voluntarios son personas como usted y como yo que donan su tiempo y experiencia a NANDA-I porque creen firmemente en la importancia del cuidado del paciente y en la importancia de la contribución enfermera a la sociedad.

Con la publicación de cada nueva edición de nuestro trabajo se añaden más traducciones. Estoy encantada de que el trabajo se publique en numerosos idiomas, ya que ésta es una organización internacional. Nuestra relación con nuestro editor, Wiley Blackwell, ha evolucionado en los últimos cinco años. Uno de los acuerdos es asegurar que todas y cada una de las traducciones sean cuidadas y exactas. Juntamente con nuestros editores contamos ahora con un mecanismo de garantía que asegura la calidad de cada traducción. La fuente de cada traducción es siempre la versión inglesa americana. Estamos profundamente comprometidos en asegurar la integridad de nuestro trabajo en el ámbito mundial y les invitamos a ayudarnos en esta tarea con la finalidad de mejorar

la seguridad del paciente y la consistencia de los cuidados de alta calidad y basados en la evidencia. Como organización sin ánimo de lucro obviamente necesitamos ingresos para nuestro funcionamiento, facilitar las reuniones de nuestros comités y la junta de directores, esponsorizar nuestra web y la base de conocimientos, así como dar apoyo a oportunidades para la formación y conferencias en el ámbito internacional, y éstos provienen de las licencias que vendemos por la publicación y el uso de nuestro trabajo en formato electrónico. Por primera vez este año ofreceremos una aplicación electrónica de la terminología NANDA-I completa con una función para la valoración y un apoyo a la toma de decisiones para los diagnósticos más utilizados. Este tipo de trabajo también requiere financiación para su desarrollo y las pruebas asociadas.

Como organización internacional valoramos realmente la diversidad cultural y las diferencias en la práctica. Sin embargo, como proveedores del lenguaje y el conocimiento de diagnósticos enfermeros estandarizado más exitoso del mundo tenemos la obligación de proporcionarle exactamente eso: conocimiento sobre lenguaje estandarizado de diagnósticos enfermeros. No apoyamos el cambio de diagnósticos por la demanda de los traductores o de los especialistas clínicos en una edición de un idioma en particular, cuando el diagnóstico no es aplicable en esa cultura en concreto. Esto es porque estamos profundamente comprometidos en la tarea de ayudar a diversas culturas y especialidades a darse cuenta de los beneficios clínicos del conocimiento contenido en los diagnósticos enfermeros y, por tanto, no creemos que debamos apoyar la censura de la información clínica en este texto. Como enfermera registrada, usted es responsable de diagnosticar de manera apropiada y de usar los términos adecuados en su práctica. De forma clara, sería inapropiado para nosotros el uso de todos y cada uno de los diagnósticos de esta edición, porque ninguno de nosotros puede ser competente en todas las esferas de la práctica enfermera de manera simultánea. Clínicamente, las enfermeras que proporcionan seguridad son practicantes reflexivas; un componente central de la práctica segura es comprender de manera exhaustiva la propia competencia clínica. Existe una alta posibilidad de que haya un buen número de diagnósticos en esta edición que usted nunca use en su práctica; otros los usará de forma diaria. Esto se relaciona también con la cuestión de la aplicabilidad cultural, ya que, si al estudiar esta edición, encuentra un diagnóstico que no es aplicable a su práctica o cultura, está en su derecho de no usarlo. Sin embargo, basándome en mi propia y variada experiencia clínica como enfermera registrada, le suplico que no ignore completamente esos diagnósticos que pueden, al principio, parecer culturalmente embarazosos. Vivimos en una sociedad transcultural y con una alta movilidad, y la exploración de esos diagnósticos que podrían inicialmente parecer inusuales puede presentar un reto para su pensamiento y abrir nuevas posibilidades y comprensión. Todo esto forma parte de ser un profesional reflexivo y del aprendizaje a lo largo de la vida.

Cada diagnóstico ha sido el producto de uno o más de nuestros voluntarios de NANDA-I o de los usuarios de NANDA-I, y la mayoría poseen una base definida de evidencia. Cada uno de los diagnósticos nuevos o revisados habrá sido previamente refinado y debatido por los miembros del CDD antes de ser finalmente enviado a los miembros de NANDA-I para su aprobación. Solamente si nuestros miembros votan positivamente la inclusión de un nuevo diagnóstico o un diagnóstico revisado éste será finalmente etiquetado con la palabra «aceptado» para la edición escrita del libro. Sin embargo, si cree que un diagnóstico en particular es incorrecto y requiere revisión, agradeceremos sus comentarios. Debería contactar con el presidente del CDD a través de nuestra página web. Por favor facilítenos tanta evidencia como le sea posible para apoyar sus comentarios. Trabajando de esta manera, en lugar de cambiar simplemente una traducción o edición, podemos asegurar la integridad y consistencia y que todos nos beneficiemos de la sabiduría y el trabajo de los eruditos individuales. Agradecemos que nos envíe nuevos diagnósticos, así como revisiones de los diagnósticos existentes, usando las guías que puede encontrar en nuestra página web.

Uno de los desarrollos clave en los pasados años ha sido el contenido formativo publicado por Artmed/Panamericana Editora Ltda. (Porto Alegre, Brasil), que recopila módulos formativos, publicados en portugués, conocidos como PRONANDA. Próximamente habrá una oferta similar en español. Otros desarrollos son las bases de datos NANDA-I para investigadores y otros profesionales que necesiten diseñar contenido electrónico. El Comité de Educación e Investigación está preparando materiales formativos para ayudar en el proceso de formación. El objetivo de esta nueva edición de nuestro libro es apoyar a todos aquellos que están aprendiendo a diagnosticar y hacer posible que los que toman las decisiones tengan acceso a la información sobre los diagnósticos que describen los problemas, los riesgos y las necesidades de promoción de la salud de las personas, familias, grupos y comunidades. Personalmente, estaba muy interesada en pertenecer a NANDA-I, ya que el contenido del cuerpo de conocimientos de enfermería es esencial en el diseño de la lógica de apoyo a la toma de decisiones clínicas para el dosier electrónico de salud y para el análisis de datos.

Quiero elogiar el trabajo de todos los voluntarios de NANDA-I, de los miembros del comité, los presidentes y los miembros de la junta de directores por su tiempo, compromiso y entusiasmo, así como por su continuo apoyo. Quiero agradecer a nuestro personal, liderado por nuestra CEO/directora ejecutiva, Dra. T. Heather Herdman, sus esfuerzos y su apoyo. Aprecio la colaboración de los editores de Wiley-Blackwell así como la colaboración de nuestros editores y traductores de todo el mundo, los cuales apoyan la diseminación del contenido del conocimiento y la base de datos desarrollada por NANDA-I.

Mi agradecimiento especial a los miembros del Comité de Desarrollo Diagnóstico por sus extraordinarios y oportunos esfuerzos en la revisión y edición de los diagnósticos que constituyen el alma de este libro, y

especialmente al liderazgo de nuestra presidenta del CDD desde 2010, la Dra. Shigemi Kamitsuru. Este maravilloso comité, con representación de Norteamérica, Latinoamérica, Europa y Asia, es el auténtico «motor» del contenido del conocimiento de NANDA-I, y estoy profundamente impresionada y satisfecha por el increíble y completo trabajo de estos voluntarios durante todos estos años.

Finalmente, cuando empecé a aprender y a usar los diagnósticos enfermeros, hace unos 30 años, nunca imaginé que un día yo sería la presidenta de NANDA-I, estableciendo la agenda de este increíble cuerpo de conocimientos de enfermería. Agradecí la oportunidad de trabajar como voluntaria para NANDA-I, porque para mí era valioso apoyar el avance del conocimiento significativo y útil para dar soporte a las enfermeras y los estudiantes de enfermería. Todas las enfermeras registradas y las enfermeras de la práctica avanzada toman decisiones clínicas en su práctica, en la formación, en la administración de procesos de pensamiento crítico y en el diseño de sistemas electrónicos de apoyo a la toma de decisiones clínicas. Por estas razones NANDA International, Inc. ha tenido y continúa teniendo un rol en la mejora de la calidad del cuidado basado en la evidencia y la seguridad de la atención al paciente, y continúa siendo el centro del conocimiento para los profesionales enfermeros *(professionals).*

Jane M. Brokel, PhD, RN, FNI
Presidenta, NANDA International, Inc.

Introducción

Este libro se divide en cuatro partes:

- Parte 1: proporciona la introducción a la taxonomía de NANDA International, Inc. de diagnósticos enfermeros (NANDA-I). La taxonomía II organiza los diagnósticos en dominios y clases. Se proporciona información sobre los diagnósticos nuevos o los diagnósticos que han sido eliminados de la taxonomía durante el pasado ciclo de revisión.
- Parte 2: contiene capítulos sobre los fundamentos de los diagnósticos enfermeros y el juicio clínico. Estos capítulos han sido escritos principalmente por estudiantes, clínicos y formadores. La página web que lo acompaña incluye materiales educativos diseñados para dar apoyo a los estudiantes y profesores en la comprensión y la enseñanza de este material. Los cambios en estos capítulos han sido realizados gracias al inestimable *feedback* recibido de los lectores de todo el mundo, así como a las preguntas que recibimos a diario en NANDA International, Inc.
- Parte 3: proporciona el contenido esencial del libro de *Diagnósticos Enfermeros NANDA International: Definiciones y clasificación:* los 235 diagnósticos, incluyendo definiciones, características definitorias, factores de riesgo y factores de relación según convenga. Los diagnósticos están categorizados usando la taxonomía II, y ordenados en primer lugar por dominios, a continuación por clases y después alfabéticamente dentro de cada clase según el foco de cada diagnóstico. Recomendamos que todas las traducciones mantengan este orden (dominio, clase, orden alfabético en su propio idioma), para facilitar la discusión entre los grupos con diferentes idiomas.
- Parte 4: incluye información relacionada específicamente con NANDA International. Se proporciona información sobre los procesos relacionados con la revisión de los diagnósticos NANDA-I, el proceso de envío y los criterios de nivel de evidencia. Se facilita un glosario de términos. Finalmente se proporciona información general sobre la organización y los beneficios de formar parte de ella.

Como usar este libro

Tal como se ha mencionado anteriormente, los diagnósticos enfermeros están listados en primer lugar por dominio, a continuación por clase y después alfabéticamente en cada clase (en inglés) según el foco de cada diagnóstico. Por ejemplo, *Deterioro de la bipedestación* está clasificado bajo el dominio 4 (actividad/reposo), clase 2 (actividad/ejercicio):

Dominio 4: Actividad/reposo
Clase 2: Actividad/ejercicio
Deterioro de la bipedestación (00238)

Esperamos que la organización de *Diagnósticos Enfermeros de NANDA-1:*
Definiciones y clasificación, 2015-2017 haga su uso eficaz y eficiente. Si tiene alguna sugerencia al respecto por favor envíela a excedir@nanda.org

Sobre la página web complementaria

Este libro posee una página web complementaria:

www.wiley.com/go/nursingdiagnoses

La página web incluye:

- Vídeos
- Referencias bibliográficas
- Enlaces

Parte 1
Cambios en la terminología NANDA International

Introducción **3**

¿Qué hay de nuevo en la edición 2015-2017 de *Diagnósticos y clasificación***?**
Agradecimientos
Cambios en los diagnósticos de promoción de la salud y riesgo 5
Nuevos diagnósticos, 2015-2017 5
Diagnósticos enfermeros revisados, 2015-2017 7
Cambios en la asignación de los diagnósticos actuales en la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017 1
1
Revisiones de las etiquetas de los diagnósticos en la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017 1
1
Diagnósticos enfermeros eliminados de la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017 11
Estandarización de los términos de indicadores diagnósticos 12
Otros cambios realizados en la edición 2015-2017 15

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.

© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Introducción

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

En esta sección se presenta información introductoria de la nueva edición de la *Taxonomía NANDA International, 2015-2017*. Esto incluye una visión general de los cambios principales en esta edición: diagnósticos nuevos y revisados, cambios de localización dentro de la taxonomía, cambios en las etiquetas diagnósticas y diagnósticos que han sido eliminados o retirados.

Además, se consignan aquellas personas que han enviado diagnósticos nuevos o que han revisado diagnósticos para su aprobación. Se ha actualizado la perspectiva histórica, desarrollada por Betty Ackley para la edición anterior de este libro, de todas las personas que han enviado diagnósticos para completar la taxonomía y ésta se encuentra ahora disponible en nuestra página web, www.nanda.org.

Asimismo se facilita una descripción de los cambios editoriales; los lectores notarán que la mayoría de los diagnósticos presentan algún cambio, ya que hemos estado trabajando para aumentar la estandarización de los términos usados en los indicadores diagnósticos (características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo).

Me gustaría mostrar mi agradecimiento especial a la Dra. Susan Gallager-Lepak, de la Universidad de Wisconsin - Green Bay College of Professional Studies, quien ha trabajado conmigo durante varios meses en la estandarización de los términos. Mi agradecimiento también a mi coeditora, la Dra. Shigemi Kamitsuru, quien revisó y corrigió nuestro trabajo, devolviéndonoslo para llegar a un consenso. Éste ha sido un proceso de dimensiones gigantescas, ;con más de 5.600 términos individuales que requerían revisión! Sin embargo, la estandarización de esos términos nos ha permitido codificar todos los indicadores de los diagnósticos, de manera que puedan ser usados como datos de valoración en sistemas electrónicos, facilitando de esta manera el desarrollo de herramientas de apoyo a la toma de decisiones para las enfermeras. Estos códigos están ahora disponibles en la página web de NANDA-I.

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

¿Qué hay de nuevo en la edición 2015-2017 de *Diagnósticos y clasificación*?

En esta edición se han efectuado cambios basados en el *feedback* de los usuarios para satisfacer las necesidades tanto de los estudiantes como de los clínicos, así como para proveer apoyo adicional a los formadores. Todos los apartados de esta edición son nuevos, con la excepción del capítulo *Taxonomía II de NANDA-I: especificaciones y definiciones*, que proporciona una revisión de los hallazgos de las ediciones previas. Hay también contenidos específicos adicionales en formato web accesibles para profesores y estudiantes que aumentan la información presentada en los apartados. Los apartados que contienen estas herramientas suplementarias están señalados con iconos.

Se incluye un nuevo apartado de *Preguntas frecuentes.* Estas preguntas incluyen las que recibimos más frecuentemente a través de la página web de NANDA-I y en las conferencias a las que asistimos en todo el mundo.

Agradecimientos

No es necesario decir que la dedicación de muchas personas al trabajo de NANDA International, Inc. (NANDA-I) es evidente tanto por el tiempo como por el esfuerzo que emplean en la mejora de la terminología y la taxonomía. Este texto representa la culminación de un trabajo incansable de un grupo de voluntarios muy dedicados, de extremo talento, que han desarrollado, revisado y estudiado los diagnósticos enfermeros durante más de 40 años.

Además, nos gustaría aprovechar esta oportunidad para reconocer y agradecer personalmente a las siguientes personas por su aportación individual a esta edición en concreto del texto NANDA-I.

Autores de capítulos

- Fundamentos de los diagnósticos enfermeros: Susan Gallagher-Lepak, PhD, RN

NANDA International. Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
©2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Revisores de capítulos

■ Introducción a la taxonomía de NANDA-I: Kay Avant, PhD, RN, FNI, FAAN; Gunn von Krogh, RN, PhD

Revisora de la estandarización de los términos diagnósticos

■ Susan Gallagher-Lepak, PhD, RN

Por favor, contacte con nosotros en execdir@nanda.org si tiene alguna pregunta sobre el contenido o si encuentra algún error, de manera que éstos puedan ser corregidos en futuras publicaciones y traducciones.

T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI
Editoras
NANDA International, Inc.

Cambios en los diagnósticos de promoción de la salud y riesgo

Las definiciones generales de los diagnósticos enfermeros se cambiaron durante este ciclo. Estos cambios alteraron la manera de definir los diagnósticos de riesgo y de promoción de la salud existentes, por tanto notarán cambios en todas las definiciones de estos diagnósticos. Estos cambios se presentaron a los miembros de NANDA-I y fueron aprobados vía votación *online*.

Los diagnósticos de riesgo se cambiaron para eliminar el término «riesgo» de la definición, que se ha reemplazado por la palabra «vulnerable».

Los diagnósticos de promoción de la salud se cambiaron con la intención de que las definiciones aseguraran que los diagnósticos fueran apropiados para el uso en cualquier estado del continuum salud-enfermedad, es decir, que no se requería un estado de equilibrio o salud. De la misma manera, las características definitorias de estos diagnósticos requerían un cambio, ya que en muchos casos representaban estados de salud estables. Todos los estados de salud empiezan ahora con la frase «expresa deseo de mejorar», ya que la promoción de la salud requiere deseos del paciente de mejorar su estado actual, cualquiera que éste sea.

Nuevos diagnósticos enfermeros, 2015-2017

Se presentó un cuerpo de trabajo significativo en relación con diagnósticos nuevos y revisados al Comité de Desarrollo de Diagnósticos NANDA-I; una parte importante de este trabajo fue presentada a los miembros de NANDA-I para su consideración en este ciclo de revisión. NANDA-I quisiera apro-

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

vechar esta oportunidad para felicitar a todas aquellas personas que han

presentado su trabajo y que han alcanzado el nivel suficiente de criterios de evidencia en sus presentaciones y/o revisiones. Han sido aprobados veintiséis
nuevos diagnósticos por el Comité de Desarrollo de Diagnósticos, la Junta de Directores y los miembros de N AND A-I (tabla 1.1).

Tabla 1.1 ***Nuevos diagnósticos enfermeros, 2015-2017***

Diagnósticos aprobados (nuevos)	*Remitente(s)*
Dominio 1 Promoción de la salud	
Síndrome de fragilidad del anciano	Margarita Garrido Abejar; Mª Dolores Serrano Parra; Rosa Mª Fuentes Chacón
Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano	Margarita Garrido Abejar; Mª Dolores Serrano Parra; Rosa Mª Fuentes Chacón
Dominio 2. Nutrición	
Riesgo de sobrepeso	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Sobrepeso	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Obesidad	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Dominio 3. Eliminación e intercambio]	
Estreñimiento funcional crónico	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Riesgo de estreñimiento funcional crónico	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Dominio 4. Actividad/reposo	
Deterioro de la sedestación	Christian Heering, EdN, RN
Deterioro de la bipedestación	Christian Heering, EdN, RN
Riesgo de disminución del gasto cardíaco	Eduarda Ribeiro dos Santos, PhD, RN; Vera Lúcia Regina María, PhD, RN; Mariana Fernandes de Souza, PhD, RN; Maria Gaby Rivero de Gutiérrez, PhD, RN; Alba Lúcia Bottura Leite de Barros, PhD, RN
Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	María Begoña Sánchez Gómez PhD(c), RN; Gonzalo Duarte Climents PhD(c), RN
Dominio 5. Percepción/cognición ¡	
Control emocional inestable	Gülendam Hakverdioglu Yont, PhD. RN Esra
Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés	
Deterioro de la regulación del estado de ánimo	Heidi BjOrge, MnSc, RN
Dominio 10. Principios vitales	
Deterioro de la toma de decisiones independiente	Ruth Wittmann-Price, PhD, RN
Disposición para mejorar la toma de decisionesindependiente	Ruth Wittmann-Pr ice, PhD, RN
Riesgo de deterioro de la toma de decisionesindependiente	Ruth Wittmann-Price, PhD , RN

Diágnósticos aprobados (nuevos)	*Remitente(s)*
Dominio 11. seguridad / protección	
Riesgo de lesión corneal	Andreza Werli-Alvarenga, PhD, RN; Tánia Couto Machado Chianca, PhD, RN; Flávia Falci Ercole, PhD, RN
Riesgo de deterioro de la mucosa oral	Emilia Campos de Carvalho, PhD, RN; Cristina Mara Zamarioli, RN; Ana Paula Neroni Stina, RN; Vanessa dos Santos Ribeiro, undergraduate student; Sheila Ramalho Coelho Vasconcelos de Moráis, MNSc, RN
Riesgo de úlcera por presión	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI; Cássia Teixeira dos Santos MSN, RN; Miriam de Abreu Almeida PhD, RN; Amália de Fátima Lucena PhD, RN
Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica	Rosimere Ferreira Santana, PhD, RN; Dayana Medeiros do Amaral, BSN; Shimmenes Kamacael Pereira, MSN, RN; Tallita Mello Delphino, MSN, RN; Deborah Marinho da Silva, BSN; Thais da Silva Soares, BSN
Riesgo d e deterioro de la integridad tisular	Katiucía Martins Barros MS, RN; Dadé Vilma Carvalho, PhD, RN
Riesgo de lesión en el tracto urinario	Danielle Cristina Garbuio, MS; Elaine Santos, MS, RN; Emilia Campos de Carvalho, PhD, RN; Tánia Couto Machado Chianca, PhD, RN; Anamaria Alves Napoleao, PhD, RN
Control emocional lábil	Gülendam Hakverdioglu Yont, PhD, RN; Esra Akm Korhan, PhD, RN; Leyla Khorshid, PhD, RN
Riesgo de hipotermia	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Riesgo de hipotermia perioperatoria	Manuel Schwanda, BSc.,RN; Prof. Marianne Kriegl, Mag.; María Müller Staub, PhD, EdN, RN, FEANS
Dominio 12. Confort	
Síndrome de dolor crónico	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Dolor de parto	Simone Roque Mazoni, PhD, RN; Emilia Campos de Carvalho, PhD, RN

Diagnósticos enfermeros revisados, 2015-2017

Durante este ciclo fueron revisados catorce diagnósticos; dnco fueron aprobados por el CDD a través del proceso exprés y nueve fueron revisados a través del proceso de revisión estandarizado. La tabla 1.2 muestra esos diagnósticos, destaca las revisiones realizadas para cada uno de ellos e identifica los remitentes.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Diagnósticos Revisión aprobados QQ (revisados) enmjnado	CD añadida	FRe/FRi eliminado	FRe/FRi añadido	Definición revisada Comentario	Remitente(s)
I Dominigy 2. Nutrición Z	üSBfl		■ᵛ K –i'''		
Lactancia 1 materna ineficaz	1	1	10	X ᵐ La definición refleja el cambio en el foco del proceso de vinculación/ unión al de nutrición ■ 2 características definitorias han sido reasignadas como factores de relación	T. Heather Herdman, RN, PhD. FNI
Interrupción de la ® lactancia materna	1		1	X ■ La definición refleja el cambio en el foco del proceso de vinculación/ unión al de nutrición 1 característica definitoria ha sido reasignada como factor de relación	T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI
Disposición para ^ mejorar la lactancia materna	2			X "La definición refleja el cambio en el foco del proceso de vinculación/ unión al de nutrición	T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI
Exceso de volumen de líquidos	2				Eneida Rejane Rabelo da Silva ScD, RN; Quenia Camille Soares Martins ScD, RN; Graziella Badin Aliti ScD, RN

Diagnósticos Revisión aprobados CD CD v (revisados) e//m/nado añadida	FRe/FRi eliminado	FRe/FRi añadido	Definición revisada	Comentario	Remitente(s)
Dominio 4. Áctividad/repQBO ' K					
Deterioro de la movilidad 1 física					Eneida Rejane Rabelo da Silva ScD, RN; Angelita Paganin MSc, RN
Dominio 7. Rol/relaciones					
Riesgo de cansancio del rol de cuidador			X	Definición revisada para mantener la coherencia con ¹1 definición del foco del problema	
DOMÉnfo 10. Prinflfctfbs vitales					
Sufrimiento 4 7 espiritual		11	X		Silvia Caldeira PhD, RN; Emilia Campos de Carvalho PhD, RN; Margarida Vieira PhD, RN
Dominio 11. S<awidad/protección I					
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal		10		■ Diagnóstico revisado para incorporar características neonatales	T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI
Hipertermia 9	1	3	X	■ Diagnóstico revisado para incorporar características neonatales	T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

Continúa

(O

Tabla1.2 ***(Cont.)***

Diagnósticos aprobados (revisados)	***Revisión***	***CD añadida***	***FRe/FRi eliminado***	***FRe/FRi añadido***	***Definición revisada***	***Comentario***	***Remitente(s)***
Hipotermia	^ eliminado	24	4	8	x	Diagnóstico revisado para incorporar características neonatales	T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI
Retraso en la recuperación quirúrgica	6	4	1	8			PhD, RN; Shimmenes Kamacael Pereira, MSN, RN; Tallita Mello
							Dayana Medeiros do Amaral, BSN; Deborah Marinho da Silva, BSN; Thais da Silva Soares, BSN; Marcos Venicius de Oliveira Lopes, PhD, RN

		3	10	X		Katiucia Martins Barros MS, RN; Dadé Vilma Carvalho PhD, RN
Deterioro de la integridad tisular						
Dominíp 12, Confort ■						
Dolor agudo 6	6	1	3	X		T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI
Dolor crónico 10	5	2	35	X		T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

CD, características definitorias; FRe, factores de relación; FRi, factores de riesgo.

La revisión de la estructura de la taxonomía actual, así como de la asignación de los diagnósticos en dicha estructura, llevó a diversos cambios en el modo en que algunos de los diagnósticos estaban clasificados en la taxonomía n de NANDA-I. Seis diagnósticos fueron reasignados en la taxonomía II de NANDA-I; éstos están identificados en la tabla 1.3 con sus lugares previos y los nuevos señalados.

Tabla 1.3 ***Cambios en la posición de diagnósticos enfermeros de NANDA-I, 2015-2017***

Diagnóstico enfermero	*Asignación previa*		*Nueva asignación*	
	Dominio	*Clase*	*Dominio*	*Clase*
Incumplimiento	Principios vitales	Congruencia entre valores/ creencias/ acciones	Promoción de la salud	Manejo de la salud
Lactancia materna	Rol Relaciones	Roles de cuidador	Nutrición	Ingestión
Interrupción de la lactancia	Rol Relaciones	Roles de cuidador	Nutrición	Ingestión
Disposición para mejorar la lactancia	Rol Relaciones	Roles de cuidador	Nutrición	Ingestión
Disposición para mejorar la esperanza	Principios vitales	Valores	Autopercepción Autoconcepto	
Riesgo de	Autopercepción		Confort	Confort

[1] Reasignación a causa de la revisión del diagnóstico, incluyendo el cambio en la definición.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Revisiones de las etiquetas de los diagnósticos en la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017

Se hicieron revisiones de las etiquetas de los diagnósticos enfermeros de la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017 realizándose cambios en cinco etiquetas diagnósticas. Estos cambios, así como el razonamiento que los justifica, se hallan en la tabla 1.4.

Diagnósticos enfermeros retirados de la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017

Se han retirado siete diagnósticos de la taxonomía, bien porque estaban asignados para ser eliminados si no eran actualizados para conseguir

Etiqueta diagnóstica previa	*Nueva etiqueta diagnóstica*	*Razonamiento*
Manejo inefectivo de la propia salud	Gestión ineficaz de la salud	No es necesario incluir la palabra «propia» en la etiqueta diagnóstica ya que en el foco diagnóstico se asume que éste es individual a no ser que se indique lo contrario
Disposición para mejorar el manejo de la propia salud	Disposición para mejorar la gestión de la salud	No es necesario incluir la palabra «propia» en la etiqueta diagnóstica ya que en el foco diagnóstico se asume que éste es individual a no ser que se indique lo contrario
Manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar	Gestión ineficaz de la salud familiar	La definición es consistente con los diagnósticos de manejo individual de la salud, por ello, la etiqueta diagnóstica debería reflejar el mismo foco diagnóstico
Deterioro de la resiliencia individual	Deterioro de la resiliencia	No es necesario incluir la palabra «individual» en la etiqueta diagnóstica ya que en el foco diagnóstico se asume que éste es individual a no ser que se indique lo contrario
Riesgo de compromiso de la resiliencia	Riesgo de deterioro de la resiliencia	El diagnóstico focalizado en el problema lleva consigo la etiqueta diagnóstica, deterioro de la residencia, y la definición del diagnóstico de riesgo es consistente con dicho diagnóstico

un nivel de evidencia de 2.1, a causa de un cambio en la clasificación del nivel de evidencia que apoya el diagnóstico, o porque algún nuevo diagnóstico los ha reemplazado. La tabla 1.5 proporciona información sobre cada uno de los diagnósticos que han sido retirados de la taxonomía.

Estandarización de los términos de indicadores diagnósticos

En los pasados ciclos de este libro se ha ido trabajando lentamente para disminuir las variaciones en los términos usados en las características definitorias, factores de relación y factores de riesgo. Este trabajo ha sido realizado de forma muy seria durante este ciclo del libro, en el que se le ha dedicado varios meses al análisis, revisión y estandarización de los términos utilizados. Ésta no ha sido una tarea fácil, y ha requerido muchas horas de análisis, búsqueda de literatura, discusión y consulta con expertos clínicos en diversas áreas.

Tabla 1.5 ***Diagnósticos enfermeros retirados de la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017***

Etiqueta diagnóstica retirada	*Nueva etiqueta diagnóstica*	*Razonamiento*
Perturbación del campo de energfa (00050)		Retirado de la taxonomía, pero reasignado al nivel de evidencia (NDE) 1.2, Nivel teórico, para desarrollo y validación (NDE 1.2 no está aceptado para publicación e inclusión en la taxonomía; toda la literatura de apoyo que se ha proporcionado hasta ahora para este diagnóstico se refiere fundamentalmente a la intervención más que al diagnóstico enfermero propiamente dicho)
Deterioro generalizado del adulto (00101)	Síndrome de fragilidad del anciano	Nuevo diagnóstico que reemplaza el anterior
Disposición para mejorar el estado de inmunización (00186)		En la edición 2012-2014 fue propuesta la retirada del diagnóstico. Además, el contenido ya está cubierto por el diagnóstico Disposición para mejorar el manejo de la salud
Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001)	Sobrepeso Obesidad	Nuevos diagnósticos que reemplazan el anterior
Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00003)	Riesgo de sobrepeso	Nuevo diagnóstico que reemplaza el anterior
Síndrome de deterioro - en la interpretación del entorno (00127)		En la edición 2012-2014 fue propuesta la retirada del diagnóstico a no ser que se realizara trabajo complementario que adaptara el contenido a la definición de diagnóstico de síndrome. Este trabajo no ha sido completado
Retraso en el crecimiento y desarrollo (00111)		En la edición 2012-2014 fue propuesta la retirada del diagnóstico a no ser que se realizara un trabajo complementario para separar 1) crecimiento y 2) desarrollo en conceptos diagnósticos independientes. Este trabajo no se ha completado

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

El proceso que hemos usado incluye la revisión individual de dominios asignados, seguido por un segundo revisor que analizaba los términos existentes así como los nuevos términos recomendados. A continuación los dos revisores se reunían, en persona o bien a través de videoconferencia, y revisaban cada una de las líneas una tercera vez de manera conjunta. Una vez llegados al consenso, el tercer revisor tomaba los términos existentes y los recomendados, y de manera independiente los revisaba. Cualquier discrepancia era discutida hasta que se llegaba al consenso. Después de completar el proceso para cada uno de los diagnósticos, incluyendo los nuevos y los revisados, se comenzó un proceso de filtrado de términos similares. Por ejemplo, se buscó cada término con el tronco «pulmo-», para asegurar que se mantuviese la consistencia. También se usaron frases comunes para el filtrado, tales como «verbaliza», «informa», «explica», «falta de»; «insuficiente»; «inadecuado»; «exceso», etc. Este proceso continuó hasta que el equipo fue incapaz de encontrar más términos que no se hubiesen revisado anteriormente.

Dicho esto, sabemos que el trabajo no está finalizado, que no es perfecto y que pueden surgir desacuerdos con algunos de los cambios efectuados. Podemos decirles que existen más de 5.600 indicadores diagnósticos en la terminología y creemos que hemos hecho un buen primer esfuerzo en la estandarización de los términos.

Entre los muchos beneficios del esfuerzo de estandarización realizado los más destacables son:

1. Las traducciones deberían mejorar. Ha habido múltiples cuestiones sobre las dos últimas ediciones difíciles de responder. Algunos ejemplos son:
   (a) Cuando dicen en inglés *lack*, ¿eso significa *ausencia* o *insuficiente*? Frecuentemente la respuesta es j«ambos»! Aunque la dualidad de esta palabra está aceptada en inglés, la falta de claridad no ayuda al clínico en ningún idioma y hace muy difícil la traducción a otros idiomas en los que se deberían usar palabras distintas en función del significado deseado.
   (b) ¿Existe alguna razón por la que algunas características definitorias se expresan en singular mientras que en otros diagnósticos las mismas características se expresan en plural (p. ej., ausencia de personas significativas)?
   (c) Existen muchos términos que son similares, o que son ejemplos de otros términos usados en la terminología. Por ejemplo, ¿cuál es la diferencia entre: *color de la piel anormal (p. ej., pálida, oscura),*
   cambios en la coloración, cianosis, palidez, cambios en la coloración de la piel, cianosis leve? ¿Existen diferencias significativas? ¿Pueden combinarse en un solo término? Algunas de las traducciones son prácticamente iguales (p. ej., *color de la piel anormal, cambios de coloración, cambios en la coloración de la piel)* ¿Podemos usar

el
mismo término o debemos traducir exactamente lo que aparece en la versión inglesa?

La disminución de la variación en estos términos debería facilitar, ahora, la traducción, ya que un término/frase se usa a lo largo de toda la terminología para indicadores similares de los diagnósticos.

2. Se debería mejorar la claridad para los clínicos. Es confuso tanto para los estudiantes como para las enfermeras de la práctica leer términos parecidos pero ligeramente diferentes en distintos diagnósticos. ¿Son iguales? ¿Existe alguna diferencia sutil que no entienden? ¿Por qué NANDA-I no puede ser más clara? Y ¿qué hay de todos esos «por ejemplo» en la terminología? ¿Están ahí para enseñar, para clarificar, para listar todos los ejemplos potenciales? Parece que hay una mezcla de todos ellos en la terminología.

   Se darán cuenta de que muchos de los «por ejemplo» se han eliminado, a no ser que se consideren realmente necesarios para clarificar el propósito. Se han eliminado también muchos de los «consejos para la enseñanza» —la terminología no es el lugar indicado para ello—. Y hemos hecho todo lo que hemos podido para condensar los términos y estandarizarlos, siempre que ha sido posible.

3. Este trabajo ha posibilitado la codificación de los indicadores diagnósticos, que facilitarán su uso para generalizar las bases de datos para la valoración en el dosier electrónico de salud, y aumentarán la disponibilidad de las herramientas de apoyo a la toma de decisiones relacionadas con la precisión en los diagnósticos, así como en la relación entre los diagnósticos y los planes de tratamiento apropiados. Aunque no incluimos los códigos de las frases en esta edición de la taxonomía, existe una lista de todos los indicadores diagnósticos y sus códigos en la web de NANDA-I. Es altamente recomendable que se usen esos códigos en todas las publicaciones para asegurar la precisión en la traducción.

Otros cambios realizados en la edición 2015-2017

La lista de los indicadores diagnósticos ha sido reducida de un par de formas más. En primer lugar, porque las características definitorias son identificadas como aquellos aspectos que pueden ser observados, lo cual incluye aquello que puede ser visto y oído; así, hemos eliminado términos como «observado» y «verbalizado», ya que no es necesario tener dos términos relacionados con el mismo dato. Por ejemplo, anteriormente habría dos características definitorias relacionadas con el dolor, *informa sobre el dolor* y *evidencia observada de dolor;* en esta edición verán sencillamente *dolor,* que puede ser tanto visto como informado por el paciente.

En segundo lugar, algunas de las subcategorías de los términos han sido eliminadas (p. ej., objetivo/subjetivo) porque ya no son necesarias. También se eliminaron listas de medicamentos, categorizados bajo la

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

subcategoría medicamentos.

■ *p’*

Parte 2
Diagnósticos enfermeros

Capítulo 1: Fundamentos de los diagnósticos enfermeros 21

Capítulo 2: De la valoración al diagnóstico 31

Capítulo 3: Introducción a la taxonomía II de NANDA-I 52

Capítulo 4: Taxonomía II de NANDA-I: especificaciones y definiciones 91

Capítulo 5: Preguntas frecuentes 105

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley fr Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

En esta parte presentamos unos capítulos dirigidos a estudiantes y profesores, así como a las enfermeras clínicas. En la página web existe material suplementario que complementa el material presentado en estos capítulos.

Capítulo 1 Fundamentos de los diagnósticos enfermeros

Susan Gallagher-Lepak, RN, PhD

Este capítulo proporciona una revisión breve sobre la terminología de los diagnósticos enfermeros así como el proceso diagnóstico. Es una introducción básica al diagnóstico enfermero: qué es, cuál es su rol dentro del proceso enfermero, una introducción a la relación entre la valoración y el diagnóstico, así como al uso del diagnóstico enfermero.

Capítulo 2 De la valoración al diagnóstico

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI y Shigemi Kamitsuru, RN, PhD, FNT

Este capítulo se refiere a la importancia de la valoración enfermera para la consecución de un diagnóstico preciso en la práctica clínica.

Capítulo 3 Introducción a la taxonomía II de NANDA-I

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

Escrito fundamentalmente para estudiantes y enfermeras clínicas, este capítulo explica el propósito de una taxonomía y cómo usar la taxonomía en la práctica y la formación. La tabla 3.1 presenta los 235 diagnósticos enfermeros de NANDA-I que se hallan en la taxonomía II de NANDA-I así como su localización en los 13 dominios y las 47 clases. La tabla 3.2 presenta los diagnósticos enfermeros como estarían distribuidos en la *propuesta* de taxonomía III.

Capítulo 4 -Taxonomía II de NANDA-I: especificaciones y definiciones

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

Este capítulo proporciona información más detallada sobre la estructura de la taxonomía II de NANDA-I, incluyendo el sistema multiaxial para la construcción de diagnósticos enfermeros durante el desarrollo diagnóstico. Se describe y define cada uno de los ejes. Se presenta cada uno de los diagnósticos con su foco y se muestra cada diagnóstico enfermero tal y como está posicionado en la taxonomía II de NANDA-I y como se localizaría en una *propuesta* de taxonomía III. Se establece un claro enlace entre el uso del lenguaje estandarizado de enfermería que facilita un diagnóstico preciso y los aspectos de seguridad del paciente; se desacon-

seja la «creación» de términos que describan el razonamiento clínico a pie de cama dada la falta de estandarización que supone y que puede comportar planes de cuidado poco apropiados, resultados inadecuados, así como la incapacidad de demostrar de forma adecuada a través de la investigación el impacto de los cuidados enfermeros sobre las respuestas humanas.

Capítulo 5 Preguntas frecuentes

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI y Shigemi Kamitsuru, RN, PhD, FNI

Este capítulo proporciona respuestas a algunas de las preguntas formuladas con más frecuencia por estudiantes, profesores y enfermeras clínicas de todo el mundo, y que nosotros recibimos a través de la página web de NANDA-I, o bien cuando los miembros de la Junta Directiva de NANDA-I viajan para presentar conferencias en el ámbito internacional.

Capítulo 1

Fundamentos de los diagnósticos enfermeros

Susan Gallagher-Lepak, RN, PhD

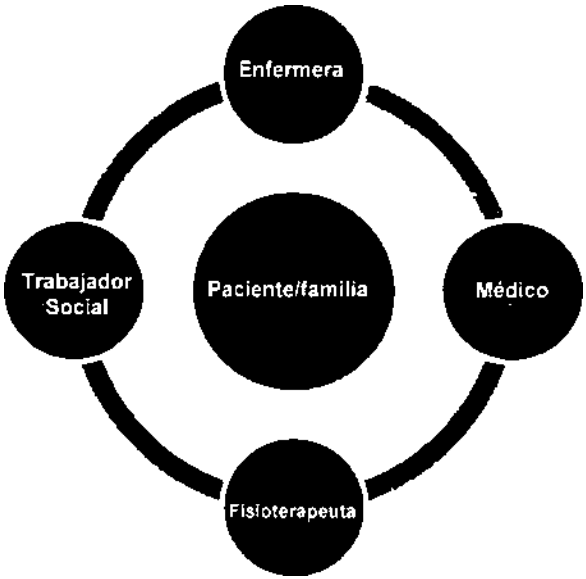
Los cuidados de salud son proporcionados por diferentes profesionales de la salud, incluyendo enfermeras, médicos y fisioterapeutas, por nombrar sólo algunos. Esto es cierto tanto en hospitales como en otros entornos a lo largo del continuum de cuidados (p. ej., centros de salud, cuidados domiciliarios, centros de larga estancia, centros religiosos, prisiones). Cada disciplina de salud aporta su cuerpo de conocimientos único al cuidado del paciente. De hecho, a menudo sólo un único cuerpo de conocimientos es citado como característica definitoria de una profesión.

En ocasiones se produce colaboración y superposición entre los profesionales que proporcionan los cuidados (fig. 1.1). Por ejemplo, un médico en un centro hospitalario puede prescribir una orden para un paciente que indique que debe andar dos veces al día. El fisioterapeuta se focalizará, entonces, en los músculos principales y los movimientos necesarios para andar. En cambio, la enfermera poseerá una visión holística del paciente, incluyendo el equilibrio y la fuerza muscular relacionada con la marcha, así como la confianza y la motivación. El trabajo social puede estar involucrado con la cobertura de la aseguradora para el equipo necesario.

Cada profesión dentro del ámbito de la salud tiene una manera de describir «qué» sabe de la profesión y «cómo» actúa. Una profesión puede tener un lenguaje común que se usa para describir y codificar su conocimiento. Los médicos tratan enfermedades y usan la taxonomía de Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, para representar y codificar los problemas médicos que tratan. Los psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud tratan desórdenes mentales y usan el Manual de Diagnósticos y Estadísticas de Enfermedades Mentales, DSM-V. Las enfermeras tratan las respuestas humanas a los problemas de salud y/o procesos vitales y usan la taxonomía de NANDA International, Inc. (NANDA-I) de diagnósticos enfermeros. La taxonomía de diagnósticos enfermeros y el proceso diagnóstico usando esta taxonomía serán descritos más adelante.

La taxonomía II de NANDA-I proporciona un modo de clasificar y categorizar áreas de responsabilidad enfermera (p. ej., focos diagnósticos).

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
©2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley &• Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses



Contiene 235 diagnósticos enfermeros agrupados en 13 dominios y 47 clases. Un dominio es una «esfera de conocimiento»; ejemplos de dominios en la taxonomía II de NANDA-I son; nutrición, eliminación/ intercambio, actividad/reposo o adaptación/tolerancia al estrés (Merriam-Webster, 2009). Los dominios están divididos en clases (grupos que comparten atributos comunes).

Las enfermeras tratan con respuestas a afecciones de salud/procesos vitales de personas, familias, grupos y comunidades. Dichas respuestas son el objeto principal del cuidado enfermero y constituyen el círculo adscrito a enfermería en la figura 1.1. Un diagnóstico enfermero puede focalizar en un problema, o en un estado de promoción para la salud o en un riesgo potencial (Herdman, 2012):

- Diagnóstico enfermero focalizado en el problema: juicio clínico en relación con una *respuesta humana no deseada* de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital.
- Diagnóstico enfermero de riesgo: juicio clínico en relación con la *vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar*
  una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital.
- Diagnóstico enfermero de promoción de la salud: juicio clínico en relación con *la motivación y el deseo* de aumentar el bienestar y actualizar el
  potencial de salud humano. Estas respuestas se expresan por una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud y pueden ser utilizados en cualquier estado de salud. Las respuestas de promoción de la salud se pueden dar en una persona, familia, grupo o comunidad.

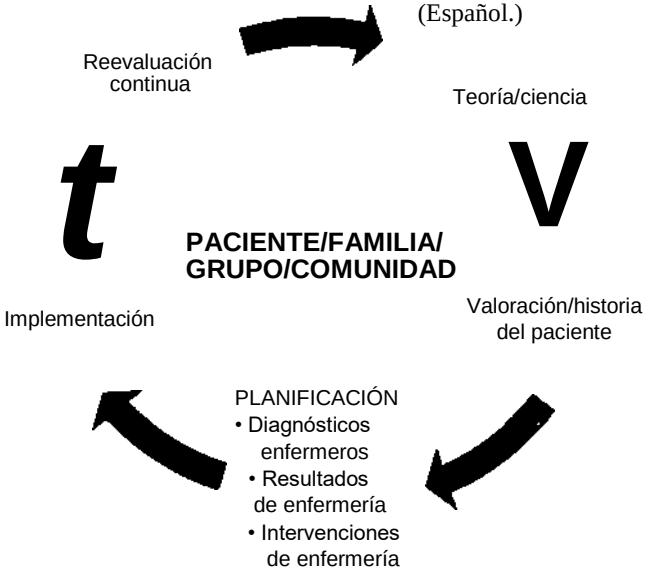
Aunque limitados en número, en la taxonomía n de NANDA-I también se pueden encontrar síndromes. Un síndrome es un juido clínico en reladón con un *conjunto de diagnósticos enfertneros* espedficos que aparecen de manera
conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervendones similares. Un ejemplo de un síndrome es el *síndrome de dolor crónico* (00255). El dolor crónico es recurrente o persistente, ha tenido una duradón de al menos tres meses y ha afectado significativamente al fundonamiento diario o al bienestar. Este síndrome se diferencia del dolor crónico en que el dolor crónico tiene un impacto significativo en otras respuestas humanas y, por tanto, incluye otros diagnósticos como son *trastorno del patrón del sueño* (00198), *aislamiento social* (00053), *fatiga* (00093) o *deterioro de la movilidad física* (00085).

¿Cómo diagnostica una enfermera (o un estudiante de enfermería)?

El proceso de enfermería incluye la valoradón, el diagnóstico enfermero, la planificadón, el establecimiento de objetivos, las intervendones y la evaluadón (fig. 1.2). Las enfermeras usan la valoradón y el juido clínico para formular hipótesis, o explicaciones, sobre la presenda de problemas reales

Figura 1.2 *El proceso de enfermería modificado*

De T.H. Herdman (2013). Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de NANDA International. [Case Management using NANDA International nursing diagnosis] XXX CONGRESO FEMAFEE 2013. Monterey, México. (Español.)



© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

enfermera/conceptos
enfermeros subyacentes

o potenciales, riesgos y/u oportunidades de promoción para la salud. Todos estos pasos requieren conocimientos sobre los conceptos subyacentes de la ciencia enfermera antes de que los patrones puedan ser identificados en los datos clínicos o de que se puedan formular diagnósticos precisos.

Comprender los conceptos enfermeros

El conocimiento de los conceptos clave, o de los focos de los diagnósticos enfermeros, es necesario antes de comenzar la valoración. Algunos ejemplos de conceptos críticos importantes para la práctica clínica enfermera incluyen respiración, eliminación, termorregulación, bienestar físico, autocuidado e integridad tisular. La comprensión de estos conceptos permite a la enfermera la identificación de patrones en los datos así como la identificación de diagnósticos precisos. Áreas clave de comprensión junto con el concepto de dolor, por ejemplo, incluyen las manifestaciones del dolor, teorías del dolor, poblaciones de riesgo, conceptos fisiopatológicos relacionados (p. ej., fatiga, depresión) y la gestión del dolor. Se necesita una comprensión completa de los conceptos clave así como de la diferenciación de los diagnósticos. Por ejemplo, a fin de comprender la hipotermia o la hipertermia una enfermera debe en primer lugar comprender los conceptos fundamentales de la estabilidad térmica y de la termorregulación. Cuando se analizan problemas que pueden suceder en relación con la *termorregulación* la enfermera se enfrentará en primer lugar a los diagnósticos de *hipotermia* (00006) (o riesgo de), *hipertermia* (00007) (o riesgo de), pero también *riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal* (00005) y *termorregulación ineficaz* (00008). La enfermera debe recoger un número significativo de datos, pero sin una comprensión suficiente de los conceptos fundamentales sobre la estabilidad térmica y la termorregulación, los datos necesarios para la diagnosis precisa pueden ser omitidos y los patrones en los datos de la valoración pueden pasar desapercibidos.

Valoración

La valoración implica la recogida de información subjetiva y objetiva (p. ej., signos vitales, entrevista con el paciente/familia, examen físico) y revisión de la información en la historia del paciente. Las enfermeras recogen, asimismo, información sobre las fortalezas (para identificar oportunidades de promoción de la salud) y riesgos (áreas que las enfermeras pueden prevenir o problemas potenciales que pueden posponer). La valoración puede basarse en una teoría de enfermería en concreto, como la desarrollada por la Hermana Callissta Roy, Wanda Horta o Dorothea Orem, o en un marco teórico para la valoración como los patrones funcionales de Maijory Gordon. Estos marcos proporcionan una forma de clasificar grandes cantidades de datos en un número manejable de patrones relacionados de categorías de datos.

El fundamento de los diagnósticos enfermeros es el razonamiento clínico. El razonamiento clínico se requiere para distinguir los datos que son normales de los que no lo son, agrupar datos relacionados, reconocer datos que faltan, identificar inconsistencias en los datos y realizar inferencias (Alfaro-Lefebre, 2004). El juicio clínico es «una interpretación o conclusión sobre las necesidades, preocupaciones o problemas de salud de un paciente, y/o la decisión de tomar algún tipo de acción al respecto (o no)» (Tanner, 2006, p. 204). Los aspectos esenciales pueden ser evidentes de forma precoz en la valoración (p. ej., alteración en la integridad tisular, soledad) y permitir a la enfermera iniciar el proceso diagnóstico. Por ejemplo, un paciente puede informar de la presencia de dolor y/o mostrar agitación mientras se sujeta una parte del cuerpo. La enfermera reconocerá el malestar del paciente basándose en la información del paciente y/o las conductas de dolor. Las enfermeras expertas pueden identificar rápidamente grupos de pistas clínicas a partir de los datos de la valoración y avanzar rápidamente hacia el diagnóstico enfermero. Las enfermeras noveles requieren un proceso más secuencial para determinar el diagnóstico enfermero apropiado.

Diagnóstico enfermero

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 enfermero contiene típicamente dos partes: 1) descriptor o modificador y 2) foco del diagnóstico o concepto clave del diagnóstico (tabla 1.1). Existen algunas excepciones en las cuales un diagnóstico enfermero es solamente una palabra como *fatiga* (00093), *estreñimiento* (00011) y *ansiedad* (00146). En estos
diagnósticos el modificador y el foco están inherentes en el mismo término.

Las enfermeras diagnostican problemas de salud, estados de riesgo y disposición para la promoción de la salud. Los diagnósticos que focalizan en el problema no deberían ser entendidos como más importantes que los diagnósticos de riesgo. Algunas veces un diagnóstico de riesgo puede ser el diagnóstico de máxima prioridad para un paciente. Un ejemplo puede ser un paciente con el diagnóstico enfermero de *dolor crónico* (00113), *sobrepeso* (00233), *riesgo de deterioro de la integridad cutánea* (00047) y *riesgo*

Tabla 1.1 ***Partes de la etiqueta de un diagnóstico enfermero***

Modificador	*Foco diagnóstico*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Ineficaz	Limpieza de las vías aéreas
Riesgo de	Sobrepeso
Disposición para mejorar	Conocimiento
	Memoria
Deterioro	Afrontamiento
Ineficaz	

Modificador	Breve descripción
Diagnóstico enfermero	Problema, fortaleza o riesgo identificado para un paciente, familia, grupo o comunidad
Característica definitoria	Signo o síntoma (pista objetiva o subjetiva)
Factor relacionado	Causa o factor contribuyente (factor etiológico)
Factor de riesgo	Determinante (aumenta el riesgo)

de caídas (00155), que ha sido ingresado recientemente en una unidad de enfermería. Aunque el *dolor crónico* y el *sobrepeso* son diagnósticos focalizados en el problema, su *riesgo de caídas* debería ser el diagnóstico prioritario, sobre todo en la adaptación al nuevo entorno. Esto sería especialmente oportuno cuando se identifican factores relacionados de riesgo en la valoración (p. ej., dificultades en la visión, dificultades en la marcha, antecedentes de caídas y aumento de la ansiedad en el traslado).

Cada diagnóstico posee una etiqueta y una definición clara. Es importante mencionar que con sólo la etiqueta o con una lista de etiquetas no es suficiente. Es crucial que las enfermeras conozcan las definiciones de los diagnósticos que utilizan de forma más frecuente. Además necesitan saber los «indicadores diagnósticos» —los datos que se usan para diagnosticar y diferenciar un diagnóstico de otro—. Estos indicadores diagnósticos incluyen características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo (tabla 1.2). Las características definitorias son pistas o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (p. ej., signos o síntomas). Una valoración que identifica la presencia de un determinado número de características apoya la precisión del diagnóstico enfermero. Los factores relacionados son un componente integral de todos los diagnósticos enfermeros focalizados en el problema. Los factores relacionados son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (p. ej., causa, factor contribuyente). Los factores relacionados se hallan frecuentemente en la revisión de la historia del paciente. Siempre que sea posible, las intervenciones enfermeras deberían dirigirse a estos factores etiológicos de manera que se eliminen las causas subyacentes al diagnóstico enfermero. Los factores de riesgo son factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a sufrir un evento no saludable.

Un diagnóstico enfermero no necesariamente debe contener todos los tipos de indicadores diagnósticos (p. ej., características definitorias, factores relacionados y/o factores de riesgo). Los diagnósticos enfermeros focalizados en problemas contienen características definitorias y factores relacionados. Los diagnósticos de promoción de la salud generalmente contienen únicamente características definitorias, aunque pueden usarse factores relacionados si ello mejora la comprensión del diagnóstico. Solamente los diagnósticos de riesgo contienen factores de riesgo.

Un formato comúnmente utilizado cuando se aprenden diagnósticos enfermeros incluye _____ [diagnóstico enfermero] relacionado con _____ [causa/factores relacionados] manifestado por _____ [síntomas/características definitorias]. Por ejemplo, *limpieza ineficaz de las vías aéreas* relacionada con *exceso de mucosidady asma* manifestado por *disminución de los sonidos respiratorios bilaterales, crepitantes en el lóbulo izquierdo y tos persistente, inefectiva.* Dependiendo del dosier electrónico de salud de cada institución, el «relacionado con» y «manifestado por» puede que no esté incluido en el sistema electrónico. Esta información, sin embargo, debería ser reconocible en la valoración y recogida en la historia del paciente, ya que proporciona fundamento para el diagnóstico enfermero. Sin estos datos es imposible verificar la precisión diagnóstica, y esto pone en entredicho la calidad del cuidado enfermero.

Planificación/intervención

Una vez que los diagnósticos han sido identificados deben jerarquizarse con la finalidad de identificar las prioridades de cuidados. Deben identificarse los diagnósticos enfermeros de alta prioridad (p. ej., necesidades urgentes, diagnósticos con un alto nivel de congruencia con las características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo) con la finalidad de que los cuidados puedan ser dirigidos a la resolución de dichos problemas, o a la disminución de la gravedad o riesgo de su aparición (en el caso de los diagnósticos de riesgo).

Los diagnósticos enfermeros se usan para identificar los resultados apropiados de cuidados y planificar las intervenciones específicas de enfermería de manera secuencial. Un resultado de enfermería se refiere a una conducta medible o a una percepción demostrada por una persona, familia, grupo o comunidad en respuesta a una intervención enfermera (Center for Nursing Classification [CNC], n.d.). La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) es un sistema que puede ser usado para seleccionar medidas de resultados relacionadas con diagnósticos enfermeros. Las enfermeras, a menudo, y de manera incorrecta, pasan directamente de los diagnósticos enfermeros a las intervenciones sin considerar los resultados deseados. En lugar de ello, los resultados deben ser identificados antes de determinar las intervenciones. El orden de este proceso es similar a la planificación de un viaje por carretera. Simplemente entrar en el coche y conducir puede llevar a la persona a algún lugar, pero ese lugar puede no ser al que la persona deseaba realmente ir. Es mejor tener primero una localización clara en la cabeza (resultado) y más tarde escoger una ruta (intervención) para llegar hasta la localización deseada.

Una intervención se define como «cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que una enfermera administra para mejorar los resultados del padente/cliente» (CNC, n.d.). La Clasificación de

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Intervenciones de Enfermería (NIC) es una taxonomía completa de intervenciones, basada en la evidencia, que las enfermeras realizan en diversos

entornos de salud. Usando el conocimiento enfermero, las enfermeras llevan a cabo intervenciones tanto independientes como interdisciplinarias. En estas intervenciones interdisciplinarias, el trabajo de las enfermeras se superpone a los cuidados proporcionados por otros profesionales de la salud (p. ej., médicos, terapeutas respiratorios, fisioterapeutas). Por ejemplo, la gestión de la glucosa en sangre es un concepto importante para las enfermeras, *riesgo de nivel de glucemia inestable* (00179) es un diagnóstico enfermero
y las enfermeras implementan intervenciones para tratar esta afección. En comparación, la *diabetes mellitus* es un diagnóstico médico, pero las enfermeras proporcionan intervenciones tanto independientes como interdisciplinarias a las personas que padecen diabetes y que presentan diferentes tipos de problemas o estados de riesgo. Consulten el modelo tripartito de Kamitsuru de la práctica enfermera (fig. 5.2) en la p. 122.

Evaluación

Un diagnóstico enfermero «proporciona las bases para la selección de las intervenciones de enfermería para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad» (Herdman, 2012). El proceso de enfermería frecuentemente se describe como una evolución paso a paso, pero en realidad la enfermera puede ir hacia delante y hada atrás durante su desarrollo. Las enfermeras se mueven entre la valoradón y el diagnóstico enfermero, por ejemplo cuando se recogen datos adicionales y se agrupan en patrones significativos y se evalúa la predsión del diagnóstico. Igualmente, la eficacia de las intervendones y la consecudón de los resultados identificados se evalúan de manera continua cuando se valora el estado del paciente. La evaluación debe realizarse, finalmente, en cada paso del proceso, así como una vez que el plan de cuidados ha sido implementado. Algunas cuestiones a tener en cuenta induyen: «¿qué datos puedo haber olvidado? ¿Estoy haciendo un juido inadecuado? ¿Estoy seguro de este diagnóstico? ¿Necesito consultar con alguien que posea mayor experienda? ¿He confirmado el diagnóstico con la persona/familia/grupo/comunidad? ¿Los resultados estableados son apropiados para este padente en este entorno, dada la realidad de la afectadón del padente y los recursos disponibles? ¿Las intervendones están basadas en la evidendas provenientes de la investigación o en la tradidón (p. ej., "lo que hacemos siempre")?».

El uso del diagnóstico enfermero

Esta descripdón de los fundamentos de los diagnósticos enfermeros, aunque dirigida prindpalmente a estudiantes de enfermería y enfermeras que se inidan en el aprendizaje de los diagnósticos, puede beneficiar a todas las enfermeras, ya que destaca aspeaos críticos en el uso de los diagnósticos enfermeros y propordona ejemplos de áreas en las que se puede produdr un diagnóstico poco preciso. Un área que necesita continuo énfasis,

por ejemplo, es el proceso de relacionar el conocimiento de los conceptos enfermeros subyacentes con la valoración y finalmente con el diagnóstico enfermero. La comprensión de la enfermera de los conceptos clave (o de los focos diagnósticos) dirige tanto el proceso como la interpretación de los datos de la valoración. Relacionado con lo anterior, las enfermeras diagnostican problemas, estados de riesgo y disposición para la promoción de la salud. Cualquiera de estos tipos de diagnóstico puede ser el diagnóstico (o diagnósticos) prioritario, y es la enfermera quien efectúa este juicio clínico.

Al representar el conocimiento de la ciencia enfermera, la taxonomía proporciona la estructura para un lenguaje estandarizado con el que comunicar los diagnósticos enfermeros. Usando la terminología NANDA-I (los diagnósticos), las enfermeras pueden comunicarse entre ellas y con profesionales de otras disciplinas de la salud sobre «cuál» es la singularidad de la enfermería. El uso de los diagnósticos enfermeros en nuestras interacciones con los pacientes/familias puede ayudarles a comprender las cuestiones sobre las cuales las enfermeras se centran y a implicarse en su propio cuidado. La terminología proporciona un lenguaje compartido para las enfermeras para resolver problemas de salud, estados de riesgo y disposición para la promoción de la salud. Los diagnósticos enfermeros de NANDA International se usan intemadonalmente, están traducidos aló idiomas. En un mundo cada vez más globalizado y electrónico, NANDA-I permite además a las enfermeras implicadas en la investigación comunicar los fenómenos de interés para enfermería a través de trabajos y en conferencias de una manera estandarizada, avanzando así en la ciencia enfermera.

Los diagnósticos enfermeros están revisados por expertos, y son remitidos para su aceptación/revisión a NANDA-I por enfermeras de la práctica, formadoras e investigadoras de todo el mundo. Tanto los envíos como las revisiones de nuevos diagnósticos no han cesado de crecer en número en los últimos 40 años de la terminología NANDA-I. Los envíos continuos (y las revisiones) a NANDA-I reforzarán el enfoque, la extensión y la evidencia que apoya la terminología.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Breve resumen del capítulo

Este capítulo describe los tipos de diagnósticos enfermeros (p. ej., focalizado en el problema, de riesgo, de promoción de la salud, de un síndrome), así como los pasos del proceso de enfermería. El proceso de enfermería se inicia con la comprensión de los conceptos subyacentes de la ciencia enfermera. A continuación se realiza la valoración, que incluye la recogida y agrupación de datos en patrones significativos. Los diagnósticos enfermeros, un paso subsiguiente en el proceso de enfermería, incluyen el juido dínico sobre las respuestas humanas a afecdones de salud o procesos vitales, o la vulnerabilidad respecto de esa respuesta por parte de una persona, familia, grupo o comunidad. Los componentes del diagnóstico enfermero han sido revisados en este capítulo, induyendo la etiqueta, la definidón y los indicadores diagnósticos (p. ej., características definitorias y factores reladonados

o factores de riesgo). Dado que la valoración de un paciente generará típicamente un determinado número de diagnósticos enfermeros, éstos necesitan ser priorizados, lo cual nos llevará a la provisión de los cuidados. Los siguientes pasos críticos en el proceso de enfermería incluyen la identificación de los resultados esperados y las intervenciones enfermeras. La evaluación se
realiza en cada paso del proceso enfermero y también al final del mismo.

Preguntas frecuentes sobre los diagnósticos enfermeros propuestas por los estudiantes noveles*

- ¿Los diagnósticos enfermeros son distintos de los diagnósticos médi-
- eos? (p. 122).
- ¿Cuántas características definitorias necesito para formular un diagnóstico enfermero? (p. 118).
- ¿Cuántos factores relacionados necesito usar cuando estoy diagnosticando? (p. 118).
- ¿Cuántos diagnósticos enfermeros necesito para cada paciente? (p. 115).
- ¿Cómo sé qué diagnóstico enfermero es el más preciso? (p. 120).
- ¿Cómo se revisan o se añaden diagnósticos enfermeros a NANDA-I? (p. 461).

*Las respuestas a estas y otras preguntas se hallan en el capítulo 5, Preguntas frecuentes (pp. 105-130).

Referencias bibliográficas

Alfaro-Lefebre, R. (2004). Critical thinking and clinical judgment: A practical approach to outcome-focused thinking (4th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual oí Mental Disorders (5th Ed.). Arüngton, VA: American Psychiatric Association, acceso desde dsm.psychiatryonline.org

Center for Nursing Ciassification & Clinical Eíiectiveness (CNC), University oí Iowa College oí Nursing (n.d.) OverView: Nursing Interventions Ciassification (NIC). Recuperado de http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-interventions-classification-overview, consultada el 13 de marzo de 2014.

Center for Nursing Ciassification & Clinical Eíiectiveness (CNC), University oí Iowa College oí Nursing (n.d.). OverView: Nursing Outcome Ciassification (NOC). Recuperado de http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-outcomes-classification-overview, consultada el 13 de marzo de 2014.

Herdman, T. H. (ed.) (2012) NANDA International. Nursing diagnoses: Definitions and ciassification, 2012-2014. Ames, LA: Wiley-Blackwell.

Herdman, T. H. (2013). Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de la NANDA International. [Case management using NANDA International nursing diagnoses]. XXX CONGRESO FEMAFEE 2013. Monterrey, México. (Español.)

Merriam-Webster (2009). Merriam-Webster's collegiate dictionary (11th ed.). Springfield, MA: Merriam-Webster.

Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model oí clinical judgment in nursing. Journal oí Nursing Education. 45(6), 204-211.

Capítulo 2

De la valoración al diagnóstico

T. Heather Herdman, RN, PhD, FN1 y Shigemi Kamitsuru, RN, PhD, FN1

La valoración es el primer paso del proceso enfermero y el más crítico. Si este paso no se maneja de manera adecuada, las enfermeras perderán el control sobre las siguientes etapas del proceso enfermero. Sin una valoración enfermera apropiada no puede haber diagnóstico enfermero, y sin el diagnóstico no se pueden identificar intervenciones enfermeras independientes. La valoración no debería realizarse meramente para rellenar espacios de un formulario o una pantalla de ordenador. Si todo esto les suena, ¡es el momento de echarle un nuevo vistazo al propósito de la valoración!

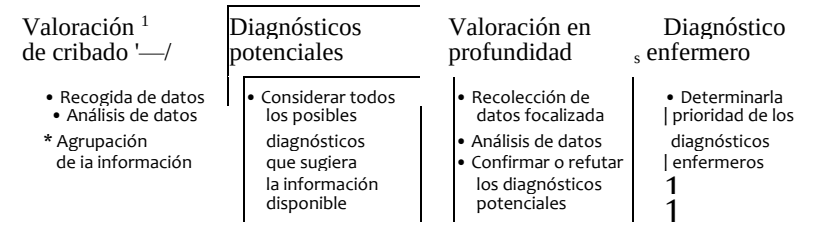
¿Qué ocurre durante la valoración enfermera?

Durante las etapas de valoración y diagnóstico del proceso enfermero las enfermeras recogen datos del paciente (o la familia/grupo/comunidad), procesan los datos para convertirlos en información y organizan la información en
categorías significativas de conocimiento, también conocidas como diagnósti-
cos enfermeros. La valoración proporciona la mejor oportunidad a las enfermeras para establecer una relación terapéutica eficaz con el paciente. En otras
palabras, la valoración es una actividad tanto intelectual como interpersonal.

Como se puede ver en la figura 2.1, la valoración implica múltiples etapas, el objetivo de las cuales son los diagnósticos y la priorización de dichos diagnósticos, que más tarde constituirán la base del tratamiento enfermero. Probablemente esto suene como un proceso largo y complejo y, francamente, ¿quién dispone de tiempo para todo ello?; en el mundo real, a menudo estamos obligados a llevar a cabo algunas de estas etapas en un suspiro. Por ejemplo, si una enfermera ve un paciente sujetándose la parte inferior del abdomen y haciendo muecas, probablemente puede interpretar de inmediato que el paciente experimenta *dolor agudo* (00132). Por tanto, el paso desde la recogida de datos (observación de la conducta del paciente) hasta la determinación del diagnóstico potencial (p. ej., *dolor agudo)* ocurre en un segundo. Sin embargo, este diagnóstico identificado

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.

© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley fr Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses



tan rápidamente puede no ser el adecuado, o puede no ser el de más alta prioridad para el paciente. Llegar a este punto toma su tiempo.

Por lo tanto, ¿cómo puede diagnosticar de una forma precisa? Solamente avanzando hasta la siguiente etapa de valoración en profundidad —y con el uso apropiado de los datos obtenidos durante esa valoración— puede asegurar la precisión en el diagnóstico. El paciente puede realmente estar experimentando *dolor agudo,* pero sin la valoración en profundidad no existe ninguna manera de que la enfermera sepa que el dolor está relacionado con cólicos intestinales y diarrea. Este capítulo proporciona conocimientos fundamentales sobre qué hacer con todos esos datos que ha recogido. Después de todo, ¿para qué preocuparse de recoger datos si después no los va a usar?

En la siguiente sección revisaremos cada una de las etapas del proceso que nos llevan desde la valoración hasta el diagnóstico. Pero antes, dediquemos unos minutos a discutir el propósito, porque la valoración no es simplemente una tarea que las enfermeras deban completar realmente necesitamos comprender cuál es su propósito de manera que podamos entender cómo se aplica a nuestro rol profesional como enfermeras.

¿Por qué deben valorar las enfermeras?

Las enfermeras necesitan valorar a los pacientes desde el punto de vista de la disciplina enfermera para poder diagnosticar de forma precisa y proporcionar cuidados eficaces. ¿Qué es la «disciplina enfermera»? Para decirlo de manera simple, es el cuerpo de conocimientos que comprende la ciencia de la enfermería. Diagnosticar un paciente basándose en su diagnóstico médico o en la información médica no es ni recomendable ni seguro en el proceso diagnóstico. Una conclusión tan sumamente simplificada puede llevarnos a intervenciones inapropiadas, a un aumento de los días de estancia y a reingresos innecesarios.

Recuerde que las enfermeras diagnostican respuestas humanas reales o potenciales a afecciones de salud/procesos vitales, o vulnerabilidad hacia esa respuesta —el foco aquí es «las respuestas humanas»—. Los seres humanos son complejos, no respondemos a la misma situación de la misma manera. Esas respuestas se basan en muchos factores: genéticos, fisiológicos, afectaciones de la salud y experiencias pasadas con la salud/lesiones.

Sin embargo, las respuestas también están influenciadas por la cultura del paciente, la etnia, creencias religiosas/espirituales, sexo/género y educación familiar. Esto significa que las respuestas humanas no se identifican de manera sencilla. Si asumimos que, sencillamente, todos los pacientes con un diagnóstico médico determinado responden de determinada manera, podemos tratar afecciones (y por tanto usar el tiempo enfermero y otros recursos) que no existen, mientras que obviamos otras que realmente necesitarían nuestra atención.

Es posible que existan relaciones estrechas entre algunos diagnósticos enfermeros y algunas afecciones médicas; sin embargo, actualmente no poseemos suficientes evidencias científicas para relacionar de forma definitiva todos los diagnósticos enfermeros con diagnósticos médicos concretos. Por ejemplo, no hay manera de identificar la capacidad del paciente para la vida independiente diaria o la disponibilidad/calidad del apoyo familiar, basándonos en un diagnóstico médico de infarto de miocardio u osteoporosis. Tampoco podemos asumir que todos los pacientes con un determinado diagnóstico médico responderán de la misma manera: todos los pacientes que han experimentado una mastectomía no han experimentado un *trastorno de la imagen corporal* (00118), por ejemplo. Así pues, la valoración enfermera y el posterior diagnóstico deberían estar guiados desde el punto de vista de la disciplina enfermera.

Desgraciadamente, en su práctica, probablemente observe enfermeras que asignan o «escogen» un diagnósticos antes de haber valorado al paciente. ¿Qué es lo que está mal en esta vía hacia el diagnóstico? Como ejemplo, una enfermera podría completar un plan de cuidados basado en el diagnóstico de *ansiedad* (00146) para un paciente que debe someterse a cirugía, antes incluso de que el paciente ingrese en la unidad o sea evaluado. Las enfermeras que trabajan en unidades quirúrgicas tratan muchos pacientes preoperatorios, y esos pacientes se hallan en numerosas ocasiones muy ansiosos. Esas enfermeras pueden saber que la enseñanza preoperatoria es una intervención eficaz en la reducción de la ansiedad.

Por tanto, asumir una relación entre los pacientes preoperatorios y la ansiedad puede ser útil en la práctica. Sin embargo, la afirmación «los pacientes preoperatorios padecen ansiedad» puede no ser aplicable a todos los pacientes (es una hipótesis), por tanto debe ser validada con todos y cada uno de ellos. Esto es especialmente cierto, ya que la ansiedad es una experiencia subjetiva —aunque podemos pensar que el paciente parece ansioso, o podemos esperar que lo esté, solamente él puede realmente decirnos si se *siente* ansioso—. En otras palabras, la enfermera puede comprender cómo se siente el paciente solamente si el paciente le habla de sus sentimientos, por tanto, la *ansiedad* es un diagnóstico enfermero enfocado en el problema que requiere datos subjetivos del paciente. Lo que parece ser ansiedad, puede en realidad, ser *temor* (00148) o *afrontamiento ineficaz* (00069); sencillamente no podemos saberlo hasta que valoremos y validemos nuestros hallazgos. Así, antes de que la enfermera diagnostique a un paciente es absolutamente necesaria una valoración minuciosa.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Existen dos tipos de valoración: cribado y en profundidad. Mientras que ambos requieren recogida de datos, responden a diferentes propósitos. La valoración de cribado es la fase inicial de recogida de datos, y es probablemente la más fácil de completar. La valoración en profundidad es más focalizada, capacitando a la enfermera para explorar la información identificada en el cribado inicial y para buscar claves adicionales que puedan confirmar o refutar los diagnósticos enfermeros potenciales.

No es una simple cuestión de «rellenar los espacios en blanco»

Algunas escuelas y organizaciones de salud proporcionan a las enfermeras un formulario estandarizado —en papel o en el dosier electrónico de salud— que debe ser completado para cada paciente en un período de tiempo específico. Por ejemplo, los pacientes ingresados en el hospital deben tener esta valoración completada en las 24 horas posteriores al ingreso. Los pacientes que son visitados en un ambulatorio pueden necesitar la valoración antes de ser visitados por el proveedor de cuidados primarios (p. ej., un médico o una enfermera especializada). Algunas organizaciones tienen herramientas que facilitan el cumplimiento de una valoración basada en una teoría o modelo de enfermería concreto (p. ej.. El Modelo de Adaptación de Roy), la revisión de los sistemas corporales o algún otro método de organizar los datos que deben ser recogidos.

La ejecución de la valoración de cribado requiere competencias específicas para la cumplimentadón precisa de los procedimientos que conducirán a la obtención de los datos y requiere un alto nivel de habilidades en comunicación interpersonal. Los pacientes se deben sentir seguros y confiar en la enfermera para encontrarse cómodos contestando preguntas personales o proporcionando respuestas, especialmente si sienten que sus respuestas podrían no ser «normales» o «aceptadas».

Decimos que la valoración de cribado inicial debería ser la fase más fácil ya que, de alguna manera, es, inicialmente, un proceso de «rellenar los espacios en blanco». El formulario requiere la temperatura del paciente, por tanto la enfermera toma la temperatura y registra el dato en el formulario de valoración. El formulario requiere que se recoja información sobre el sistema cardíaco del paciente y la enfermera completa todos los espacios en blanco del formulario que hacen referencia a este sistema (frecuencia cardíaca, ritmo, presencia de murmullo, pulsos pódales, etc.).

Sin embargo, una valoración apropiada requiere mucho más que este cribado inicial. Obviamente, cuando la enfermera revisa los datos recogidos durante su valoración y empieza a reconocer los diagnósticos potenciales, necesitará recoger nuevos datos que la ayuden a determinar si existen otras respuestas humanas que sean de interés, que indiquen riesgo para el paciente, o que sugieran oportunidades de promoción de la salud. La enfermera también querrá identificar la etiología o los factores precipitantes de las

áreas de interés. Es posible que estas cuestiones no estén incluidas en profundidad en el formulario de valoración de la organización porque, sencillamente, |no existe una manera de incluir todas las posibles cuestiones que puede ser necesario preguntar para todas las posibles respuestas humanas!

Marco para la valoración

Tomemos un momento para considerar el tipo de marco que apoya una valoración enfermera minuciosa. Para obtener un diagnóstico enfermero preciso, así como unos cuidados del paciente seguros, se debería usar un marco de
valoración enfermero basado en la evidencia. Este marco debería también re-
presentar la disciplina del profesional que lo usara: en este caso, el formulario
de valoración debería representar el conocimiento de la disciplina enfermera.

¿Deberíamos usar la taxonomía II de NANDA-I como marco de valoración?

Algunas veces existe confusión sobre las diferencias entre la taxonomía II de NANDA-I de los diagnósticos enfermeros y el marco de valoración de los Patrones Funcionales de Salud de Gordon (PFS) (1994). La taxonomía II de NANDA-I se desarrolló sobre la base del trabajo de Gordon; por eso los dos marcos parecen similares. Sin embargo, su propósito y funciones son completamente diferentes. (V. caps. 3 y 4 para información más específica sobre la taxonomía II de NANDA-I).

El único propósito de la taxonomía n de NANDA-I es clasificar/categorizar
los diagnósticos enfermeros. Cada dominio y clase están definidos de manera
que el marco ayude a la enfermera a localizar un diagnóstico enfermero en la
taxonomía. Por otro lado, el marco de PFS fue desarrollado científicamente para estandarizar la estructura de la valoración enfermera (Gordon, 1994). Éste, guía la recogida de la historia enfermera así como el examen físico, y proporciona ítems para la valoración como también una estructura para la organización de los datos de la valoración. Además, la secuencia de los 11 pa-
trones proporciona un flujo eficiente y eficaz para la valoración enfermera.

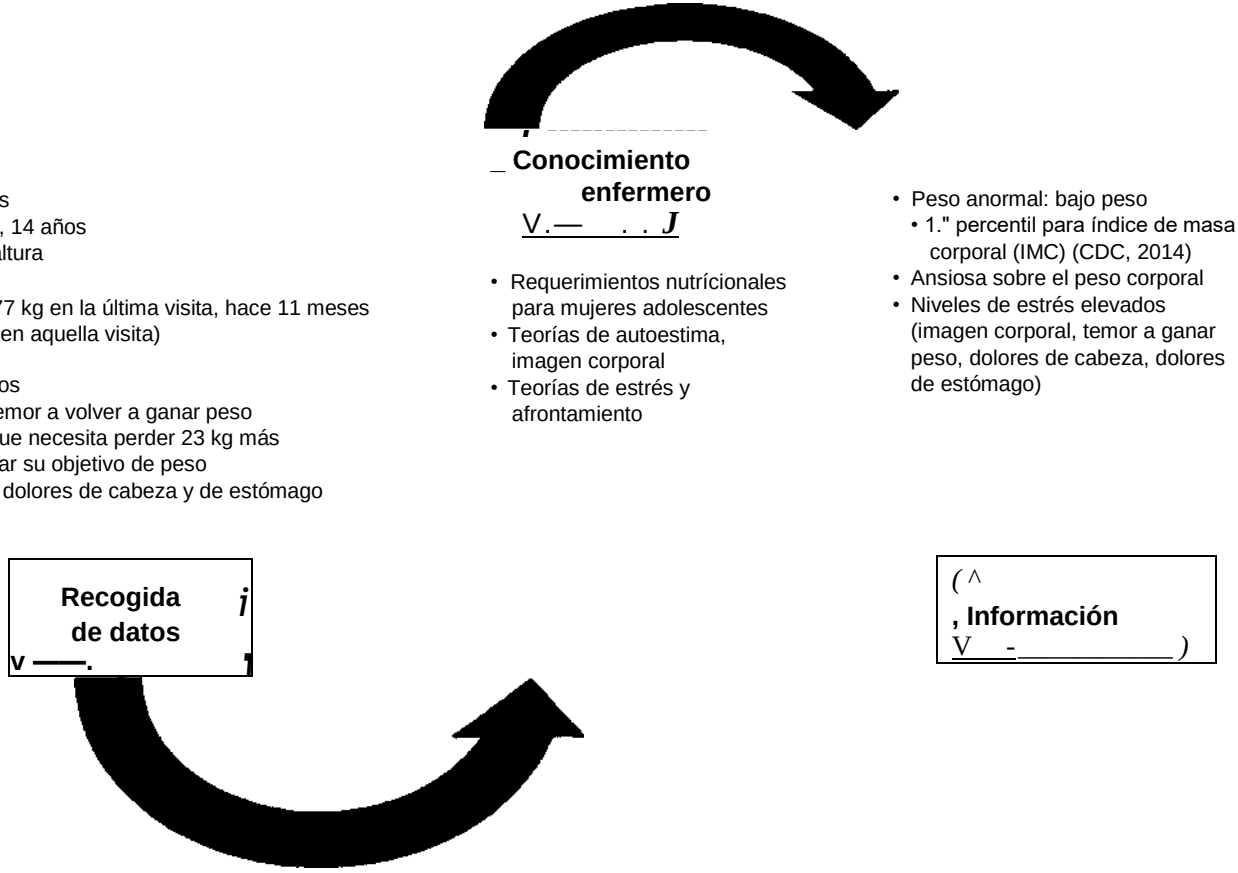
Tal y como se especifica en la declaración de posicionamiento de NANDA-I (2010), el uso de un marco de valoración basado en la evidencia como los PFS de Gordon es altamente recomendable para la obtención de diagnósticos enfermeros precisos así como para garantizar la seguridad de los cuidados del paciente. La taxonomía n de NANDA-I no está pensada para ser usada como marco de valoración.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Análisis de datos

La segunda fase en el proceso es la conversión de los datos en información. Su propósito es ayudamos a considerar qué significado pueden tener los datos que recogimos en la valoración de cribado, o ayudarnos a identi-

Figura 2.2 ***Convertir los datos en información: el caso de Carolina, una adolescente de 14 años visitada en un ambulatorio***



Datos objetivos
- Adolescente, 14 años
- 175,26 cm altura
- 47,63 kg
- Pesaba 65,77 kg en la última visita, hace 11 meses (170,18 cm en aquella visita)

Datos subjetivos
- Manifiesta temor a volver a ganar peso
- Manifiesta que necesita perder 23 kg más para alcanzar su objetivo de peso
- Se queja de dolores de cabeza y de estómago frecuentes

- Requerimientos nutrícionales para mujeres adolescentes
- Teorías de autoestima, imagen corporal
- Teorías de estrés y afrontamiento

- Peso anormal: bajo peso
  - 1." percentil para índice de masa corporal (IMC) (CDC, 2014)
- Ansiosa sobre el peso corporal
- Niveles de estrés elevados (imagen corporal, temor a ganar peso, dolores de cabeza, dolores de estómago)

ficar datos adicionales que debemos recoger. Los términos «información» y «datos» a veces se usan de manera indistinta, pero las características reales de
los datos y de la información son bien diferentes. Con la finalidad de mejorar la comprensión de la valoración, así como de los diagnósticos enfermeros, es
útil tomar un momento para diferenciar los datos de la información.

Los datos son los hechos tal cual se producen, recogidos por las enfermeras a través de sus observaciones. Las enfermeras recogen datos del paciente (o la familia/grupo/comunidad) y usando el conocimiento enfermero los transforman en información. Puede entenderse la información como los datos con un juicio o significado asignado, como «alto» o «bajo», «normal» o «anormal», e «importante» o «no importante». La figura 2.2 proporciona un ejemplo de cómo los datos objetivos y subjetivos pueden convertirse en información usando el conocimiento enfermero.

Es importante notar que los mismos datos pueden ser interpretados de manera distinta dependiendo del contexto, o de la recogida de nuevos datos. Por ejemplo, supongamos que una enfermera comprueba la temperatura corporal del Sr. W que acaba de ingresar en el hospital con una herida quirúrgica infectada y dificultad en la respiración. El termómetro indica que su temperatura es de 37,5 °C axilar. Este hecho adquiere significado cuando se contrasta con los valores normales aceptados al procesar la enfermera los datos para obtener información: El Sr. W presenta febrícula. Sin embargo, ¿qué pasaría si la enfermera averiguara que cuando el Sr. W fue visitado en la consulta externa hace un par de horas su temperatura era de 39 °C? con este nuevo dato, el dato de temperatura actual puede ser reinterpretado: la temperatura del Sr. W ha disminuido (está mejorando).

Por tanto, cuando registramos la valoración es importante incluir tanto los datos como la información. La información no puede ser validada por otros profesionales si no se proporcionan los datos. Por ejemplo, sencillamente indicar que «el Sr. W presenta fiebre» no es clínicamente útil. ¿Cómo de grave es esa fiebre? ¿Cómo se recogieron los datos (temperatura oral, axilar, central)? La documentación que muestra que el Sr. W tuvo fiebre de 37,5 °C axilar facilita que otras enfermeras puedan comparar nuevas lecturas de temperatura con lecturas previas, para poder identificar si el paciente mejora.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Datos subjetivos frente a datos objetivos

Las enfermeras recogen y documentan dos tipos de datos relacionados con el paciente: subjetivos y objetivos. Mientras que los médicos valoran los datos objetivos por encima de los subjetivos para identificar los diagnósticos médicos, las enfermeras valoran ambos tipos de datos para identificar los diagnósticos enfermeros (Gordon, 2008).

¿Cuál es la diferencia entre los datos subjetivos y los objetivos? El diccionario (Merriam-Webster, 2014) define *subjetivo* como «basado en sentimientos u opiniones más que en hechos»; *objetivo* significa «basado en

hechos más que en sentimientos u opiniones». Algo con lo que debe tener

precaución aquí es que cuando estos términos son usados en el contexto de la valoración enfermera presentan un significado ligeramente diferente a esta definición del diccionario general. Aunque la idea básica es la misma, «subjetivo» no se refiere a los sentimientos u opiniones de la *enfermera,* sino a los del sujeto del cuidado enfermero: el paciente/familia/grupo/comunidad. Es más, «objetivo» se refiere a aquellos hechos observados por la enfermera u otros profesionales de la salud.

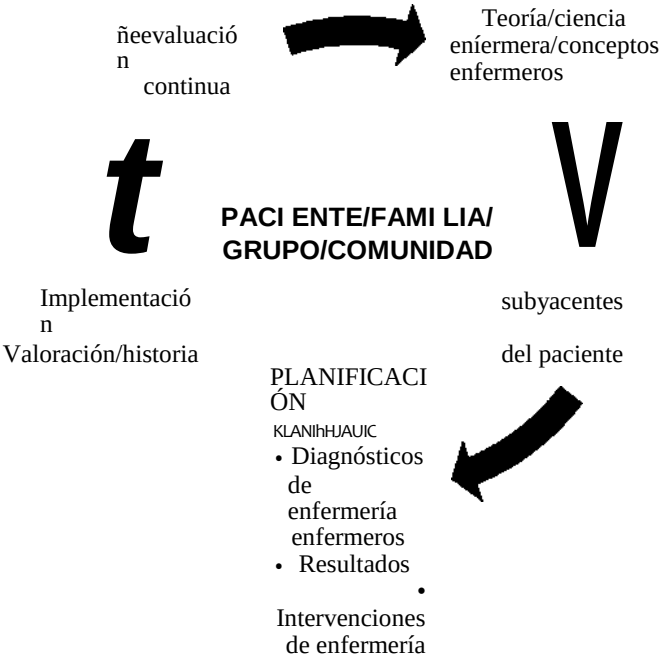
En otras palabras, los *datos subjetivos* provienen de los informes verbales del paciente sobre sus percepciones o pensamientos acerca de su salud, vida diaria, bienestar, relaciones, etc. Por ejemplo, un paciente puede informar «he tenido dolor de espalda grave durante una semana», o «no tengo a nadie en mi vida con quien pueda compartir mis sentimientos». Algunas veces, sin embargo, el paciente es incapaz de proporcionar datos subjetivos, y por tanto debemos confiar en otras fuentes, como los miembros de la familia/amigos íntimos. Los padres pueden proporcionar información útil sobre la conducta de sus hijos basándose en sus observaciones diarias y su conocimiento. Un ejemplo podría ser un padre que le dice a la enfermera que «generalmente se enrosca como una bola y se mece cuando le duele». Las enfermeras pueden usar esta información para validar la conducta del bebé, y esa conducta se puede usar como datos subjetivos.

Las enfermeras recogen estos datos subjetivos en la entrevista clínica o al hacer la anamnesis. La anamnesis no consiste únicamente en formular al paciente una pregunta tras otra usando un formulario rutinario. Para conseguir datos precisos del paciente las enfermeras deben incorporar la escucha activa y usar preguntas abiertas tanto como sea posible, especialmente cuando se identifican datos potencialmente anormales.

Los *datos objetivos* son aquellos aspectos que las enfermeras observan sobre el paciente. Los datos objetivos se recogen a través del examen físico y los resultados de las pruebas diagnósticas. Aquí «observar» no sólo significa el uso de la vista: requiere el uso de todos los sentidos. Por ejemplo, las enfermeras observan la apariencia general del paciente, escuchan los sonidos pulmonares, huelen los drenajes purulentos de las heridas y sienten la temperatura de la piel a través del tacto. Además, las enfermeras usan distintos instrumentos y herramientas para recoger datos numéricos del paciente (p. ej., peso corporal, tensión arterial, saturación de oxígeno, nivel del dolor). Con la finalidad de obtener datos objetivos precisos y fiables, las enfermeras deben poseer unas habilidades y conocimientos apropiados para realizar el examen físico, así como para usar las herramientas estándares o los aparatos de monitorización.

Pregúntese, estos datos significan:

¿un problema?
¿una fortaleza?
¿una vulnerabilidad?



Agrupación de la información/detectar un patrón

Una vez que la enfermera ha recogido los datos y los ha transformado en información, la siguiente fase es responder a la pregunta: ¿cuáles son las respuestas humanas del paciente (diagnósticos enfermeros)? Esto requiere del conocimiento de diferentes teorías y modelos tanto de enfermería como de otras disciplinas relacionadas.

También requiere conocimiento sobre los conceptos que subyacen en los propios diagnósticos enfermeros. ¿Recuerda el diagrama del proceso de enfermería modificado introducido en el capítulo 1 (fig. 2.3)? En este diagrama Herdman (2013) identifica la importancia de la teoría/ciencia enfermera que subyace en los conceptos enfermeros. ¡Las técnicas de valoración no sirven de nada si no sabemos cómo usar los datos!

Si la enfermera que valoró a la adolescente Carolina (v. fig. 2.2) no conociera el IMC normal para ese grupo de edad, no hubiera sido capaz de interpretar que el peso de la paciente era bajo. Si no entendiese las teorías relacionadas con el desarrollo infantil, la autoestima, la imagen corporal, el estrés y el afrontamiento en este grupo de edad, no hubiera identificado otras vulnerabilidades o respuestas problemáticas que presentaba Carolina.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Identificar los diagnósticos enfermeros potenciales (hipótesis diagnósticas)

En esta fase del proceso la enfermera ve cómo la información se va agrupando para formar un patrón; éste le proporciona una forma de ver las

respuestas humanas que el paciente experimenta. Inicialmente la enfermera considera todos los diagnósticos potenciales que se le ocurren. En la enfermera experta esto puede ocurrir en segundos —para las noveles o los estudiantes de enfermería, puede requerir el apoyo de enfermeras expertas o profesores que guíen su razonamiento—.

Pregúntese, ahora que ha recogido los datos de la valoración y los ha convertido en información, ¿cómo sabrá lo que es importante y aquello que es irrelevante para este paciente en particular?

La identificación de patrones a partir de los datos requiere una comprensión de los conceptos que refuerzan cada diagnóstico. Por ejemplo, si ha valorado a la Sra. K y ha notado que tiene dificultad respiratoria, que el pulsioxímetro muestra una oxigenación del 88%, que usa los músculos accesorios de la respiración y que tiene retracción supraclavicular, ¿qué le sugiere? A no ser que tenga una buena comprensión de los patrones respiratorios normales, el intercambio gaseoso y la ventilación, puede que no le sugiera gran cosa. Puede que sepa que la Sra. K presenta algún problema con la respiración, pero no tiene conocimientos suficientes para tratar de identificar una causa (factores relacionados) o determinar un diagnóstico preciso. Esta situación puede llevar a la enfermera a simplemente «escoger un diagnóstico» de la lista o tratar de usar el diagnóstico médico como la base para el diagnóstico enfermero. El conocimiento conceptual de cada diagnóstico enfermero permite a la enfermera dotar de significado preciso a los datos recogidos del paciente, y la prepara para realizar la valoración en profundidad.

Cuando posee este conocimiento conceptual empieza a ver los datos que ha
recogido de una forma distinta. Convierte los datos en información y empieza
a observar cómo esa información comienza a agruparse para formar patrones,
o «dibujar un cuadro» de lo que podría estarle sucediendo a su paciente. Revise la figura 2.2. Con el conocimiento conceptual enfermero de nutrición, autoestima, estrés, afrontamiento y desarrollo adolescente puede empezar a ver la información como un posible diagnóstico, como por ejemplo:

- Desequilibrio nutricional: inferiora las necesidades corporales (00002).
- Trastorno de la imagen corporal (00118).
- Baja autoestima situacional (00120).

Por desgracia, en esta fase es donde a menudo se quedan las enfermeras: desarrollan una lista de diagnósticos y, o bien pasan directamente a la acción (determinando las intervenciones), o simplemente «eligen» uno de los diagnósticos que les suena apropiado, basándose en la etiqueta diagnóstica, y seleccionan las intervenciones para ese diagnóstico. Esto es clara y llanamente erróneo. Para que los diagnósticos sean precisos, deben ser validados, y eso requiere una valoración adicional en profundidad para confirmar o refutar o «excluir» un diagnóstico.

Combinando el conocimiento básico enfermero y el conocimiento de

los diagnósticos enfermeros, la enfermera puede pasar de la identificación de diagnósticos potenciales basados en la valoración de cribado a

una valoración en profundidad, y de ahí a la determinación del diagnóstico o diagnósticos precisos.

Valoración en profundidad

En esta etapa ya ha revisado la información resultante de la valoración de cribado para determinar si ésta estaba dentro de la normalidad o no, o si representaba un riesgo (vulnerabilidad) o una fortaleza. Los ítems que se consideraron fuera de la normalidad, o que fueron valorados como vulnerabilidad, deberían tenerse en cuenta para establecer diagnósticos focalizados en problemas o diagnósticos de riesgo. Las áreas en las que el paciente indicó un deseo de mejorar algún aspecto (p. ej., mejorar la nutrición) deberían ser consideradas como diagnósticos potenciales de promoción de la salud.

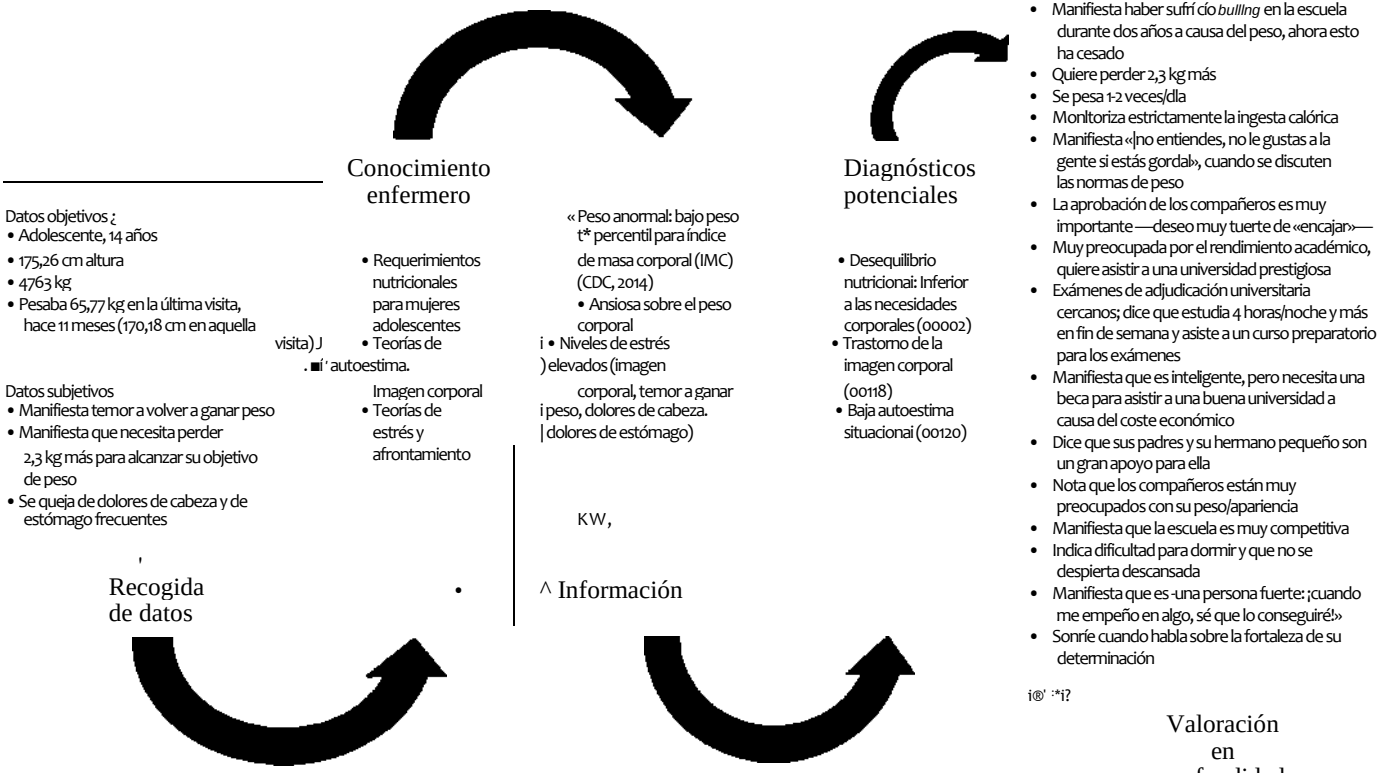
Si algunos datos son interpretados como fuera de la normalidad, es crucial realizar una posterior valoración en profundidad para poder diagnosticar al paciente de forma precisa. Sin embargo, si las enfermeras sencillamente recogen los datos sin prestar demasiada atención a los mismos, los datos críticos pueden pasar desapercibidos. Echemos otro vistazo a la figura 2.2. La enfermera puede finalizar su valoración aquí y simplemente identificar un diagnóstico de *desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales* (00002). Podría proporcionar educación sobre una nutrición adecuada y el rango de peso apropiado para la edad y estatura de Carolina. Podría desarrollar un plan de nutrición o derivar a la paciente a un nutricionista. Sin embargo, aunque todas esas cosas podrían ser apropiadas, no habría identificado algunos de los problemas más importantes y significativos, que si no son atendidos conducirán a problemas continuos con el peso y el estado nutricional de Carolina.

Usando la valoración en profundidad, por el contrario, la enfermera de Carolina fue capaz de identificar la presión de los compañeros, *bulling,* y altos niveles de estrés en relación con el rendimiento académico, su deseo de «encajar» en la escuela, su objetivo de poder asistir a una universidad puntera y la necesidad de ganar una beca que le permitiese pagar la matrícula (fig. 2.4). Identificó que Carolina presentaba aspectos vulnerables consistentes con un entorno social estresante (compañeros que se fijaban en el peso/la apariencia, amenazas de *bulling* y una amiga íntima con conductas de autolesión). Pero también pudo identificar que Carolina tenía una fortaleza en el apoyo que recibía tanto de sus padres como de su hermano, lo cual es muy importante a la hora de construir cualquier plan de cuidados. Por tanto, con esta valoración en profundidad adicional la enfermera puede ahora revisar sus diagnósticos potenciales:

- Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002).
- Estrés por sobrecarga (00177).
- Afrontamiento ineficaz (00069).
- Ansiedad (00146).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura 2.4 *Valoración en profundidad: ei caso de Carolina, una adolesdente de 14 años visitada en un ambulatorio*



- Trastorno de la imagen corporal (00118)
- Baja autoestima situacional (00120)

Confirmar/refutar diagnósticos enfermeros potenciales

Siempre que se recogen nuevos datos y se convierten en información, se deben reconsiderar los diagnósticos previos potenciales o determinados. En esta fase hay tres cuestiones principales que deben tenerse en cuenta:

- ¿Proporcionó la valoración en profundidad nuevos datos que exclu-
- yan o eliminen uno o más de sus diagnósticos potenciales?
- ¿La valoración en profundidad apunta hacia nuevos diagnósticos que
- no había considerado previamente?
- ¿Cómo puede diferenciar entre diagnósticos similares?

También es importante recordar que otras enfermeras necesitarán ser capaces de continuar validando los diagnósticos que usted formule y comprender cómo ha llegado usted hasta esos diagnósticos. Por esta razón es importante usar términos estandarizados, como los diagnósticos enfermeros de NANDA-I, que proporcionan no solamente una etiqueta (p. ej., *afrontamiento ineficaz* [00069]), sino también una definición y criterios de valoración (características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo), de manera que otras enfermeras puedan continuar validando —o quizás puedan refutar— el diagnóstico a medida que aparezcan nuevos datos del paciente. Los términos que construyen las enfermeras de manera simple al pie de la cama, sin estas definiciones validadas y criterios de validación, no tienen ningún significado consistente y no pueden ser clínicamente validados o confirmados. Cuando no existe un diagnóstico enfermero NANDA-I que encaja con el patrón que usted identifica en el paciente, es más seguro describir la afección de forma detallada que inventar un término que puede tener diferentes significados para diferentes enfermeras. Recuerde que la seguridad del paciente depende de una buena comunicación, por tanto, use solamente los términos estandarizados que poseen una definición clara y criterios de valoración, de manera que puedan ser fácilmente validados.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Eliminar posibles diagnósticos

Uno de los objetivos de la valoración en profundidad es eliminar o «excluir» uno o más de los posibles diagnósticos potenciales que estaba considerando. Esto lo hará revisando la información que ha obtenido y comparándola con lo que sabe sobre los diagnósticos. Es fundamental que los datos de la valoración apoyen el diagnóstico o diagnósticos. Los diagnósticos que no están bien fundamentados por los criterios de valoración proporcionados por NANDA-I (características definitorias, fac-

Pregúntese, cuando mire la información del paciente:

¿Es consistente con la definición del diagnóstico potencial?
¿Los datos identificados en el paciente son características definitorias o factores de riesgo del diagnóstico?
¿Incluye causas (factores relacionados) de los diag-
nósticos potenciales focalizados en el problema?

tores relacionados, o factores de riesgo) y/o que no se fundamentan en factores etiológicos (causas o factores contribuyentes a los diagnósticos) no son apropiados para ningún paciente.

Si miramos la figura 2.4 y consideramos los diagnósticos potenciales que la enfermera de Carolina ha identificado, podemos comenzar a eliminar algunos de ellos por ser diagnósticos no válidos. Algunas veces puede ser de ayuda hacer una comparación de los diagnósticos potenciales, focalizando en aquellas características definitorias y factores relacionados que fueron identificados en la valoración y anamnesis del paciente (tabla 2.1).

Por ejemplo, después de una reflexión, la enfermera de Carolina elimina rápidamente el diagnóstico *baja autoestima situacional.* La definición de este
diagnóstico simplemente no encaja con la confianza de Carolina en su inteligencia, su habilidad para alcanzar aquello que se propone y su orgullo por la fortaleza de su determinación. Aunque presenta algunos factores relacionados de este diagnóstico, no presenta signos/síntomas de alguien que padezca el diagnóstico y, de hecho, presenta fortalezas que son contrarias al mismo. La enfermera puede también eliminar *ansiedad.* Aunque Carolina presenta algunas características definitorias y factores relacionados para este
diagnóstico, no se refiere a ella misma como ansiosa ni identifica un sentimiento de temor o aprensión. Sin embargo, identifica claramente estresores que existen en su vida y que ella ve como un reto que debe superar.

Nuevos diagnósticos potenciales

Es muy posible, como en el caso de Carolina (fig. 2.4), que los nuevos datos nos lleven a nueva información y que ésta a su vez nos lleve a nuevos diagnósticos. Las mismas cuestiones que usó para eliminar los diagnósticos potenciales deberían ser usadas para considerar estos nuevos diagnósticos.

Diferenciar entre diagnósticos similares

Es útil disminuir los diagnósticos potenciales comparando aquellos que son muy similares, pero que tienen algún rasgo diferenciador que hace a

	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002)	*Estrés por sobrecarga (00177)*	*Afrontamiento ineficaz (00069)*	* *Ansiedad (00146)*	*Trastorno de la imagen corporal (00118)*	*Baja autoestima situacional (00120)*
Definidón	Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las metabólicas	Excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción	Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos	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	Confusión en la imagen mental del yo físico	Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual
Características definitorias	Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR) *x* Percepción errónea ■ Peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal	Estrés excesivo Impacto negativo del estrés Sensación de presión Tensión	*i> Cambios en el patrón del sueño IP Estrategias de afrontamiento ineficaces	Afectivas Angustia -i Atención centrada en el yo ^ Incertidumbre * Preocupación ■ Temor Cognitivas V Cavilación ■ Preocupación Conductuales a Insomnio Parasimpáticas • Cambios en el patrón del sueño Simpáticas « Anorexia	Alteración de la visión del propio cuerpo Centra la atención en la apariencia anterior Conducta de reconocimiento del propio cuerpo Percepciones que reflejan una visión alterada de la apariencia del propio cuerpo ■ Preocupación por el cambio » Sentimientos negativos sobre el cuerpo M Temor a la reacción de los demás	

Continúa

	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002)	*Estrés por sobrecarga (00177)*	*Afrontamiento ineficaz (00069)*	*Ansiedad (00146)*	*Trastorno de la imagen corporal (00118)*	*Baja autoestima situacional (00120)*
Factores relacionados	Ingesta diaria insuficiente Trastorno psicológico	Estrés excesivo Estresores repetidos	Apoyo social insuficiente Crisis madurativa Crisis situacional Diferencias de sexo en estrategias de afrontamiento Estrategias de relajación de la tensión ineficaces Incertidumbre Sentido de control insuficiente	Crisis madurativa Crisis situacional Factores estresantes	Alteración de la autopercepción Deterioro del funcionamiento psicosocial Incongruencia cultural Transición del desarrollo	Alteración de la imagen corporal Antecedentes de rechazo Transición del desarrollo

Diagnóstico	*Dominio*	*clase*
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002)	Nutrición	Ingestión
Estrés por sobrecarga (00177)	Afrontamiento/ tolerancia al estrés	Respuestas de afrontamiento
Afrontamiento ineficaz (00069)	Afrontamiento/ tolerancia al estrés	Respuestas de afrontamiento
Trastorno de la imagen corporal (00118)	Autopercepción	Imagen corporal

uno más relevante que al otro. Echemos otro vistazo a nuestra paciente Carolina. Tras realizar la valoración en profundidad la enfermera tenía seis diagnósticos potenciales; dos de ellos fueron eliminados, restando cuatro diagnósticos potenciales. Una manera de iniciar el proceso de diferenciación es mirar el lugar donde están clasificados los diagnósticos en la
taxonomía II de NANDA-I. Esto le da una pista sobre cómo están agrupados los diagnósticos en la amplia área del conocimiento enfermero (dominio) y las subcategorías o grupos de diagnósticos con atributos similares (clase).

Una rápida revisión de la tabla 2.2 muestra sólo un diagnóstico dentro del dominio de nutrición y uno en el dominio de autopercepción. Sin embargo, hay dos diagnósticos en el área del dominio tolerancia/ afrontamiento al estrés; estos diagnósticos también están situados en la misma clase, la de respuestas de afrontamiento. Esto sugiere que alguna diferencia entre los diagnósticos potenciales podría fundamentar la disminución de éstos comparando aquellos con atributos similares.

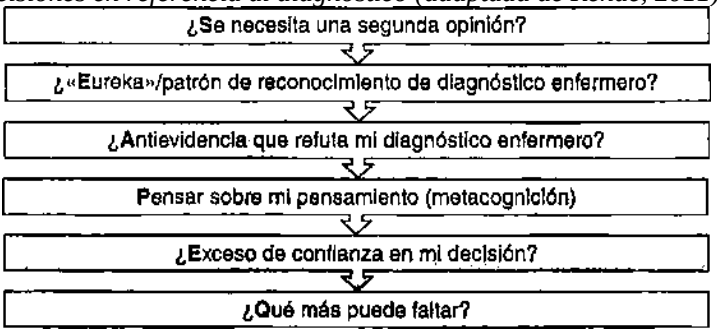
Pregúntese, cuando mire la información del paciente atendiendo a diagnósticos similares:

¿Los diagnósticos comparten un foco similar o es diferente?
¿Si el foco es similar, hay uno más focalizado/ específico que el otro?
¿Un diagnóstico lleva potencialmente a otro que ya he identificado? Es decir, ¿puede ser el factor causal de ese otro diagnóstico?

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A medida que la enfermera considera lo que sabe sobre Carolina, puede tener en cuenta las respuestas de afrontamiento que identificó como diagnósticos potenciales a la luz de estas cuestiones. Los diagnósticos no comparten un foco similar: uno focaliza sobre el estrés mientras que el

Figura 2.5 *SEA PEQ: un instrumento de pensamiento para la toma de decisiones en referencia al diagnóstico (adaptada de Rende, 2011)*



otro focaliza sobre el afrontamiento. El *estrés por sobrecarga* es bastante específico: existe excesiva cantidad y tipos de demandas que requieren que el paciente efectúe una acción.

Carolina ha identificado estresores claramente (*bulling*, presión de los compañeros, deseos de «encajar», exámenes de entrada a la universidad, necesidad de obtener una beca para poder asistir a la universidad, una buena amiga que presenta conducta autolesiva, produciéndose cortes, etc.). El *afrontamiento ineficaz* trata de cómo las personas evalúan los estresores, así como las decisiones que toman para responder a los mismos, y/o cómo acceden a los recursos disponibles para responder a ellos.

Es fácil ver cómo el *estrés por sobrecarga* puede conducir al *afrontamiento*
ineficaz: la eliminación de los estresores, o un reencuadre de la manera como Carolina percibe esos estresores, puede tener un impacto en la forma de afrontar la situación de la paciente. La enfermera debería tomarse algún tiempo para considerar si es posible para la paciente eliminar o reencuadrar los estresores, o si la prioridad es focalizar sobre el afrontamiento ineficaz en respuesta a los estresores. Esto, si fuera posible, debería ser discutido con la paciente y la decisión debería ser tomada con ella. Después de todo, Carolina es la persona que vive la experiencia, por tanto su enfoque y priorización deberían ayudar a la enfermera a guiar el plan de cuidados.

Un instrumento de pensamiento (fig. 2.5) usado por nuestros colegas en medicina puede ser útil como revisión antes de determinar su(s) diagnóstico(s) final(es): utiliza el acrónimo SEA PEQ [SEA TOW en inglés] (Rencic, 2011). Este instrumento puede ser fácilmente adaptado también para los diagnósticos enfermeros.

Siempre es una buena idea pedir a un colega, o a un experto, una *segunda opinión* si no está seguro del diagnóstico apropiado. ¿Es el diagnóstico que está considerando el resultado de un momento *«Eureka»?* ¿Reconoció un patrón en los datos de su valoración en la entrevista con el paciente? ¿Confirmó este patrón revisando los indicadores del diagnóstico (características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo)? ¿Recogió *antievidenda:* datos que parecían refutar este

diagnóstico? ¿Puede justificar el diagnóstico incluso con estos datos, o éstos sugieren que debe analizar la situación en mayor profundidad? *Piense sobre su pensamiento:* ¿era lógico, razonado, construido sobre su conocimiento de la ciencia enfermera y las respuestas humanas que está diagnosticando? ¿Necesita información adicional sobre la respuesta antes de confirmarla? ¿Está sufriendo un *exceso de confianza?* Esto puede ocurrir cuando está acostumbrado a pacientes que presentan un determinado diagnóstico, y por tanto, usted más que aplicar las habilidades de razonamiento clínico lo que hace es «saltar» hacia ese diagnóstico. Finalmente, *¿qué más puede faltar?* ¿Existen otros datos que necesita recoger o revisar para poder validar, confirmar o excluir un diagnóstico enfermero potencial? El uso del acrónimo SEA PEQ puede ayudarle a validar el proceso de razonamiento clínico y aumentar la posibilidad de la precisión del diagnóstico.

Enunciar un diagnóstico/priorizar

La última etapa es el enunciado del diagnóstico o diagnósticos que guiarán la intervención enfermera para su paciente. Después de revisar todo lo que conoce sobre su paciente Carolina, la enfermera debería haber identificado tres diagnósticos principales, uno de los cuales es nuevo:

- Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002).
- Trastorno de la imagen corporal (00118).
- Disposición para mejorar el afrontamiento (00158).

El diagnóstico de *desequilibrio nutricional* debe ser tratado para prevenir consecuencias potenciales de malnutrición, especialmente durante la fase de adolescencia (pubertad) de Carolina, en la cual necesita asegurar una buena nutrición para un crecimiento y desarrollo saludables. Este debería ser el diagnóstico principal o de alta prioridad. El *trastorno de la imagen corporal* se mantiene como diagnóstico, ya que Carolina aún siente que necesita estar «realmente delgada», y a pesar de su bajo peso continúa manifestando que quiere perder más peso. Sus referencias a su historia de sobrepeso así como la monitorización una o dos veces al día del peso y el temor a ganarlo, indican que este problema debe ser tratado junto con el diagnóstico de la nutrición para que la intervención tenga éxito.

En la conversación con Carolina se observa que los estresores que experimenta son reales —y probablemente no se pueden modificar—; por desgracia, el *bulling* y la presión cultural en la adolescencia en relación con el peso son muy reales. Para Carolina, su deseo de una educación universitaria añade estrés, ya que quiere tener buenos resultados en los exámenes de entrada así como en el curso actual para poder acceder a ayuda financiera a través de una beca. Por tanto, el enfoque sobre el estrés por sobrecarga puede no ser eficaz para esta paciente. Sin embar-

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

go, cuando la enfermera habla con ella sobre las preocupaciones para afrontar esos estresores, Carolina indica su deseo de mejorar su conocimiento sobre técnicas de manejo del estrés, para manejar mejor los estresores de su vida y aprender a pedir ayuda a los demás para aumentar el apoyo social. Estos datos adicionales muestran a la enfermera, en relación con las estrategias de afrontamiento, que hay una oportunidad de promoción de la salud para Carolina y, por tanto, la *disposición para mejorar el afrontamiento* es un diagnóstico más apropiado que el *afrontamiento ineficaz.*

Recuerde que el proceso de enfermería, que incluye la evaluación del diagnóstico, es un proceso dinámico y que a medida que disponemos de más datos, o a medida que el estado del paciente cambia, el diagnóstico (o diagnósticos) puede también cambiar —o la priorización puede modificarse—. Recuerde por un momento la valoración inicial de cribado que 1. enfermera realizó con Carolina. ¿Ve ahora que sin un seguimiento posterior la enfermera habría perdido la oportunidad de la promoción de la salud para Carolina *(disposición para mejorar el afrontamiento)* y habría diseñado un plan de cuidados para resolver problemas de autoestima que no habrían sido apropiados para ella?

¿Se da cuenta de por qué la idea de «escoger» simplemente un diagnóstico enfermero relacionado con el diagnóstico médico no es el buen camino? La valoración dinámica en profundidad proporciona mucha más información sobre Carolina que se puede usar no sólo para determinar los diagnósticos apropiados, sino también para identificar resultados realistas e intervenciones que puedan satisfacer mejor sus necesidades individuales.

Resumen

La valoración es un rol crítico de las enfermeras y requiere la comprensión de los conceptos enfermeros sobre los cuales se han desarrollado los diagnósticos enfermeros. La recogida de datos con el único propósito de completar unos formularios obligatorios o unas fichas de ordenador es una pérdida de tiempo, y ciertamente no mejora el cuidado individualizado de nuestros pacientes. La recogida de datos con la intención de identificar información crucial, considerar los diagnósticos enfermeros y a continuación realizar una valoración en profundidad para validar y priorizar los diagnósticos, es el sello de calidad de la enfermería profesional.

Por tanto, aunque parezca una manera sencilla de proceder, la estandarización de los diagnósticos enfermeros sin una valoración puede conducir, y a menudo conduce, a diagnósticos imprecisos, resultados inapropiados e intervenciones ineficaces o innecesarias, ya que se basan en diagnósticos que no son relevantes para el paciente, y pueden llevarle a ignorar completamente los diagnósticos enfermeros más importantes para él.

Referencias bibliográficas

Bellinger, G., Casstro, D., & Mills, A., Date, Information, Knowledge, and Wisdom. http://otec.uoregon.edu/data-wisdom.htm, consultada el 29 de enero de 2014.

Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for predicting pressure sore risk. Nursing Research, 36(4), 205-210.

Centers for Disease Control & Prevention (2014). BMI Percentile Calculator forChildand-Teen.http://apps.nccd.cdc.gov/dnpabmi/Result.aspx?&dob=2/9/2000&dom=l/29/2014&age= 167&ht=69&wt= 10 5&gender=2&method=0&inchtext=0&wttext=0, cónsul-
tada el 29 de enero de 2014.

Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis: process and application (vol. 3). St. Louis, MI: Mosby.

Gordon, M. (2008). Assess Notes: Nursing assessment and diagnostic reasoning. Philadelphia, PA: F.A. Davis.

Herdman, T. H. (2013). Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de la NANDA International. [Case management using NANDA International nursing diagnosesj. XXX CONGRESO FEMAFEE 2013. Monterrey, México. (Español.)

Merriam-Webster.com. Merriam-Webster, n.d. http://www.merriam-webster.com/ dictionary/subjective, consultada el 29 de enero de 2014.

NANDA-I. (2010). Position statement. http://www.nanda.org/nanda-international-use-of-taxonomy-II-assessment-framework.html, consultada el 20 de marzo de 2014.

Rende, J. (2011). Twelve tips for teaching expertise in dinical reasoning. Medical Teacher, 33(11), 887-892.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 3

Introducción a la taxonomía II de NANDA-I

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

NANDA International, Inc. proporciona una *terminología* estandarizada de diagnósticos enfermeros y presenta todos sus diagnósticos en un esquema de clasificación, más específicamente una *taxonomía.* Es importante comprender un poco qué es una taxonomía y cómo una taxonomía se diferencia de una terminología. Por eso, permítanme que me tome unos momentos para hablarles sobre lo que la taxonomía representa realmente. Una definición de la taxonomía n de NANDA-I podría ser: «un orden sistemático de fenómenos que definen el conocimiento de la disciplina enfermera». ¡Eso sí que es una afirmación! De forma más sencilla, la taxonomía II de NANDA-I de los diagnósticos enfermeros es un esquema de clasificación que nos ayuda a organizar los conceptos que atañen a la práctica enfermera.

Taxonomía: visualizar una estructura taxonómica

Una *taxonomía* es una manera de clasificar u ordenar cosas (fenómenos, ideas, conceptos) en categorías; es un esquema de clasificación jerárquica de grupos principales, subgrupos e ítems. Por ejemplo, la taxonomía biológica actual creada por Cari Linnaeus en 1735. Originalmente identificó tres reinos (animal, vegetal y mineral), que fueron posteriormente divididos en clases, órdenes, familias, géneros y especies (Quammen, 2007). Probablemente ustedes conocen la taxonomía biológica de sus clases de ciencias en el instituto o la universidad. Una *terminología,* por otro lado, es el lenguaje que se usa en una determinada disciplina para describir alguna cosa (fenómeno, idea, concepto) específica; es el lenguaje usado por una disciplina para describir su conocimiento. Por tanto, los diagnósticos enfermeros conforman un lenguaje de la disciplina, de manera que cuando queremos hablar de los diagnósticos estamos hablando de la *terminología* del conocimiento enfermero. Cuando queremos hablar sobre la manera cómo estructuramos o categorizamos los diagnósticos NANDA-1 estamos hablando sobre la *taxonomía.* La palabra taxonomía viene de las palabras griegas *taxis,*
que significa orden, y *nomos,* que significa ley.

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado porT. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
©2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Pensemos en la taxonomía relacionándola con algo con lo que todos tenemos que enfrentarnos a diario. Cuando necesita comprar comida va al supermercado. Suponga que han abierto un nuevo supermercado en su vecindario, Comestibles Clasificados, SA., y que usted decide ir allí a hacer la compra. Cuando entra en el supermercado se da cuenta de que la exposición parece muy diferente de los supermercados habituales, pero la persona que le da la bienvenida en la puerta le facilita un diagrama para ayudarle a circular por el comercio (fig. 3.1)

En este supermercado se han organizado todos los comestibles en ocho categorías principales o pasillos de alimentación: proteínas, cereales, verduras, frutas, comida preparada, *snacks*, delicatesen y bebidas.

Estas categorías/pasillos también se podrían denominar «dominios» —son niveles amplios de clasificación que dividen los fenómenos en grupos amplios—. En este caso los fenómenos son «comestibles».

También se habrá dado cuenta de que el diagrama no sólo muestra los ocho
pasillos; cada pasillo tiene unas cuantas palabras clave identificadas que ayu-
dan a comprender el tipo de alimentos que puede encontrar en él. Por ejemplo, en el pasillo (dominio) titulado «proteínas» vemos seis subcategorías: «quesos», «huevos», «pescados», «carnes», «sustitutos cárnicos» y «produc-
tos lácteos». Otra forma de decir lo mismo sería considerar que estas subcate-
gorías son «clases» de alimentos que se hallan bajo el «dominio» de proteínas.

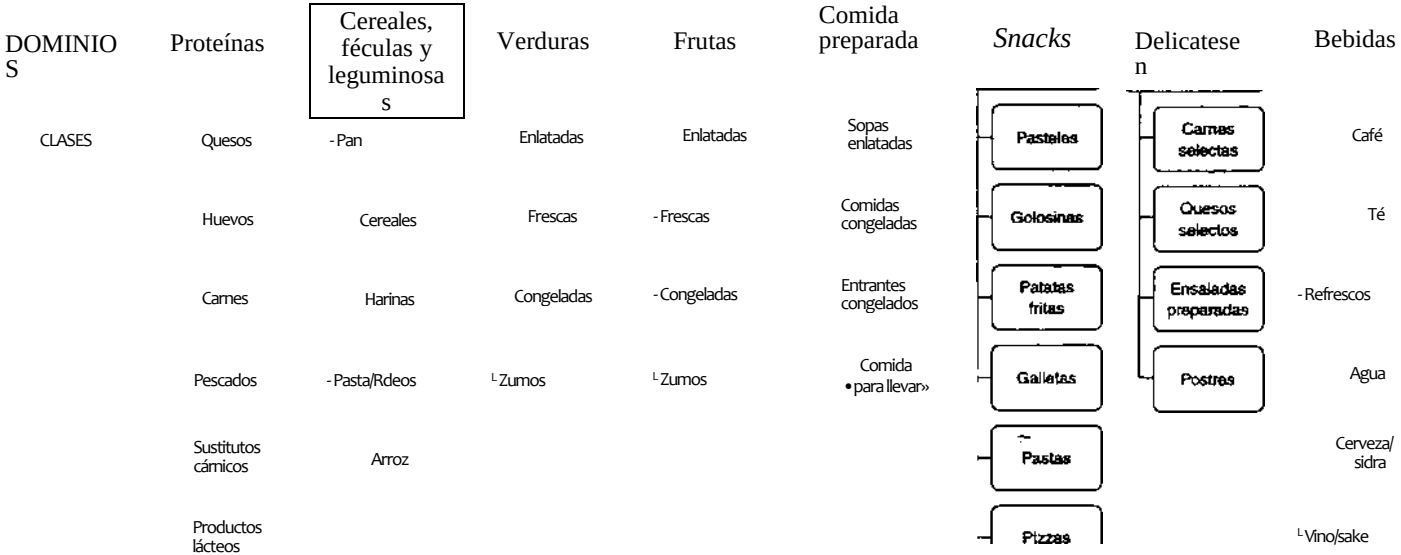
Una de las reglas que las personas tratan de seguir cuando desarrollan una taxonomía es que las clases deben ser mutuamente exduyentes; en otras palabras, un tipo de alimentos no debería poderse encontrar en múltiples clases. Esto no siempre es posible, pero debe ser el objetivo, ya que facilita las cosas a las personas que quieran usar la estructura. Si encuentra judías negras en el pasillos de las proteínas, pero las judías pintas y las blancas están en el pasillo de las verduras, será difícil para usted comprender el sistema que se ha usado en la clasificación.

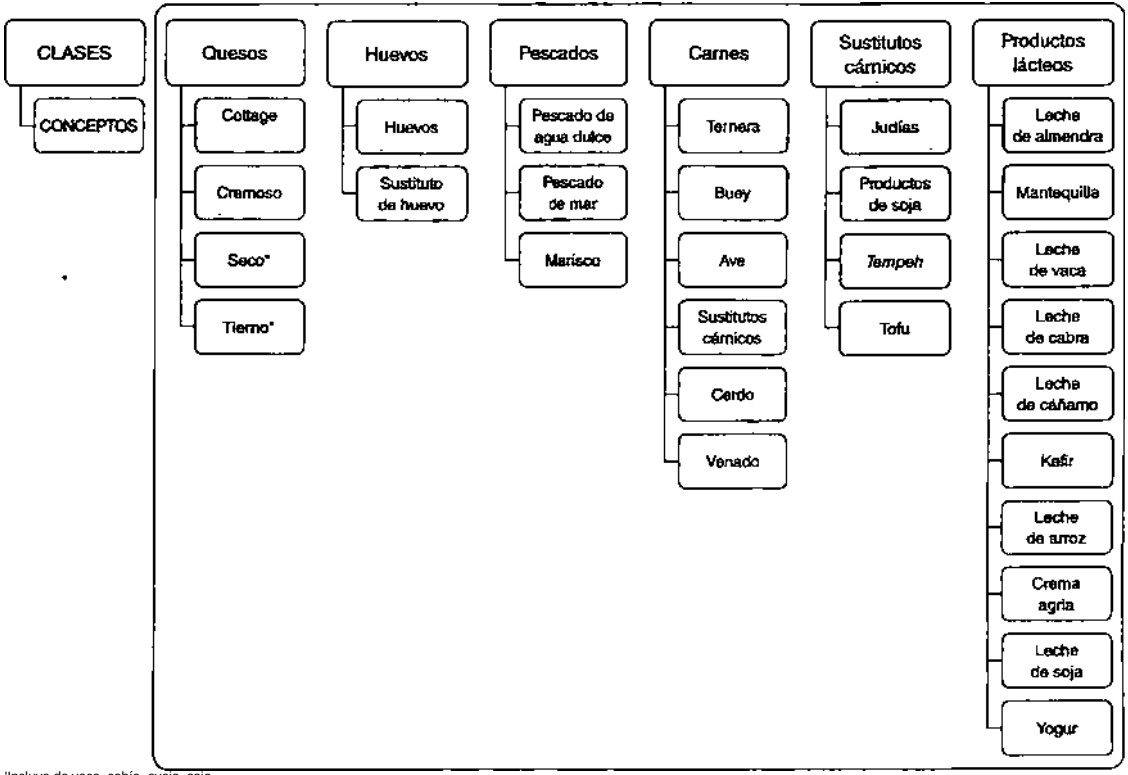
©Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Si echamos un vistazo al diagrama de nuestro supermercado veremos que hay información adicional en el reverso del papel facilitado (fig. 3.2). Cada uno de los pasillos de comestibles está explicado, además, proporcionando un mayor nivel de detalle sobre los comestibles que se encuentran en las diferentes estanterías en cada pasillo. Como ejemplo, la figura 3.2 muestra la información sobre el pasillo «proteínas». Advertirá que consta de seis clases con detalles adicionales bajo esas clases. Éstos representan varios tipos (o conceptos) de alimentos, todos los cuales poseen propiedades similares que los engloban en un grupo.

Con la información proporcionada podemos gestionar fácilmente nuestra lista de la compra. Si necesitamos leche de cabra podremos encontrar rápidamente el pasillo identificado como «proteínas», la estantería marcada como «productos lácteos» y confirmar que la leche de cabra se puede encontrar allí. Del mismo modo, si lo que necesitamos es pollo y jamón podemos mirar de nuevo el pasillo identificado como «proteínas», encontrar la estantería marcada como «productos cárnicos» y buscar «aves» para el pollo y «cerdo» para el jamón.

El propósito de esta taxonomía de comestibles, por tanto, es ayudar a los compradores a determinar rápidamente qué sección del supermerca-


DOMINIOS
CLASES
Proteínas
Quesos
Huevos
Carnes
Pescados
Sustitutos cárnicos
Productos lácteos
Cereales, féculas y leguminosas
- Pan
Cereales
Harinas
- Pasta/Rdeos
Arroz
Verduras
Enlatadas
Frescas
Congeladas
└ Zumos
Frutas
Enlatadas
- Frescas
- Congeladas
└ Zumos
Comida preparada
Sopas enlatadas
Comidas congeladas
Entrantes congelados
Comida • para llevar»
Snacks
Pasteles
Golosinas
Patatas fritas
Galletas
Pastas
Pizzas
Delicatesen
Carnes selectas
Quesos selectos
Ensaladas preparadas
Postres
Bebidas
Café
Té
- Refrescos
Agua
Cerveza/ sidra
└ Vino/sake



*Incluye de vaca, cabía, oveja, soja

do contiene los comestibles que desean comprar. Sin ella, los compradores deberían recorrer todos los pasillos arriba y abajo intentando adivinar qué productos se hallan en qué pasillos; dependiendo del tamaño del supermercado, ¡ésta puede ser una experiencia frustrante y confusa! Por tanto, el diagrama que el personal del supermercado facilita proporciona un «mapa conceptual» o una guía para que los compradores entiendan de forma fácil cómo se han clasificado los comestibles en cada lugar del supermercado, con el objetivo de mejorar la experiencia de compra.

Este ejemplo de una taxonomía de comestibles puede que no satisfaga el objetivo de evitar el solapamiento entre conceptos y clases de manera que sea lógico para todos los compradores. Por ejemplo, los zumos, se hallan en el dominio *frutas* (zumos de frutas) y en el dominio *verduras* (zumos de verduras), pero *no* en el dominio de *bebidas.* Aunque algunas personas pueden encontrar esta clasificación lógica y clara, otros podrían sugerir que todas las bebidas deberían estar juntas. Lo que es importante es que la distinción entre dominios está bien definida; es decir, que todas las frutas y productos relacionados con las frutas se hallen dentro del dominio frutas, mientras que en el dominio bebidas encontramos bebidas que no están hechas con frutas o verduras. El problema con esta distinción podría venir de que se puede fundamentar que ¡el vino o la sidra se podrían clasificar en el pasillo de las frutas, mientras que la cerveza podría clasificarse en el pasillo de los cerealesl

A estas alturas, probablemente se habrá dado cuenta de la dificultad que comporta la construcción de una taxonomía que refleje los conceptos tratando de clasificarlos de manera clara, concisa y consistente. Volviendo a nuestro ejemplo del supermercado de alimentación, ¿puede imaginar diferentes maneras en las que podrían haber sido agrupados los comestibles?

Las taxonomías son trabajos siempre dinámicos: siguen creciendo, evolucionando y también sufren cambios dramáticos a medida que el conocimiento en el área de estudio se desarrolla. Generalmente existe un gran debate sobre qué estructura es mejor para categorizar los fenómenos de interés de diferentes disciplinas. Existen muchas maneras diferentes de categorizar las cosas (fenómenos, ideas, conceptos) y, ciertamente, no existe una «verdad absoluta». El objetivo es encontrar una manera lógica y consistente de categorizar fenómenos similares al tiempo que se evita el solapamiento entre los conceptos y las clases. Para los usuarios de las taxonomías el objetivo es comprender cómo se clasifican conceptos similares en dominios y clases, para identificar los conceptos específicos tan rápidamente como sea necesario.

Clasificación en enfermería

Según Abbot (1988), los profesionales desarrollan conocimientos abstractos formales sobre la base de ese conocimiento original. Las profesiones organizan su conocimiento formal en dimensiones consistentes, lógicas,

conceptua-
les, de manera que refleje el dominio profesional y lo haga relevante para la práctica clínica. Para los profesionales del sistema de salud el conocimiento de los diagnósticos es una parte significativa del conocimiento profesional y

es esencial para la práctica clínica. El conocimiento de los diagnósticos enfermeros debe, por tanto, organizarse de manera que legitime la práctica profesional y consolide la jurisdicción de la profesión enfermera (Abbott, 1988).

En la taxonomía de diagnósticos enfermeros de NANDA-I usamos un gráfico jerárquico para mostrar nuestros dominios y clases (fig. 3.3). Los diagnósticos no se muestran en realidad en el gráfico, aunque esto se podría hacer. La razón principal para no incluir los diagnósticos es que son 235 y el gráfico sería muy grande ¡y muy difícil de leer!

Clasificar es una manera de comprender la realidad, adjudicando nombres y ordenando ítems y fenómenos en categorías (von Krogh, 2011). En el sistema de salud las terminologías denotan conocimiento de la disciplina y demuestran cómo un grupo científico o profesional percibe las áreas significativas de conocimiento de su disciplina. Una taxonomía en el sistema de salud, por tanto, tiene múltiples funciones, incluyendo:

- Proporcionar una visión del área de conocimiento y práctica de una profesión espedfica.
- Organizar los fenómenos de manera que se refieran a los cambios de salud, procesos y mecanismos de interés para los profesionales.
- Mostrar las conexiones lógicas entre factores que pueden ser controlados
  o manipulados por los profesionales en la disciplina (von Krogh, 2011).

En enfermería lo más importante es que los diagnósticos están clasificados de manera que poseen sentido clínico, así cuando una enfermera intenta identificar un diagnóstico que no trata frecuentemente en su práctica, puede usar de manera lógica la taxonomía para encontrar la información apropiada sobre los posibles diagnósticos relacionados. Si bien la taxonomía II de NANDA-I (fig. 3.3) *no* está pensada para ser usada como marco de valoración, es cierto que proporciona, en cambio, una estructura para clasificar los diagnósticos enfermeros en dominios y clases, cada uno de los cuales está claramente definido.

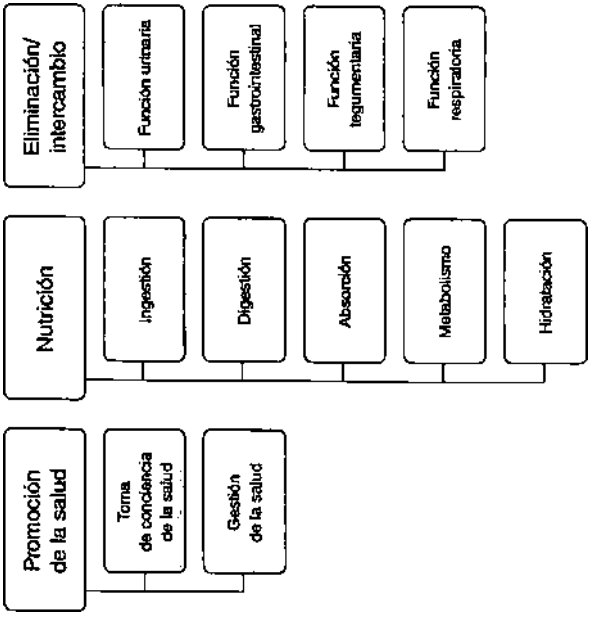
Para mostrar un ejemplo del aspecto que tendría la taxonomía si incluyésemos los diagnósticos enfermeros en la representación gráfica de la misma, la figura 3.4 muestra solamente un dominio con las clases y los diagnósticos enfermeros. Como puede ver, ¡es una gran cantidad de información!

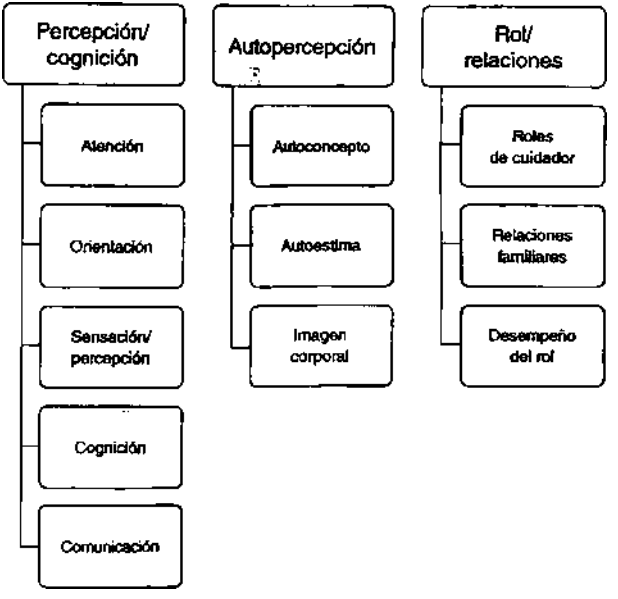
El conocimiento enfermero incluye las respuestas de la persona, familia, grupo y comunidad (saludables y no saludables), riesgos y fortalezas. La taxonomía n de NANDA-I está pensada para funcionar de manera que debería:

- Proporcionar un modelo o mapa cognitivo del conocimiento de la disciplina enfermera.
- Comunicar ese conocimiento, perspectivas y teorías.
- Proporcionar estructura y orden para el conocimiento.
- Servir como instrumento de apoyo para el razonamiento clínico.
- Proporcionar una manera de organizar los diagnósticos enfermeros en

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

el dosier electrónico de salud (adaptado de von Krogh, 2011).


Eliminación/ intercambio
Función urinaria
Función gastrointestinal
Función tegumentaria
Función respiratoria
Nutrición
Ingestión
Digestión
Absorción
Metabolismo
Hidratación
Promoción de la salud
Toma de conciencia de la salud
Gestión de la salud



Respuestas cardiovasculares/ pulmonares

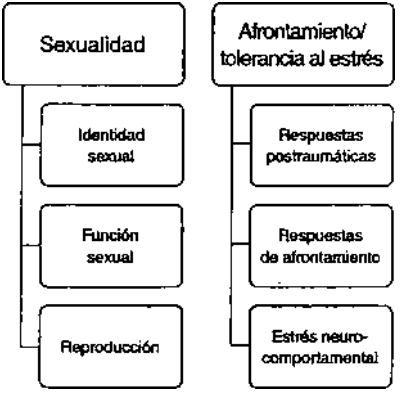
Actividad/ reposo

Sueño/reposo

Actividad/
ejercicio

Equilibrio
de la energía

Autocuidado



Principios vitales

Valores

Creencias

Congruencia entre valores/creencias/ acciones

Seguridad/
protección

Infección

Lesión
física

—Violencia

Peligros
del entorno

Procesos
defensivos

Termorreguladón

Confort

Confort
físico

Confort
del entorno

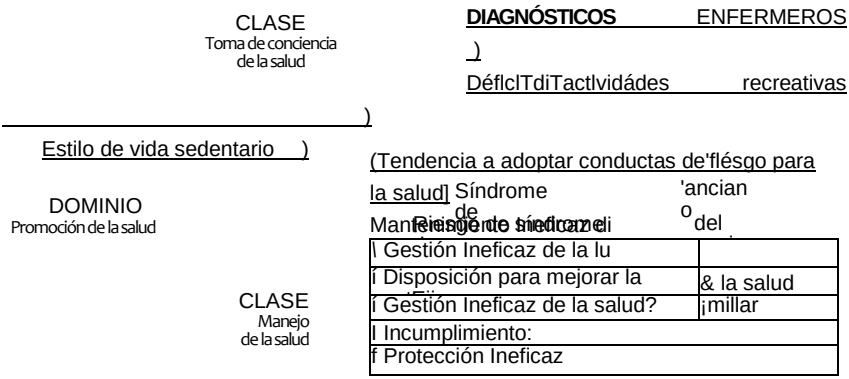
Confort
social

Crecimiento
/
desarrollo

Crecimiento

Desarrollo

Figura 3.4 *NANDA-I dominio 1, promoción de ia salud, con clases*
y diagnósticos enfermeros



Usar la taxonomía II de NANDA-I

Aunque la taxonomía proporciona una manera de clasificar los fenómenos enfermeros, también puede tener otras funciones. Por ejemplo, puede ayudar a los profesores a desarrollar el currículo de formación de enfermería. También puede ayudar a una enfermera a identificar un diagnóstico, quizás uno que no use habitualmente pero que necesita para algún paciente en particular. Echemos un vistazo a estas dos ideas.

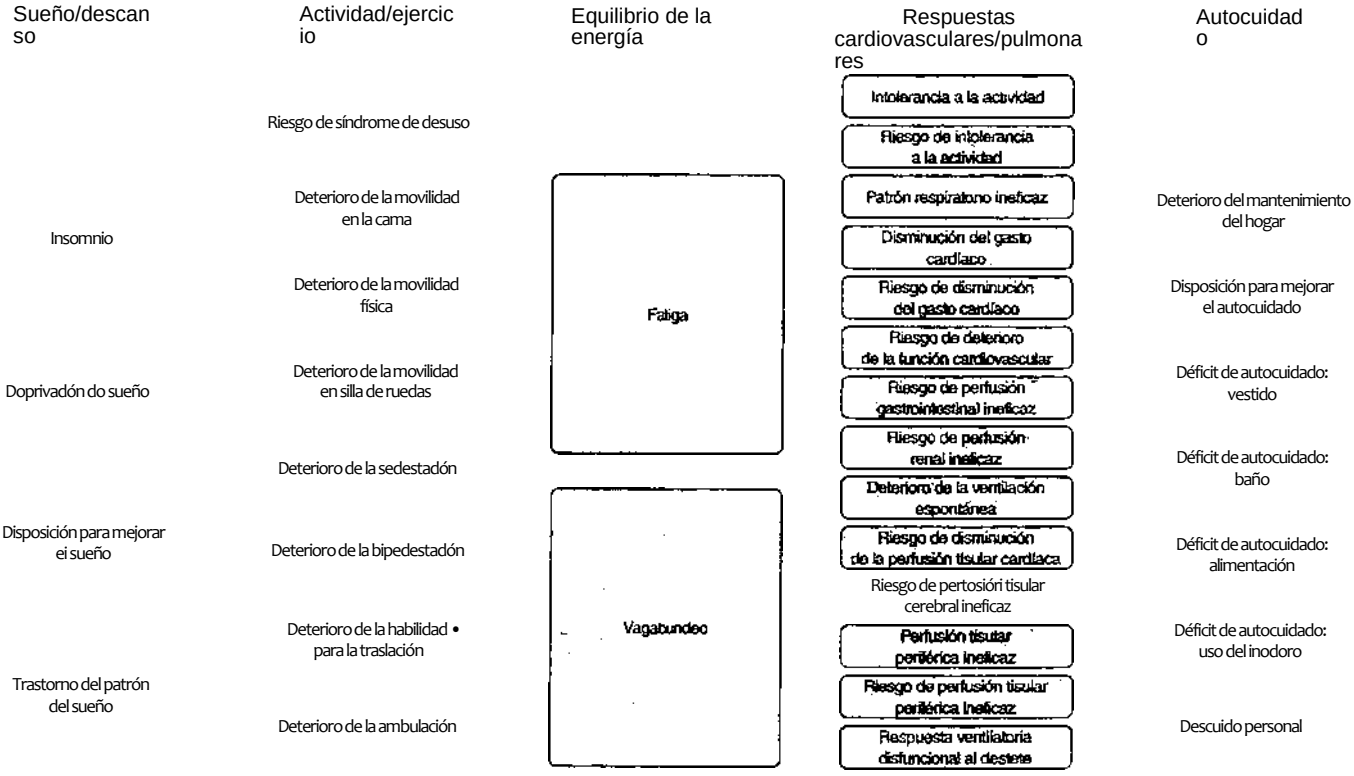
Estructurar el currículo de enfermería

Aunque la taxonomía II de NANDA-I no está pensada como marco para la valoración, puede ayudar a la organización del currículo de formación de grado de enfermería. Por ejemplo, los planes de estudio pueden ser desarrollados teniendo en cuenta los dominios y clases, permitiendo así que los cursos que se enseñen se basen en los conceptos clave de la práctica enfermera, que están categorizados en cada uno de los dominios de NANDA-I.

Un curso se puede construir teniendo en cuenta el dominio actividad/ reposo (fig. 3.5), con unidades basadas en cada una de las clases. En la unidad 1 el foco puede centrarse en el sueño/descanso, y el concepto del sueño se puede explorar en profundidad. ¿Qué es el sueño? ¿Qué impacto tiene en la salud de la persona y la familia? ¿Cuáles son los problemas comunes relacionados con el sueño que afrontan nuestros pacientes? ¿En qué tipo de pacientes es más frecuente identificar este tipo de afecciones? ¿Cuáles son las principales etiologías? ¿Cuáles son las consecuencias si estas afecciones no se diagnostican y/o tratan? ¿Cómo

podemos prevenir, tratar y/o mejorar esas afecciones? ¿Cómo podemos gestionar los síntomas?

Figura 3.5 *Taxonomía II de NANDA-I: dominio actividad/reposo*



La construcción de un currículo de enfermería sobre esos conceptos clave del conocimiento enfermero capacita a los estudiantes para comprender realmente el conocimiento de la ciencia enfermera y construir experiencia dentro de él, al tiempo que aprenden y comprenden diagnósticos médicos relacionados y afecciones a los que también deberán enfrentarse en su práctica diaria.

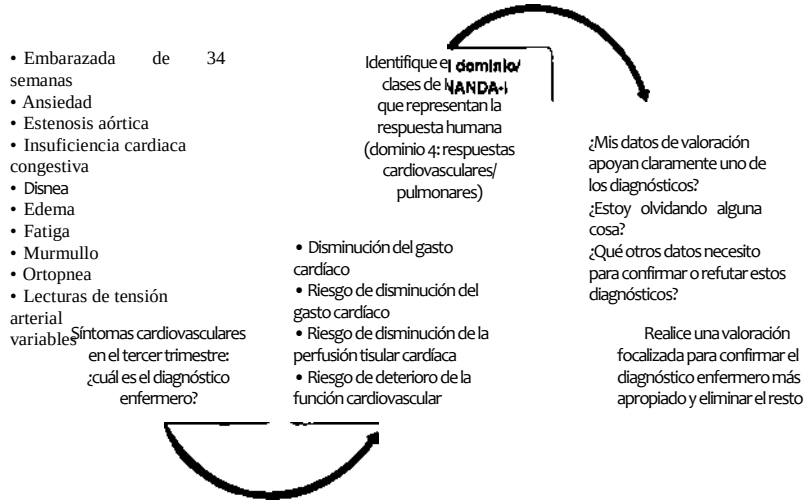
El diseño de los cursos de enfermería de este modo capacita a los estudiantes para aprender mucho sobre el conocimiento disciplinar de enfermería. La tolerancia a la actividad, el patrón respiratorio, el gasto cardíaco, la movilidad, el autocuidado, y la perfusión tisular son algunos de los conceptos clave del dominio 4 (fig. 3.5); son «estados neutros» que debemos comprender antes de poder identificar problemas potenciales o reales en estas respuestas.

La comprensión de la *perfusión tisular,* por ejemplo, como concepto clave
de la práctica enfermera requiere un conocimiento sólido de la anatomía, fisiología y fisiopatología (incluyendo los diagnósticos médicos relacionados), así como de respuestas de otros dominios que pueden coincidir con problemas en la perfusión tisular. Una vez que ha comprendido realmente el concepto de la perfusión tisular (el estado «normal» o neutro), identificar el estado alterado es mucho más fácil ya que sabe qué debería estar observando en caso de que la perfusión tisular fuera normal, y si usted no está observando esos datos puede empezar a sospechar que puede existir un problema (o puede existir un riesgo para el desarrollo de un problema). Por tanto, desarrollar cursos de enfermería teniendo en cuenta estos conceptos clave capacita a los profesores a focalizar en el conocimiento de la disciplina enfermera y a continuación a incorporar los diagnósticos médicos y/o las cuestiones de interés multidisciplinario de manera que permita a las enfermeras focalizar en primer lugar en los fenómenos enfermeros, y posteriormente llevar su conocimiento específico a una visión interdisciplinar del paciente para mejorar su cuidado. De esta manera podemos avanzar hacia la identificación de resultados realistas para el paciente e intervenciones basadas en la evidencia que la enfermera utilizará (intervenciones enfermeras dependientes e independientes) para proporcionar el mejor cuidado posible al paciente, con la finalidad de alcanzar los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad.

Identificar un diagnóstico enfermero fuera de su área de experiencia

Las enfermeras adquieren experiencia en aquellos diagnósticos enfermeros que ven más frecuentemente en su práctica clínica. Si su área de interés es la práctica de enfermería en cuidados perinatales, entonces su experiencia incluirá conceptos clave como el proceso de crianza, la gestión de la salud, la nutrición, la fatiga, la resilienda, la paternidad, la lactancia materna —¡por nombrar sólo algunos!—. Pero también tratará pacientes que, a pesar de hallarse a su cargo fundamentalmente a causa del inmi-

Figura 3.6 *Uso de la taxonomía II de NANDA-I y de la terminología para identificar y validar un diagnóstico enfermero fuera del área de experiencia de la enfermera*



nente nacimiento de un bebé, tendrán otros problemas que necesitarán su atención. La taxonomía II de NANDA-I puede ayudarle a identificar diagnósticos potenciales para esos pacientes, mientras que la terminología NANDA-I (los diagnósticos) le apoyarán en sus habilidades de razonamiento clínico clarificando qué datos/indicadores diagnósticos son necesarios para diagnosticar a sus pacientes de forma rápida pero precisa.

Puede ser que a su paciente se le descubra un defecto congénito cardíaco que no se detectó hasta que su volumen de sangre circulante se expandió para satisfacer las necesidades del feto que estaba creciendo; un hecho habitual durante el embarazo, pero que, dada su situación, somete a la mujer y a su feto a un riesgo significativo. Usted sabe que la paciente no tolera los cambios hemodinámicos normales asociados al embarazo (aumento de la frecuencia cardíaca, gasto cardíaco y volumen sanguíneo), pero no está segura de qué diagnóstico es el más adecuado para su afección. La taxonomía le permite elaborar rápidamente un «mapa cognitivo» que le puede ayudar a encontrar más información sobre diagnósticos relevantes para esta paciente (fig. 3.6).

Usted sabe que lo que observa es una respuesta cardiovascular, y un vistazo rápido a la taxonomía le lleva al dominio 4 (actividad/reposo), clase 4 (respuestas cardiovasculares/pulmonares). A continuación ve que existen cuatro diagnósticos específicamente relacionados con las respuestas cardiovasculares y puede revisar las definiciones, etiologías y signos/síntomas para clarificar el diagnóstico más apropiado para esta paciente. El uso de la taxonomía y la terminología de este modo refuerza el razonamiento clínico y le ayuda a gestionar un gran volumen de informadón/conocimiento (235 diagnósticos) de una manera eficaz y eficiente. La revisión de los fac-

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

tores de riesgo o de los factores relacionados y características definitorias de
estos cuatro diagnósticos pueden a) proporcionarle datos adicionales que necesita obtener para tomar una decisión informada y/o b) capacitarle para comparar su valoración con los indicadores del diagnóstico que le permitirán diagnosticar a su paciente de manera precisa.

Recuerde un paciente reciente: ¿le costó diagnosticar su respuesta humana? ¿Le fue difícil saber cómo identificar los diagnósticos potenciales? El uso
de la taxonomía le puede ayudar a identificar posibles diagnósticos dada la forma en que éstos están agrupados en clases y dominios que representan áreas de conocimiento específicas. Sin embargo, no olvide que *simplemente mirar la etiqueta diagnóstica y «escoger un diagnóstico» ¡no es un cuidado seguro!* Necesita revisar la definición y los indicadores diagnósticos (características definitorias y factores relacionados, o factores de riesgo) para cada diagnóstico potencial que identifique, lo cual le ayudará a identificar qué datos adicionales debería recoger o si ya tiene datos suficientes para diagnosticar la respuesta humana del paciente de forma precisa.

Vea el caso de la Sra. Lendo para comprender cómo usar la taxonomía y le ayudará a identificar diagnósticos potenciales.

Estudio de caso: Sra. *Lendo*

Imaginemos que su paciente, Mana Lendo, una mujer de 65 años, casada, ingresa con una herida en una extremidad inferior, que se produjo en un accidente de tráfico hace 15 días, y que no muestra signos de curación. Presenta edema 3+ en ambas extremidades inferiores, pulsos periféricos bilaterales significativamente disminuidos y una repleción capilar en las extremidades inferiores de 5 segundos. Es una fumadora moderada, con sobrepeso y diabetes mellitus. Describe su vida como extremamente sedentaria, y manifiesta, «incluso si quisiera hacer ejercicio no podría, me duelen mucho las piernas al andar, aunque sea muy poca distancia».

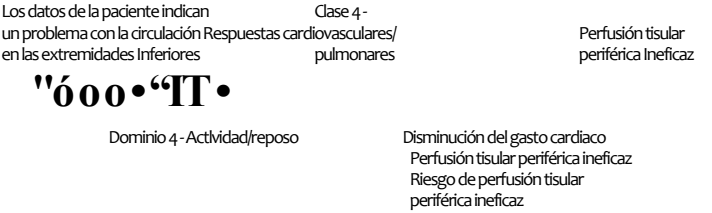
Después de completar la valoración y revisar la anamnesis está convencida de que la Sra. Lendo tiene un problema circulatorio, pero ésta no
es su área de experiencia enfermera, por tanto necesita revisar los diagnósticos potenciales. Como está considerando un problema circulatorio,
revisa la taxonomía n de NANDA-I para identificar la localización lógica
de estos diagnósticos. Identifica que el dominio 4, *actívidad/reposo,* trata
de la producción, conservación, gasto o equilibrio de la energía. Como usted sabe que los mecanismos cardiopulmonares son los que apoyan la
actividad/reposo, piensa que este dominio puede contener diagnósticos relevantes para la Sra. Lendo. A continuación identifica la *clase 4, respues-*

tas cardiovasculares/pulmonares. Una revisión de esta clase le lleva a la identificación de tres diagnósticos potenciales: *disminución del gasto cardíaco, perfusión tisular periférica ineficaz* y *riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz.*

- ¿Qué otras respuestas humanas debería eliminar o considerar?
- ¿Qué otros signos/síntomas o etiologías debería buscar para confirmar estos diagnósticos?

Una vez revisados los diagnósticos y los indicadores diagnósticos (factores relacionados, características definitorias y factores de riesgo) usted diagnostica a la Sra. Lendo *perfusión tisular periférica ineficaz*
(00204); véase la figura 3.7.

Figura 3.7 *Diagnosticar a la Sra. Lendo*



Algunas cuestiones finales deberían incluir:

- ¿Estoy olvidando algo?
- ¿Estoy diagnosticando sin la evidencia suficiente?

Si usted cree que está diagnosticando correctamente, entonces sus preguntas deberían ser:

- ¿Qué resultados puedo esperar obtener de forma realista con la Sra. Lendo?
- ¿Cuáles son las intervenciones enfermeras basadas en la evidencia que debería considerar?
- ¿Cómo evaluaré si éstas han sido eficaces o no?

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

La taxonomía de diagnósticos enfermeros de NANDA-I: breve historia

En 1987 NANDA-I publicó la taxonomía I, que estaba estructurada para reflejar los modelos teóricos enfermeros norteamericanos. En 2002 se adoptó la taxonomía II, que estaba adaptada del marco de valoración de Patrones Funcionales de Salud de la Dra. Marjory Gordon. Pueden hallar una perspectiva histórica de la taxonomía II de NANDA-I en nuestra página web, Yvww.nanda.or.t'/nanda-intci 11.1tional-history.html.

La tabla 3.1 muestra los dominios, clases, y diagnósticos enfermeros y cómo se hallan dispuestos actualmente en la taxonomía II de NANDA-I.

Tabla 3.1 *Dominios, clases y diagnósticos enfermeros en la taxonomía II de NANDA-I*

DOMINIO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD *Conciencia de bienestar o normalidad en la funcion y en las estrategias usadas para mantener el control asi como la mejora del bienestar o la normalidad de la función*			
Clase 1. Toma de conciencia de la salud	**Reconocimiento del funcionamiento normal y el bienestar**		
Código	**Diagnóstico**	**Código**	**Diagnóstico**
00097	Déficit de **actividades recreativas**	00168	**Estilo de vida** sedentario
Clase 2. Gestión de la salud	**Identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar**		
Código	**Diagnóstico**	**Código**	**Diagnóstico**
00188	Tendencia a adoptar **conductas de riesgo para la salud**	00099	**Mantenimiento** ineficaz **de la salud**
00162	Disposición para mejorar **la gestión de la salud**	00043	**Protección** ineficaz
00078	**Gestión** ineficaz **de la salud**	00215	**Salud** deficiente de la comunidad
00080	**Gestión** ineficaz **de la salud familiar**	00257	**Síndrome de fragilidad del anciano**
00079	**Incumplimiento**	00231	Riesgo de **síndrome de fragilidad del anciano**

DOMINIO 2 NUTRICIÓN *Actividades de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el proposito de mantener y reparar los tejidos y producir energía*			
Clase 1. Ingestión | Incorporación de alimentos o nutrientes en el organismo			
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00103	Deterioro de la deglución	00002	Desequilibrio nutridonal: inferior a las necesidades
00106	Disposición para mejorar la lactancia materna	00232	Obesidad
00105	Interrupción de la lactancia materna	00107	Patrón de alimentación ineficaz del lactante
00104	Lactancia materna ineficaz	00233	Sobrepeso
00216	Leche materna insuficiente	00234	Riesgo de sobrepeso
00163	Disposición para mejorar la nutrición		
Clase 2. Digestión	Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias aptas para la absorción y la asimilación		
Ninguno, por el momento			
Clase 3. Absorción	Acción de transportar los nutrientes a los tejidos corporales		
Ninguno, por el momento			
Clase 4. Metabolismo	Procesos químicos y físicos que ocurren en los organismos vivos y las células para el desarrollo y uso del protoplasma, la producción de desechos y energía, con liberación de energía para todos los procesos vitales		
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00178	Riesgo de deterioro de la función hepática	00194	Ictericia neonatal
00179	Riesgo de nivel de glucemia inestable	00230	Riesgo de ictericia neonatal
Clase 5. Hidratación Incorporación y absorción de líquidos y electrólitos			
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00195	Riesgo de desequilibrio electrolítico	00026	Exceso de volumen de líquidos
00160	Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos	00028	Riesgo de déficit de volumen de líquidos
00027	Déficit de volumen de líquidos	00025	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

DOMINIO 3. ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Secreción y excreción de ios productos de desecho deí.organismo

| Clase 1. Función urinaria | Proceso de secreción, reabsorción y excreción de orina |

Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00016	Deterioro de la eliminación urinaria	00018	Incontinencia urinaria refleja
00166	Disposición para mejorar la eliminación urinaria	00019	Incontinencia urinaria de urgencia
00017	Incontinencia urinaria de esfuerzo	00022	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia
00020	Incontinencia urinaria funcional	00023	Retención urinaria
00176	Incontinencia urinaria por rebosamiento |		

| Clase 2. Función gastrointestinal | Proceso de absorción y excreción de los productos finales de la digestión |

Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00013	Diarrea	00236	Riesgo de estreñimiento funcional crónico
00011	Estreñimiento	00014	Incontinencia fecal
00235	Estreñimiento funcional crónico	00196	Motilidad gastrointestinal disfuncional
00012	Estreñimiento subjetivo	00197	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional
00015	Riesgo de estreñimiento 1		

Clase 3. Función tegumentaria	Proceso de secreción y excreción a través de la piel
Ninguno, por el momento 1	

Clase 4. Función respiratoria	Proceso de intercambio de gases y eliminación de productos finales del metabolismo

Código	Diagnóstico
00030	Deterioro del intercambio de gases

DOMINIO 4. ACTIV1DAD/REPOSO *Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía*				
Clase 1. Sueño/reposo		Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad]		
Código	Diagnóstico		Código	Diagnóstico
00095	Insomnio		00165	Disposición para mejorar el sueño
00096	Deprivación de sueño		00198	Trastorno del patrón del sueño
Clase 2. Actividad/ejercicio		Mover partes del cuerpo (movilidad), trabajar o realizar acciones a menudo (aunque no siempre) contra resistencia		
Código	Diagnóstico		Código	Diagnóstico
00088	Deterioro de la ambulación		00089	Deterioro de la movilidad en silla de ruedas
00238	Deterioro de la bipedestación		00085	Deterioro de la movilidad física
00090	Deterioro de la habilidad para la traslación		00237	Deterioro de la sedestación
00091	Deterioro de la movilidad en la cama		00040	Riesgo de síndrome de desuso
| Clase 3. Equilibrio de la energía		Estado de equilibrio dinámico entre el ingreso y el gasto de recursos |		
Código	Diagnóstico		Código	Diagnóstico
00093	Fatiga		00154	Vagabundeo
Clase 4. Respuestas cardiovasculares/ pulmonares		Mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad y el reposo		
Código	Diagnóstico		Código	Diagnóstico
00239	Riesgo de deterioro de la función cardiovascular		00201	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz
00029	Disminución del gasto cardíaco		00204	Perfusión tisular periférica ineficaz
00240	Riesgo de disminución del gasto cardíaco		00228	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz
00032	Patrón respiratorio ineficaz		00034	Respuesta ventilatoria disfuncional al destete
00202	Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz		00092	Intolerancia a la actividad
00203	Riesgo de perfusión renal ineficaz		00094	Riesgo de intolerancia a la actividad
00200	Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca		00033	Deterioro de la ventilación espontánea

DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO *Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía*			
Clase 5. Autocuidado		Habilidad para llevar a cabo las actividades de cuidados del propio cuerpo y de las funciones corporales	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00102	Déficit de autocuidado: alimentación	00182	Disposición para mejorar el autocuidado
00108	Déficit de autocuidado: baño	00193	Descuido personal
00110	Déficit de autocuidado: uso del inodoro	00098	Deterioro del mantenimiento del hogar
00109	Déficit de autocuidado: vestido		

DOMINIO 5. PERCEPCIÓN/COGNICIÓN ***Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación***	
Clase 1. Atención	**Disposición mental para darse cuenta u observar**
Código	**Diagnóstico**
00123	**Desatención unilateral**
Clase 2. Orientación	**Conciencia de tiempo, lugar y persona**
Ninguno, por el momento	
Clase 3. Sensación/percepción	**Recepción de información a través de los sentidos del tacto, gusto, olfato, vista, audición y cinestesia y la comprensión de los datos sensoriales que conduce a la identificación, asociación y/o el reconocimiento de patrones**
Ninguno, por el momento	

Clase 4. Cognición		Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00128	Confusión aguda	00161	Disposición para mejorar los conocimientos
00129	Confusión crónica	00251	Control emocional inestable
00173	Riesgo de confusión aguda	00222	Control de impulsos ineficaz
00126	Conocimientos deficientes	00131	Deterioro de la memoria
Clase 5. Comunicación		Enviar y recibir información verbal y no verbal	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00157	Disposición para mejorar la comunicación	00051	Deterioro de la comunicación verbal

DOMINIO 6. AUTOPERCEPCIÓN

Conciencia de sí mismo

Clase 1. Autoconcepto		Percepción (percepciones) sobre el yo total	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00167	Disposición para mejorar el autoconcepto	00185	Disposición para mejorar la esperanza
00124	Desesperanza	00121	Trastorno de la identidad personal
00174	Riesgo de compromiso de la dignidad humana	00225	Riesgo de trastorno de la identidad personal
| Clase 2. Autoestima		| Evaluación de la propia valía, capacidad, significado y éxito |	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00119	Baja autoestima crónica	00224	Riesgo de baja autoestima crónica
00120	Baja autoestima situacional	00153	Riesgo de baja autoestima situadonal
| Clase 3. Imagen corporal		| Imagen mental del propio cuerpo |	
Código	Diagnóstico		
00118	Trastorno de la imagen corporal		

DOMINIO 7. ROURELACIONES *Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran*			
Clase 1. Roles de cuidador	Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que proporcionan los cuidados y que no son profesionales de la salud		
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00061	Cansancio del rol de cuidador	00164	Disposición para mejorar el rol parental
00062	Riesgo de cansancio del rol de cuidador	00057	Riesgo de deterioro parental
00056	Deterioro parental |		
Clase 2. Relaciones familiares	Asociaciones de personas que están biológicamente relacionadas o relacionadas por elección		
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00063	Procesos familiares disfundonales	00060	Interrupción de los procesos familiares
00159	Disposición para mejorar los procesos familiares	00058	Riesgo de deterioro de la vinculación
Clase 3. Desempeño del rol	Calidad del funcionamiento según los patrones de conducta socialmente esperados " *		
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00064	Conflicto del rol parental	00223	Relación ineficaz
00055	Desempeño ineficaz del rol	00207	Disposición para mejorar la relación
00052	Deterioro de la interacción social	00229	Riesgo de relación ineficaz

DOMINIO 8. SEXUALIDAC			
Identidad sexual, función sexual y reproducción			
Clase 1. Identidad sexual	Reconocerse como una persona específica en relación con la sexualidad y/o el género		
Ninguno, por el momento |			
Clase 2. Función sexual	Capacidad o habilidad para participar en actividades sexuales |		
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00059	Disfunción sexual	00065	Patrón sexual ineficaz
| Clase 3. Reproducción |	Proceso por el cual se reproducen los seres humanos |		
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00209	Riesgo de alteración de la diada matemo/fetal	00208	Disposición para mejorar el proceso de maternidad
00221	Proceso de maternidad ineficaz	00227	Riesgo de proceso de maternidad ineficaz

DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS			
Convivir con los eventos/procesos vitales			
Clase 1. Respuestas postraumáticas | Reacciones tras un trauma físico o psicológico			
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00114	Síndrome de estrés del traslado	00141	Síndrome postraumático
00149	Riesgo de síndrome de estrés del traslado	00145	Riesgo de síndrome postraumático
00142	Síndrome del trauma posviolación |		

Continúa

DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS *Convivir con ios eventos/procesos vitales*			
| Clase 2. Respuestas de afrontamiento | Procesos de gestión del estrés del entorno |			
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00137	Aflicción crónica	00172	Riesgo de duelo complicado
00071	Afrontamiento defensivo	00177	Estrés por sobrecarga
00069	Afrontamiento ineficaz	00072	Negación ineficaz
00158	Disposición para mejorar el afrontamiento	00199	Planificación ineficaz de las actividades
00077	Afrontamiento ineficaz de la comunidad	00226	Riesgo de planificación ineficaz de las actividades
00076	Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad	00187	Disposición para mejorar el poder
00074	Afrontamiento familiar comprometido	00125	Impotencia
00073	Afrontamiento familiar incapacitante	00152	Riesgo de impotencia
00075	Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	00241	Deterioro de la regulación del estado de ánimo
00146	Ansiedad	00210	Deterioro de la resiliencia
00147	Ansiedad ante la muerte	00212	Disposición para mejorar la resiliencia
00136	Duelo	00211	Riesgo de deterioro de la resiliencia
00135	Duelo complicado	00148	Temor
| Clase 3. Estrés neurocomportamental] Respuestas comportamentales que reflejan la función nerviosa y cerebral |			
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00049	Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	00117	Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante
00116	Conducta desorganizada del lactante	00009	Disreflexia autónoma
00115	Riesgo de conducta desorganizada del lactante	00010	Riesgo de disreflexia autónoma

DOMINIO 10. PRINCIPIOS VITALES *Principios subyacentes en la conducta, pensamientos y comportamientos sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de un valor intrínseco*			
Clase 1. Valores	Identificación y clasificación de los modos de conducta o estados finales preferidos		
Ninguno, por el momento |			
Clase 2. Creencias	Opiniones, expectativas o juicios sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de valor intrínseco		
Código	Diagnóstico		
00068	Disposición para mejorar el bienestar espiritual		
Clase 3. Congruencia entre valores/ creencias/acciones	Correspondencia o equilibrio alcanzado entre valores, creencias y acciones		
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00083	Conflicto de decisiones	00175	Sufrimiento moral
00169	Deterioro de la religiosidad	00184	Disposición para mejorar la toma de decisiones
00171	Disposición para mejorar la religiosidad	00242	Deterioro de la toma de decisiones independiente
00170	Riesgo de deterioro de la religiosidad	00243	Disposición para mejorar la toma de decisiones independiente
00066	Sufrimiento espiritual	00244	Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente
00067	Riesgo de sufrimiento espiritual |		

Continúa

DOMINIO 11. SEGURIDAD/PROTECCIÓN *Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección*			
Clase 1. Infección	Respuestas del huésped tras una invasión patógena		
Código	Diagnóstico		
00004	Riesgo de infección		
Clase 2. Lesión física	Lesión o herida corporal |		
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00036	Riesgo de asfixia	00220	Riesgo de lesión térmica
00039	Riesgo de aspiración	00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas
00155	Riesgo de caídas	00045	Deterioro de la mucosa oral
00048	Deterioro de la dentición	00247	Riesgo de deterioro de la mucosa oral
00086	Riesgo de disfunción neurovascular periférica	00100	Retraso en la recuperación quirúrgica
00046	Deterioro de la integridad cutánea	00246	Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica
00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	00206	Riesgo de sangrado
00044	Deterioro de la integridad tisular	00219	Riesgo de sequedad ocular
00248	Riesgo de deterioro de la integridad tisular	00205	Riesgo de shock
00035	Riesgo de lesión	00156	Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante
00245	Riesgo de lesión corneal	00038	Riesgo de traumatismo
00250	Riesgo de lesión del tracto urinario	00213	Riesgo de traumatismo vascular
00087	Riesgo de lesión postural perioperatoria	00249	Riesgo de úlcera por presión

Clase 3. Violencia		Ejecución de fuerza o poder excesivo con la finalidad de causar lesión o abuso	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00151	Automutilación	00140	Riesgo de violencia autodirigida
00139	Riesgo de automutilación	00138	Riesgo de violencia dirigida a otros
00150	Riesgo de suicidio		
Clase 4. Peligros del entorno		Fuentes de peligro en los alrededores	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00181	Contaminación	00037	Riesgo de intoxicación
00180	Riesgo de contaminación		
Clase 5. Procesos defensivos		Procesos por los cuales el yo se protege de lo que es externo al yo	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00218	Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodados	00041	Respuesta alérgica al látex
00217	Riesgo de respuesta alérgica	00042	Riesgo de respuesta alérgica al látex
Clase 6. Termorregulación		Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía en el cuerpo con el propósito de proteger el organismo	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00007	Hipertermia	00254	Riesgo de hipotermia perioperatoria
00006	Hipotermia	00005	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal
00253	Riesgo de hipotermia	00008	Termorregulación ineficaz

Continúa

DOMINIO 12. CONFORT *Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social*			
Clase 1. Confort físico	Sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor |		
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00183	Disposición para mejorar el confort	00256	Dolor de parto
00214	Disconfort	00134	Náuseas
00132	Dolor agudo	00255	Síndrome de dolor crónico
00133	Dolor crónico |		
Clase 2. Confort del entorno	| Sensación de bienestar o alivio en/con el propio entorno |		
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00183	Disposición para mejorar el confort	00214	Disconfort
| Clase 3. Confort social	| Sensación de bienestar o alivio con la situación social propia |		
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00053	Aislamiento social	00214	Disconfort
00183	Disposición para mejorar el confort	00054	Riesgo de soledad

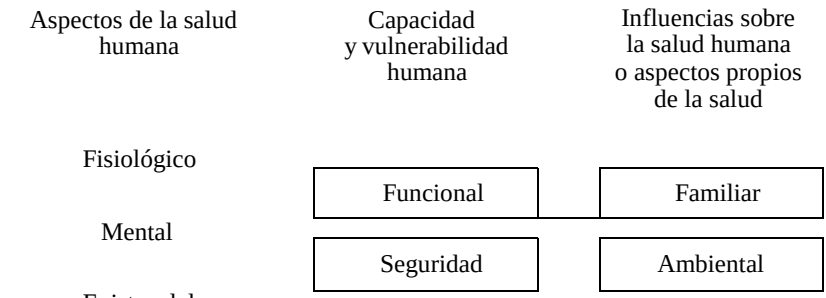
. DOMINIO 13. CRECIMIENTO Y DESARROLLO *Aumentos apropiados según la edad de las dimensiones físicas, la maduración de los sistemas orgánicos y/o la progresión en las etapas del desarrollo*	
| Clase 1. Crecimiento	| Progreso o regresión a través de una secuencia de etapas establecidas en la vida |
Código	Diagnóstico
00113	Riesgo de crecimiento desproporcionado
[Clase 2. Desarrollo |	| Aumento de las dimensiones físicas o maduración de los sistemas orgánicos
Código	Diagnóstico
00112	Riesgo de retraso en el desarrollo

Tal y como se ha mencionado previamente, las taxonomías evolucionan y cambian a lo largo del tiempo. Esto ocurre por varias razones. Constantemente estamos aprendiendo sobre la propia disciplina, y es posible que descubramos que lo que pensábamos que pertenecía a un dominio está realmente mejor representado en dos dominios distintos. Puede que se descubran nuevos fenómenos que no encajan en la estructura existente. Además, las perspectivas teóricas cambian, lo cual lleva a los profesionales a contemplar el conocimiento desde una perspectiva distinta. Recientemente, NANDA-I presentó una nueva taxonomía, propuesta por la Dra. Gunn von Krogh. Durante los próximos años se trabajará, probará y refinará esta taxonomía. En 2016 el objetivo es presentar esta taxonomía a los miembros de NANDA-I para determinar si la organización debe mantener la taxonomía II o cambiar a esta nueva visión y adoptar la taxonomía III.

En el modelo de von Krogh (fig. 3.8) se conceptualizan siete dominios basados en áreas significativas de conocimiento enfermero.

Dado que ésta es una decisión que puede tener un gran impacto sobre la profesión enfermera, que va desde cómo enseñar hasta cómo se estructuran los sistemas informáticos para facilitar la documentación y los sistemas de apoyo a la toma de decisiones para los diagnósticos enfermeros, incluimos aquí la estructura actual de la *propuesta* de taxonomía III (fig. 3.9). Es importante enfatizar que NANDA-I no ha adoptado esta estructura taxonómica, pero que se trabajará en los próximos años para examinar su adecuación como estructura para los diagnósticos enfermeros a través de discusiones e investigación en el ámbito mundial. En la tabla 3.2 mostramos la diferencia entre cómo los diagnósticos serán posicionados en esta taxonomía y como lo están en la taxonomía actual. A medida que dispongamos de más información sobre las pruebas de la taxonomía propuesta, ésta estará disponible en nuestra página web, vv» IT.';anda org.

Figura 3.8 ***Los siete dominios de la propuesta de taxonomía III***



O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Figura 3.9 ***Dominios y clases de la propuesta de taxonomía III (von Krogh, 2011)***

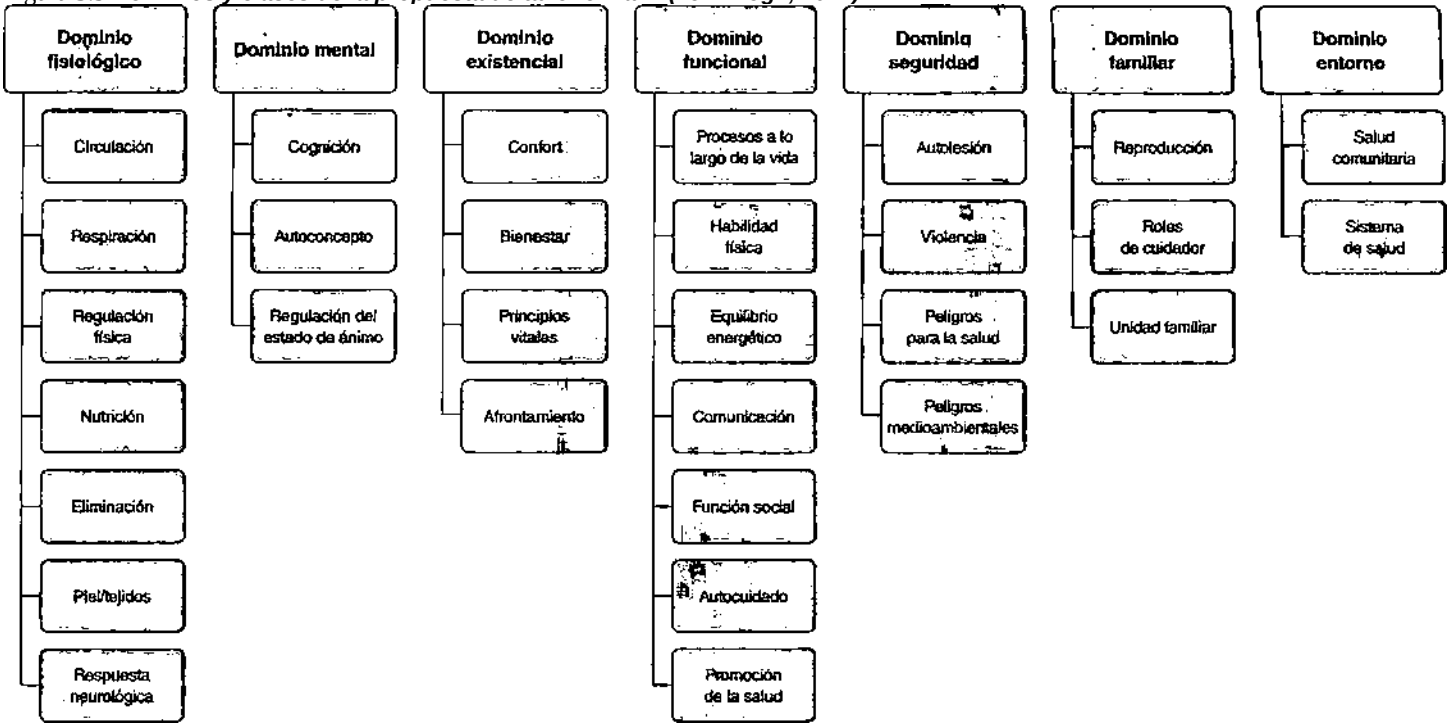


Tabla 3.2 ***Propuesta de taxonomía III: dominios, clases y diagnósticos enfermeros***

DOMINIO FISIOLOGICO *Estructuras anatómicas y procesos fisiológicos esenciales para la salud humana*	
Clase: Circulación Estructuras anatómicas y procesos implicados en la circulación vital y periférica	Código del diagnóstico enfermero
Disminución del gasto cardíaco	00029
Riesgo de disminución del gasto cardíaco	00240
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca	00200
Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	00239
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	00201
Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz	00202
Riesgo de perfusión renal ineficaz	00203
Perfusión tisular periférica ineficaz	00204
Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz	00228
Clase: Respiración Estructuras anatómicas y procesos implicados en la ventilación y el intercambio de gases	Código del diagnóstico enfermero
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	00031
Patrón respiratorio ineficaz	00032
Deterioro del intercambio de gases	00030
Deterioro de la ventilación espontánea	00033
Respuesta ventilatoria disfuncional al destete	00034
Clase: Regulación física Estructuras anatómicas y procesos implicados en los mecanismos regulatorios hematológicos, inmunológicos y metabólicos	Código del diagnóstico enfermero
Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodados	00218
Riesgo de respuesta alérgica	00217
Riesgo de nivel de glucemia inestable	00179
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	00005
Riesgo de desequilibrio electrolítico	00195
Disposición para mejorar el equilibrio electrolítico	00160
Déficit de volumen de líquidos	00027
Riesgo de déficit de volumen de líquidos	00028
Exceso de volumen de líquidos	00026

Continúa

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	00025
Hipertermia	00007
Hipotermia	00006
Riesgo de hipotermia	00253
Riesgo de hipotermia perioperatoria	00254
Ictericia neonatal	00194
Riesgo de ictericia neonatal	00230
Respuesta alérgica al látex	00041
Riesgo de respuesta alérgica al látex	00042
Riesgo de deterioro de la función hepática	00178
Termorregulación ineficaz	00008
Clase: Nutrición Estructuras anatómicas y procesos implicados en la ingestión, digestión y absorción de nutrientes	Código del diagnóstico enfermero
Insuficiente leche materna	00216
Lactancia materna ineficaz	00104
Interrupción de la lactancia materna	00105
Disposición para mejorar la lactancia materna	00106
Patrón de alimentación ineficaz del lactante	00107
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	00002
Disposición para mejorar la nutrición	00163
Obesidad	00232
Sobrepeso	00233
Riesgo de sobrepeso	00234
Clase: Eliminación Estructuras anatómicas y procesos implicados en la eliminación de los desechos corporales	Código del diagnóstico enfermero
Incontinencia fecal	00014
Estreñimiento	00011
Riesgo de estreñimiento	00015
Estreñimiento subjetivo	00012
Estreñimiento funcional crónico	00235
Riesgo de estreñimiento funcional crónico	00236
Diarrea	00013
Motilidad gastrointestinal disfuncional	00196
Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	00197

Deterioro de la eliminación urinaria	00016
Disposición para mejorar la eliminación urinaria	00166
Incontinencia urinaria funcional	00020
Incontinencia urinaria por rebosamiento	00176
Incontinencia urinaria refleja	00018
Incontinencia urinaria de esfuerzo	00017
Incontinencia urinaria de urgencia	00019
Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia	00022
Retención urinaria	00023
Riesgo de lesión en el tracto urinario	00250
Clase: Piel/tejidos Estructuras anatómicas y procesos de la piel y tejidos corporales implicados en la integridad estructural	Código del diagnóstico enfermero
Riesgo de lesión corneal	00245
Deterioro de la dentición	00048
Riesgo de sequedad ocular	00219
Deterioro de la mucosa oral	00045
Riesgo de deterioro de la mucosa oral	00247
Riesgo de úlcera por presión	00249
Deterioro de la integridad cutánea	00046
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	00047
Riesgo de lesión térmica	00220
Deterioro de la integridad tisular	00044
Riesgo de deterioro de la integridad tisular	00248
Riesgo de traumatismo vascular	00213
Clase: Respuesta neurológica Estructuras anatómicas y procesos implicados en la transmisión de los impulsos nerviosos	Código del diagnóstico enfermero
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	00049
Disreflexia autónoma	00009
Riesgo de disreflexia autónoma	00010
Conducta desorganizada del lactante	00116
Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante	00117
Riesgo de conducta desorganizada del lactante	00115
Riesgo de disfundón neurovascular periférica	00086
Desatendón unilateral	00123

Continúa

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

DOMINIO MENTAL *Procesos y patrones mentales esenciales para la salud humana*	
Clase: Cognición Procesos neuropsicológicos implicados en la orientación, procesado de la información y la memoria	Código del diagnóstico enfermero
Confusión aguda	00128
Riesgo de confusión aguda	00173
Confusión crónica	00129
Deterioro de la memoria	00131
Clase: Autoconcepto Patrones psicológicos implicados en la autopercepción, la identidad y la autorregulación	Código del diagnóstico enfermero
Trastorno de la imagen corporal	00118
Negación ineficaz	00072
Control emocional inestable	00251
Control ineficaz de los impulsos	00222
Baja autoestima crónica	00119
Riesgo de baja autoestima crónica	00224
Baja autoestima situacional	00120
Riesgo de baja autoestima situacional	00153
Trastorno de la identidad personal	00121
Riesgo de trastorno de la identidad personal	00225
Disposición para mejorar el autoconcepto	00167
Disfundón sexual	00059
Patrón sexual ineficaz	00065
Clase: Regulación del estado de ánimo Procesos de interacdón biofísica y emodonal implicados en la regulación del estado de ánimo	Código del diagnóstico enfermero
Deterioro de la reguladón del estado de ánimo	00241
DOMINIO EXISTENCIAL *Experiencias y percepciones vitales esenciales para la salud humana*	
Clase: Confort Percepdones de síntomas y experiendas de sufrimiento	Código del diagnóstico enfermero
Ansiedad	00146
Disconfort	00214
Disposidón para mejorar el confort	00183
Ansiedad ante la muerte	00147

Temor	00148
Dolor agudo	00132
Dolor crónico	00133
Dolor de parto	00256
Síndrome de dolor crónico	00255
Náuseas	00134
Aflicción crónica	00137
Clase: Bienestar Percepciones de calidad de vida y experiencias de satisfacción de las necesidades existenciales	Código del diagnóstico enfermero
Duelo	00136
Duelo complicado	00135
Riesgo de duelo complicado	00172
Disposición para mejorar la esperanza	00185
Desesperanza	00124
Riesgo de compromiso de la dignidad humana	00174
Disposición para mejorar el poder	00187
Impotencia	00125
Riesgo de impotencia	00152
Sufrimiento espiritual	00066
Riesgo de sufrimiento espiritual	00067
Disposición para mejorar el bienestar espiritual	00068
Clase: Principios vitales Valores personales, creencias y religiosidad	Código del diagnóstico enfermero
Conflicto de decisiones	00083
Sufrimiento moral	00175
Incumplimiento	00079
Deterioro de la religiosidad	00169
Disposición para mejorar la religiosidad	00171
Riesgo de deterioro de la religiosidad	00170
Clase: Afrontamiento Percepciones, experiencias y estrategias de afrontamiento	Código del diagnóstico enfermero
Planificación ineficaz de las actividades	00199
Riesgo de planificación ineficaz de las actividades	00226
Afrontamiento defensivo	00071

Continúa

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

Afrontamiento ineficaz	00069
Disposición para mejorar el afrontamiento	00158
Disposición para mejorar la toma de decisiones	00184
Deterioro de la toma de decisiones independiente	00242
Disposición para mejorar la toma de decisiones independiente	00243
Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente	00244
Síndrome postraumático	00141
Riesgo de síndrome postraumátíco	00145
Síndrome del trauma posviolación	00142
Síndrome de estrés del traslado	00114
Riesgo de síndrome de estrés del traslado	00149
Deterioro de la resiliencia	00210
Disposición para mejorar la resiliencia	00212
Riesgo de deterioro de la resiliencia	00211
Estrés por sobrecarga	00177
DOMINIO FUNCIONAL *Procesos* a *lo largo de la vida, funciones básicas y habilidades esenciales para la salud humana*	
Clase: Procesos de vida Procesos de crecimiento, desarrollo mental, maduración física y envejecimiento	Código del diagnóstico enfermero
Riesgo de retraso en el desarrollo	00112
Riesgo de crecimiento desproporcionado	00113
Clase: Capacidad física Habilidades audiovisuales, función sexual y movilidad	Código del diagnóstico enfermero
Deterioro de la movilidad en la cama	00091
Deterioro de la movilidad física	00085
Deterioro de la movilidad en silla de ruedas	00089
Deterioro de la sedestación	00237
Deterioro de la bipedestación	00238
Deterioro de la habilidad para la transferencia	00090
Deterioro de la ambulación	00088
Clase: Equilibrio de la energía Utilización y patrón de regulación de la energía	Código del diagnóstico enfermero
Intolerancia a la actividad	00092

Riesgo de intolerancia a la actividad	00094
Deterioro de las actividades recreativas	00097
Fatiga	00093
Insomnio	00095
Estilo de vida sedentario	00168
Disposición para mejorar el sueño	00165
Deprivación de sueño	00096
Trastorno del patrón de sueño	00198
Vagabundeo	00154
Clase: Comunicación Capacidades y habilidades de comunicación	Código del diagnóstico enfermero
Disposición para mejorar la comunicación	00157
Deterioro de la comunicación verbal	00051
Clase: Función social Red social, roles sociales, habilidades sociales e interacciones sociales	Código del diagnóstico enfermero
Riesgo de soledad	00054
Disposición para mejorar la relación	00207
Relaciones ineficaces	00223
Riesgo de relaciones ineficaces	00229
Desempeño ineficaz del rol	00055
Deterioro de la interacción social	00052
Aislamiento social	00053
Clase: Autocuidado Capacidades de autocuidado y habilidades del mantenimiento del hogar	Código del diagnóstico enfermero
Deterioro del mantenimiento del hogar	00098
Déficit de autocuidado: baño	00108
Déficit de autocuidado: vestido	00109
Déficit de autocuidado: alimentación	00102
Déficit de autocuidado: uso del inodoro	00110
Disposición para mejorar el autocuidado	00182
Descuido personal	00193
Clase: Promoción de la salud Conocimiento de la salud y habilidades de mantenimiento de la salud	Código del diagnóstico enfermero
Mantenimiento ineficaz de la salud	00099

Continúa

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

Gestión ineficaz de la salud	00078
Disposición para mejorar la gestión de la salud	00162
Síndrome de fragilidad del anciano	00257
Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano	00231
Protección ineficaz	00043
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	00188
Conocimientos deficientes	00126
Disposición para mejorar los conocimientos	00161
DOMINIO SEGURIDAD *Características de conductas de riesgo, peligros para la salud y peligros ambientales esenciales para la salud humana*	
Clase: Autolesión Conductas de riesgo autodirigidas y conductas suicidas	Código del diagnóstico enfermero
Automutilación	00151
Riesgo de automutilación	00139
Riesgo de violencia autodirigida	00140
Riesgo de suicidio	00150
Clase: Violencia Conductas de riesgo dirigidas a otros y conductas violentas	Código del diagnóstico enfermero
Riesgo de violencia dirigida a otros	00138
Clase: Peligros para la salud Peligros para la salud asociados a procesos de cuidados de salud y procesos sociales	Código del diagnóstico enfermero
Riesgo de aspiración	00039
Riesgo de sangrado	00206
Riesgo de síndrome de desuso	00040
Riesgo de caídas	00155
Riesgo de infección	00004
Riesgo de lesión	00035
Riesgo de lesión postural perioperatoria	00087
Riesgo de shock	00205
Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante	00156
Riesgo de asfixia	00036
Retraso en la curación quirúrgica	00100
Riesgo de retraso en la curación quirúrgica	00246

Deterioro de la deglución	00103
Riesgo de traumatismo	00038
Clase: Peligros del entorno Impacto de la economía en la salud, estándar de vivienda y entorno laboral	Código del diagnóstico enfermero
Contaminación	00181
Riesgo de contaminación	00180
Riesgo de intoxicación	00037
DOMINIO FAMILIA *Procesos reproductivos, procesos familiares y roles familiares esenciales para la salud humana*	
Clase: Reproducción Procesos biofísicos y psicológicos implicados en la fertilidad y la concepción y la fase de parto y posparto	Código del diagnóstico enfermero
Proceso de maternidad ineficaz	00221
Disposición para mejorar el proceso de maternidad	00208
Riesgo de proceso de maternidad ineficaz	00227
Riesgo de alteración de la diada matemo-fetal	00209
Clase: Roles del cuidador Administración de cuidados y funciones de cuidador	Código del diagnóstico enfermero
Riesgo de deterioro de la vinculación	00058
Cansando del rol de cuidador	00061
Riesgo de cansancio del rol de cuidador	00062
Conflicto del rol parental	00064
Deterioro del rol parental	00056
Riesgo de deterioro del rol parental	00057
Disposidón para mejorar el rol parental	00164
Clase: Unidad familiar Afrontamiento familiar, fundonalidad familiar e integridad familiar	Código del diagnóstico enfermero
Afrontamiento familiar comprometido	00074
Afrontamiento familiar incapadtante	00073
Disposidón para mejorar el afrontamiento familiar	00075
Gestión ineficaz de la salud familiar	00080
Procesos familiares disfuncionales	00063
Procesos familiares interrumpidos	00060
Disposición para mejorar los procesos familiares	00159

Continúa

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

DOMINIO AMBIENTAL *Sistema de cuidados de salud y procesos de cuidados de salud esenciales para la salud humana*	
Clase: Salud comunitaria Necesidades de salud de la comunidad, poblaciones de riesgo y programas de cuidados de salud	Código del diagnóstico enfermero
Salud deficiente de la comunidad	00215
Afrontamiento ineficaz de la comunidad	00077
Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad	00076
Clase: Sistema de salud Sistema de salud, legislación de cuidados de salud, tratamientos hospitalarios y procesos de cuidados	Código del diagnóstico enfermero
Ninguno en este momento	

Referencias bibliográficas

Abbot, A. (1988) The Systems of Professions. Chicago, IL: University of Chicago Press. Quammen, D. (2007) A passion for order. *National Geographic Magazine*. ngm.national-geographic.com/print/2007/06/Linnaeus-name-giver/david-quammen-text, recuperado el 1 de noviembre de 2013.

Von Krogh, G. (2011) Taxonomy III Proposal. *NANDA International Latín American Syrnposium.* Sao Paulo. Brazil. May 2011.

Capítulo 4

Taxonomía II de NANDA-I: especificaciones y definiciones

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

Estructura de la taxonomía II

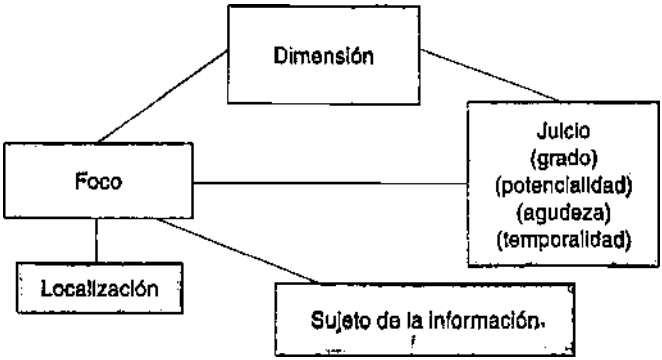
La taxonomía se define como la «rama de la ciencia que se ocupa de la clasificación sistemática, especialmente de los organismos; un esquema de clasificación» (Oxford Dictionary, 2013). En una taxonomía los dominios son «una esfera de conocimiento, influencia o investigación» y las clases son «un grupo, conjunto o categoría que comparte atributos comunes» (Merriam-Webster, Inc. 2009).

Podemos adaptar esa definición a una taxonomía de diagnósticos enfermeros; específicamente, nos ocupamos de la clasificación ordenada de los focos de interés de los diagnósticos enfermeros, siguiendo sus presuntas relaciones naturales. La taxonomía II presenta tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. La figura 3.3 (p. 58) muestra la organización de los dominios y clases en la taxonomía II; la tabla 3.1 (pp. 66-78) muestra la taxonomía II con sus 13 dominios, 47 clases y los 235 diagnósticos actuales.

La estructura de la taxonomía II utiliza códigos de 32-bits (o si la base de datos del usuario usa otro tipo de codificación, la estructura utiliza códigos de cinco dígitos). Esta estructura proporciona estabilidad o crecimiento y desarrollo de la estructura taxonómica evitando la necesidad de cambiar los códigos cuando se añaden nuevos diagnósticos, modificaciones o revisiones. Se asignan nuevos códigos a los diagnósticos nuevos aprobados. Los códigos retirados nunca se reutilizan.

La estructura del código de la Taxonomía II cumple con las recomendaciones de la National Library of Medicine (NLM) con respecto a los códigos de la terminología de salud. La NLM recomienda que los códigos no contengan información sobre el concepto clasificado, tal y como ocurría en la estructura de codificación de la taxonomía I, la cual incluía información sobre la localización y el nivel del diagnóstico.

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley fr Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses



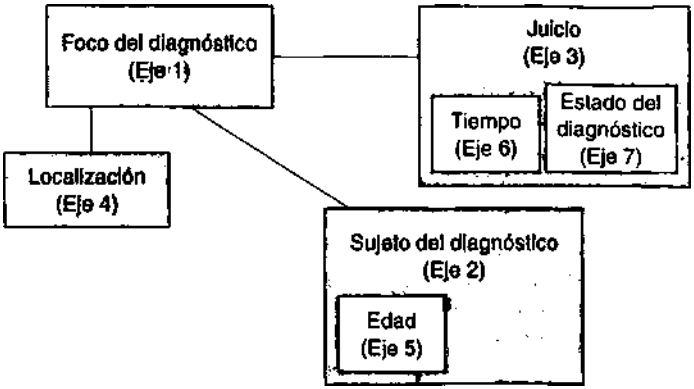
La terminología NANDA-I es un lenguaje de enfermería reconocido que satisface los criterios establecidos por el Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) de la American Nurses Association (ANA) (Lundberg, Warren, Brokel y cois., 2008). El beneficio de usar un lenguaje reconocido de enfermería es que éste es aceptado como soporte para la práctica enfermera, ya que proporciona una terminología clínicamente útil. Los diagnósticos NANDA-I además cumplen con el modelo de terminología de la Organización Internacional para la Normalización (ISO) para los diagnósticos enfermeros (fig. 4.1). La terminología está también registrada en el Health Level Seven International (HL7), un estándar informático para sistemas de salud, que determina la terminología que se debe utilizar en la identificación de los diagnósticos enfermeros en la mensajería electrónica entre sistemas de información clínica (www.HL7.org).

Un sistema multiaxial para construir conceptos diagnósticos

Los diagnósticos NANDA-I son conceptos construidos por medio de un sistema multiaxial. Este sistema está formado por ejes, los componentes de los cuales se combinan para que los diagnósticos sean sustancialmente similares en forma y coherentes con el modelo ISO.

Un eje, para el propósito de la taxonomía II de NANDA-I, se define operativamente como una dimensión de la respuesta humana que es considerada en el proceso diagnóstico. Existen siete ejes. El *modelo NANDA-I para un diagnóstico enfermero* muestra los siete ejes y su relación (fig. 4.2):

- Eje 1: foco del diagnóstico.
- Eje 2: sujeto del diagnóstico (persona, familia, grupo, cuidador, comunidad, etc.).
- Eje 3: juicio (deterioro, ineficaz, etc.).



m Eje 4: localización (vejiga, auditivo, cerebral, etc.).
- Eje 5: edad (lactante, niño, adulto, etc.).
- Eje 6: tiempo (crónico, agudo, intermitente).
- Eje 7: estado del diagnóstico (focalizado en el problema, de riesgo, de promoción de la salud).

Los ejes están representados en las etiquetas de los diagnósticos enfermeros por sus valores. En algunos casos se nombran explícitamente, como en los diagnósticos *afrontamiento ineficaz de la comunidad y afrontamiento familiar comprometido,* en los cuales el sujeto del diagnóstico (en primer lugar «comunidad» y en segundo «familia») se nombra usando los dos valores «comunidad» y «familia» del eje 2 (sujeto del diagnóstico). *«Ineficaz»* y *«comprometido»* son dos de los valores contenidos en el eje 3 (juicio).

En algunas ocasiones, el eje está implícito, como en el caso del diagnóstico
intolerancia a la actividad, en el cual el sujeto del diagnóstico (eje 2) es siempre
el paciente. En algunos casos un eje puede no ser pertinente para un determinado diagnóstico y por tanto no forma parte de la etiqueta del diagnóstico enfermero. Por ejemplo, el eje tiempo puede no ser relevante para todos los diagnósticos. En el caso de diagnósticos en los que no está explícita la identificación del sujeto del diagnóstico, puede ser útil recordar que NANDA-I define paciente como *«una persona, familia, grupo o comunidad»*.

El eje 1 (foco) y el eje 3 (juicio) son componentes esenciales de un diagnóstico enfermero. En algunos casos, sin embargo, el foco del diagnóstico contiene el juicio (p. ej., *náuseas).* En estos casos el juicio no está explícitamente separado en la etiqueta diagnóstica. El eje 2 (sujeto del diagnóstico) también es esencial, aunque, tal y como se mencionó anteriormente, puede estar implícito y por tanto no incluido en la etiqueta. El Comité de Desarrollo Diagnóstico requiere estos ejes para el envío de un nuevo diagnóstico; los otros ejes pueden ser usados cuando sean relevantes para clarificar.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Definición de los ejes

Eje 1 Foco del diagnóstico

El foco es el principal elemento o la parte fundamental y esencial, la raíz, del diagnóstico enfermero. Describe la «respuesta humana»» que es la esencia del diagnóstico.

El foco del diagnóstico puede constar de uno o más nombres. Cuando se usa más de un nombre (p. ej., *intolerancia a la actividad),* cada uno aporta un significado único al foco, como si entre los dos formaran un nombre único; el significado del término combinado, sin embargo, es diferente del significado de los dos nombres por separado. Con frecuencia se puede usar un adjetivo *(espiritual)* con un nombre *(sufrimiento)* para denotar el foco, *sufrimiento espiritual* (00066).

En algunos casos el foco y el diagnóstico enfermero son uno solo y el mismo, como ocurre con *náuseas* (00134). Esto ocurre cuando el diagnóstico enfermero se formula de la manera clínicamente más útil y la separación del foco no añade ningún nivel significativo de abstracción. En ocasiones puede ser muy difícil determinar exactamente cuál debería ser considerado el foco del diagnóstico. Por ejemplo, si consideramos las etiquetas diagnósticas *incontinencia fecal* (00014) e *incontinencia urinaria de esfuerzo* (00017), la pregunta es evidente: ¿el foco es solamente *incontinencia o* el foco es *incontinencia fecal* por un lado e *incontinencia urinaria* por otro? En este caso *incontinencia* es el foco, y los términos de localización (eje 4) *fecal* y *urinaria* clarifican el foco. Sin embargo, *incontinencia* es en sí mismo un juicio que puede formularse solo, por eso es el foco, independientemente de cuál sea la localización.

En algunos casos, en cambio, al eliminar la localización (eje 4) del foco se
elimina el significado para la práctica enfermera. Por ejemplo, si consideramos el foco del diagnóstico *riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal*
(00005), ¿el foco es *temperatura corporal* o simplemente *temperatura*? O si
consideramos el diagnóstico, *trastorno de la identidad personal* (00121), ¿el
foco es *identidad* o *identidad personal?* Las decisiones sobre qué constituye la esencia del foco del diagnóstico se toman sobre la base de aquello que puede ayudar a identificar las implicaciones para la práctica enfermera, y si el término identifica o no una respuesta humana. La *temperatura* puede referirse a la temperatura ambiental, la cual no es una respuesta humana, por tanto es importante identificar la *temperatura corporal* como el diagnóstico enfermero. De la misma manera, *identidad* puede no significar nada más que el género, color de los ojos, altura o edad de una persona, de nuevo éstas son características, pero no respuestas humanas; la *identidad personal,* sin embargo, indica la percepción de uno mismo y es una respuesta humana. En algunos casos el foco puede parecer similar, pero de hecho es bastante distinto: *violencia dirigida a otros* y *violencia autodirigida* son dos
respuestas humanas, y por tanto deben ser identificadas de forma separada

en términos de foco en la taxonomía II. Los focos de los diagnósticos enfermeros de NANDA-I se muestran en la tabla 4.1.

Actividades recreativas
Aflicción
Afrontamiento
Aislamiento social
Ambulación
Ansiedad
Ansiedad ante la muerte
Asfixia
Aspiración
Autoconcepto
Autocuidado
Autocuidado: alimentación
Autocuidado: baño
Autocuidado: uso del inodoro
Autocuidado: vestido
Autoestima
Automutilación

Bienestar espiritual
Bipedestación

Deglución
Dentición
Desarrollo
Desatención unilateral
Descuido personal
Desempeño del rol
Diada materno-fetal
Diarrea
Dignidad humana
Disfunción
Disfunción sexual
Disreflexia autónoma
Dolor
Duelo

Eliminación urinaria
Equilibrio de líquidos
Equilibrio electrolítico
Esperanza
Estilo de vida
Estreñimiento
Estrés

Ictericia
Identidad personal
Imagen corporal
Incontinencia
Incumplimiento
Infección
Insomnio
Integridad cutánea
Integridad tisular
Interacción social
Intercambio de gases
Intoxicación

Lactancia materna
Leche materna
Lesión
Lesión postural perioperatoria
Lesión térmica
Limpieza de las vías aéreas

Obesidad

Parental
Patrón de alimentación
Patrón del sueño
Patrón respiratorio
Patrón sexual
Perfusión gastrointestinal
Perfusión renal
Perfusión tisular
Planificación de las actividades
Poder*
Proceso de maternidad
Procesos familiares
Protección

Salud
Sangrado
Sedestación
Sequedad ocular
Shock
Síndrome de desuso
Síndrome de dolor
Síndrome de estrés del traslado
Síndrome de fragilidad del anciano
Síndrome de muerte súbita del lactante
Síndrome del trauma posviolación
Síndrome postraumático
Sobrepeso
Soledad
Sueño
Sufrimiento espiritual
Sufrimiento moral
Suicidio

Úlcera por presión

Vagabundeo
Ventilación espontánea
Vinculación
Violencia autodirigida
Violencia dirigida a otros
Volumen de líquidos

*Poder: al efectuar la traducción de los diagnósticos con este foco del inglés al español, en algunas ocasiones el diagnóstico toma la forma de impotencia, pero el foco continúa siendo el poder.

Continúa

Caídas
Cansancio del rol de cuidador
Capacidad adaptativa intracraneal
Comunicación
Comunicación verbal
Conducta desorganizada
Conducta organizada
Conductas para la salud
Conflicto de decisiones
Conflicto del rol
Confort
Confusión
Conocimientos
Contaminación
Control de impulsos
Control emocional
Crecimiento
Fatiga
Función cardiovascular
Función hepática
Gasto cardíaco
Gestión de la salud
Glucemia
Habilidad para la traslación
Hipertermia
Hipotermia
Mantenimiento de la salud
Mantenimiento del hogar
Memoria
Motilidad gastrointestinal
Movilidad
Mucosa
Náuseas
Negación
Nutrición

Reacción adversa a medios de contraste yodados
Recuperación quirúrgica
Regulación del estado de ánimo
Relación
Religiosidad
Resiliencia
Respuesta alérgica
Respuesta alérgica al látex
Respuesta ventilatoria al destete
Retención urinaria
Temor
Temperatura corporal
Termorregulación
Tolerancia a la actividad
Toma de decisiones
Toma de decisiones independiente
Traumatismo

Eje 2 Sujeto del diagnóstico

Se define el sujeto del diagnóstico como la(s) persona(s) para quien(es) se determina el diagnóstico enfermero. Los valores del eje 2 son individuo, cuidador, familia, grupo y comunidad, que representan la definición de NANDA-I de «paciente».

- *Individuo:* ser humano individual distinto de otros, una persona.
- *Cuidador:* miembro de la familia o ayudante que cuida regularmente de un niño o una persona enferma, anciano o persona discapacitada.
- *Familia:* dos o más personas que mantienen relaciones continuadas, que perciben obligaciones recíprocas, sentimiento de significado en común, y comparten ciertas obligaciones hacia otros; con relación por consanguinidad o por elección.
- *Grupo:* un número de personas con unas características comunes.
- *Comunidad:* un grupo de personas que viven en una misma localidad bajo el mismo gobierno. Algunos ejemplos incluyen barrios y ciudades.

Cuando el sujeto del diagnóstico no está explícito se entiende por defecto que es el individuo. Sin embargo, es perfectamente apropiado considerar esos diagnósticos también para otros sujetos. El diagnóstico *duelo* puede ser aplicado a un individuo o a una familia que ha perdido un ser querido. También puede ser apropiado para una comunidad que ha experimentado un desastre masivo, que ha sufrido la pérdida de un líder importante de la comunidad, un desastre natural o incluso la pérdida de una estructura simbólica de la comunidad (una escuela, una estructura religiosa, un edificio histórico, etc.).

Eje 3 Juicio

Un juicio es un descriptor o modificador que limita o especifica el significado del foco del diagnóstico. El foco del diagnóstico, juntamente con el juicio enfermero sobre el mismo, forman el diagnóstico. Todas las definiciones usadas para determinar los juicios se hallan en el Diccionario On-Line Oxford (2013). Los valores del eje 3 se pueden hallar en la tabla 4.2.

Eje 4 Localización

La localización describe las partes/regiones del cuerpo y/o sus funciones relacionadas, es decir, todos los tejidos, órganos, lugares anatómicos o estructuras. Los valores del eje 4 se muestran en la tabla 4.3.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Juicio	*Definición*	*Juicio*	*Definición*
Alterado	Emocional o caracterizado por emociones que se despiertan fácilmente, se expresan libremente y tienden a alterarse de forma rápida y espontánea	Deterioro	Debilitado o dañado (alguna cosa, especialmente una facultad o función)
Bajo	Por debajo de la media en cantidad, extensión, o intensidad; pequeño	Disfuncional	Que no funciona de forma normal o adecuada; desviación de la norma de conducta social de una forma que es contemplada como mala
Complicado	Compuesto de muchas partes o elementos interconectados; que implica muchos aspectos diferentes y confusos	Disminuido	Más pequeño o menor en tamaño, en cantidad, intensidad o grado
Comprometido	Que se ha vuelto vulnerable o que funciona de manera menos eficaz	Disposición	Disposición para hacer algo; estar totalmente preparado para algo
Defensivo	Usado o pensado para defender o proteger	Eficaz	Éxito en la consecución de un resultado deseado o esperado
Deficiente/déficit	No poseer suficiente de una cualidad o ingrediente; deficiencia o fallo, especialmente en una función neurológica o psicológica	Exceso	Cantidad de algo que es más de lo necesario, permitido o deseable
Desequilibrio	Falta de proporción o relación entre cosas correspondientes	Fracaso	Acción o estado de no funcionamiento
Desorganizado	No organizado o controlado de manera adecuada; disperso o ineficaz	Frágil	Débil y delicado
Desproporcionado	Demasiado grande o demasiado pequeño en comparación con otra cosa (norma)	Funcional	Que afecta al funcionamiento más que a la estructura de un órgano

Incapacidad	Limitado en los movimientos, sentidos o actividades
Independiente	Libre de restricciones legales, sociales o políticas; liberado
Ineficaz	Que no produce ningún efecto significativo o deseado
Inestable	Tendencia al cambio, fallo o abandono; no estable
Insuficiente	Que no es suficiente, inadecuado; incapaz, incompetente
Interrupción	Detención en el progreso continuo (de una actividad o proceso); romper la continuidad de algo
Mejorar	Intensificar, aumentar o mejorar la calidad, el valor o la extensión de algo

Organizado	Ordenado o controlado adecuadamente; eficaz
Percibido	Darse cuenta (de algo) usando los sentidos, especialmente la vista; interpretar o mirar (alguien o algo) de una manera determinada; reconocer cómo; darse cuenta o ser consciente (de algo); darse cuenta o comprender
Riesgo	Situación que envuelve la exposición al peligro; posibilidad o vulnerabilidad de que alguna cosa desagradable o molesta pueda pasar
Tendencia de riesgo	Posibilidad o predisposición a sufrir o experimentar alguna cosa lamentable o molesta/peligrosa
Trastorno	Alteración del patrón normal de funcionamiento
Retraso	Período de tiempo por el cual algo llega tarde, despacio o es pospuesto

Cama	Gastrointestinal	Periférico	Urinario
Cardíaco	Intestino	Renal	Vascular
Cerebral	Intracraneal	Silla de ruedas	Vejiga
Corneal	Neurovascular	Tracto urinario	

Eje 5 Edad

Se refiere a la edad de la persona que es sujeto del diagnóstico (eje 2). Los valores del eje 5 se enumeran más abajo, con todas las definiciones, *excepto* la de anciano, tomadas de la Organización Mundial de la Salud (2013):

- Feto: humano no nacido a partir de las ocho semanas de su concepción hasta su nacimiento.
- Neonato: niño menor de 28 días de edad.
- Lactante: niño >28 días y <1 año.
- Niño: persona entre 1 y 9 años, ambos incluidos.
- Adolescente: persona entre 10 y 19 años, ambos incluidos.
- Adulto: persona mayor de 19 años, a no ser que las leyes nacionales definan la persona como adulta a una edad más temprana.
- Anciano: persona >65 años.

Eje 6 Tiempo

El tiempo describe la duración del foco del diagnóstico enfermero (eje 1). Los valores del eje 6 son:

- *Agudo:* duración <3 meses.
- *Crónico:* duración >3 meses.
- *Continuo:* ininterrumpido, que continua sin interrupción.
- *Intermitente:* se interrumpe y vuelve a comenzar a intervalos; periódico, cíclico.
- *Perioperatorio:* ocurre o se ejecuta durante o cercano al tiempo de una intervención quirúrgica.
- *Situacional:* relacionado con un conjunto de circunstancias en las cuales uno se encuentra.

Eje* 7 *Estado del diagnóstico

El estado del diagnóstico se refiere a la existencia o potencialidad del problema/síndrome o a la categorización del diagnóstico como un diagnóstico de promoción de la salud. Los valores del eje 7 son:

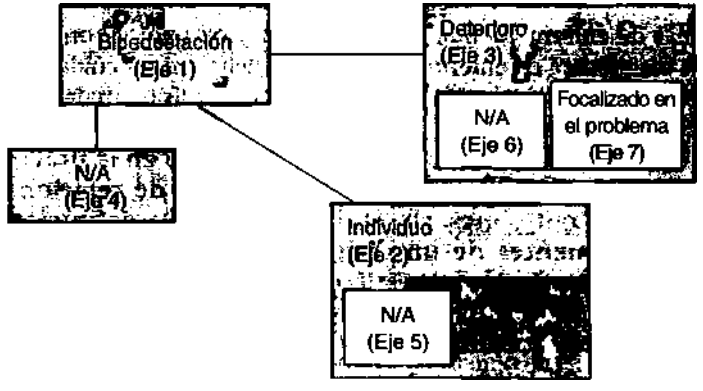
- *Focalizado en el problema:* respuesta humana no deseable a una afección de salud/proceso vital que existe en la actualidad (incluye síndromes diagnósticos focalizados en problemas).
- *Promoción de la salud:* motivación y deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano que existe en el momento actual (Pender, Murduagh y Parsons, 2006).
- *Riesgo:* vulnerabilidad para desarrollar en el futuro una respuesta humana no deseable a afecciones de salud/procesos vitales (incluye riesgo de síndromes diagnósticos).

Desarrollo y presentación de un diagnóstico enfermero

Un diagnóstico se construye combinando los valores de los ejes 1 (el foco diagnóstico), eje 2 (sujeto del diagnóstico) y eje 3 (juicio) cuando es necesario, y añadiendo valores de los otros ejes para poner de relevancia aspectos concretos y conseguir mayor claridad. De esta manera usted empieza por el foco diagnóstico (eje 1) y añade el juicio (eje 3) sobre el mismo. Recuerde que estos dos ejes están algunas veces combinados para formar una etiqueta del diagnóstico enfermero en la que el juicio está implícito, como ocurre con el diagnóstico *fatiga* (00093). A continuación, usted especifica el sujeto del diagnóstico (eje 2). Si el sujeto es un «individuo» no necesita explicitarlo (fig. 4.3). Entonces puede usar los restantes ejes, si son apropiados, para añadir detalles. Las figuras 4.4 y 4.5 ilustran otros ejemplos, usando un diagnóstico de riesgo y uno de promoción de la salud, respectivamente.

NANDA-I no está a favor de la construcción aleatoria de diagnósticos enfermeros que se podría realizar sencillamente uniendo términos de un eje con otro para crear una etiqueta diagnóstica que represente un juicio basado en una valoración de un paciente. Por el contrario, las áreas o los

Figura 4.3 *Modelo de un diagnóstico enfermero NANDA-I: (individual) deterioro de la bipedestación*



© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura 4.4 *Modelo de un diagnóstico enfermero NANDA-I: riesgo de conducta desorganizada del lactante*

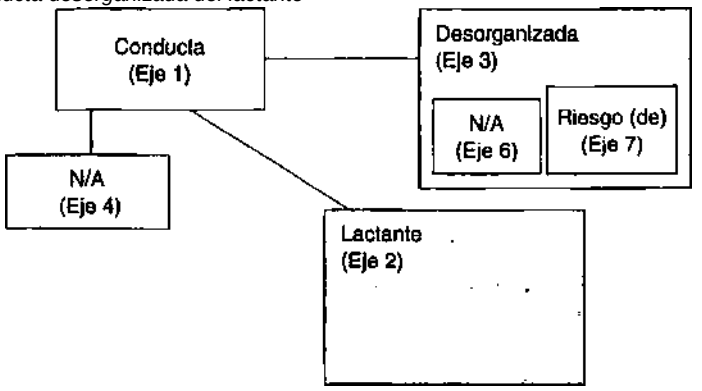
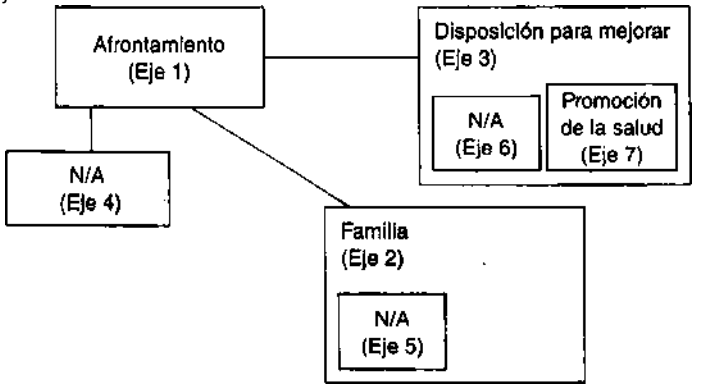


Figura 4.5 *Modelo de un diagnóstico enfermero NANDA-I: disposición para mejorar el afrontamiento familiar*



problemas de enfermería'que se identifiquen y que no dispongan de una etiqueta diagnóstica dé enfermería NANDA-I deberían ser cuidadosamente descritos en la documentación para asegurar la precisión de la interpretación de los juicios dínicos por otras enfermeras/profesionales de la salud.

La creación de un diagnóstico para ser usado en la práctica clínica y/o en la documentación por el método de relacionar términos de diferentes ejes, sin el desarrollo de la definición y los demás componentes de un diagnóstico (características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo) basados en la evidencia, contradice el propósito de un lenguaje estandarizado

como método que realmente representa, informa y dirige el juicio clínico y la práctica.

Ésta es una seria preocupación en relación con la seguridad del paciente, ya que la falta de conocimiento inherente a los componentes del diagnóstico hace imposible asegurar su precisión. Los términos enfermeros creados arbitrariamente en el punto del cuidado pueden dar como resultado interpretaciones erróneas del foco/área del problema clínico, y consecuentemente llevar al establecimiento de un resultado y a la selección de unas intervenciones inapropiadas. También hace imposible la investigación precisa de la incidencia de los diagnósticos enfermeros o la realización de estudios sobre resultados o intervenciones relacionados con diagnósticos, ya que sin unos componentes claros de los diagnósticos (características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo) es imposible saber si las respuestas humanas a las que se ha adjudicado la misma etiqueta realmente representan los mismos fenómenos.

Por eso, cuando se discute sobre la construcción de diagnósticos enfermeros en este capítulo, la intención es informar a las enfermeras sobre cómo se desarrollan los diagnósticos y proporcionar claridad a aquellas personas que están desarrollando diagnósticos para incluirlos en la taxonomía II de NANDA-I; *no debería* ser interpretado como una sugerencia de que NANDA-I apoya la creación de diagnósticos por parte de las enfermeras a pie de cama.

Desarrollo adicional

Una taxonomía y un marco multiaxial para el desarrollo de los diagnósticos enfermeros permite a los clínicos ver en qué áreas de la disciplina faltan diagnósticos y proporciona la oportunidad de desarrollar aquellos que sean clínicamente útiles para la práctica. Si usted desarrolla un nuevo diagnóstico que es útil para su práctica, por favor envíelo a NANDA-I, para que otros puedan compartir su descubrimiento. Los formularios para el envío y otra información adicional están disponibles en la página web de NANDA-I (i >). El Comité de Desarrollo Diagnóstico (CDD) estará encantado de ayudarle a preparar su envío.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Referencias bibliográficas

Lundberg, C., Warren, J., Brokel, J., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Johnson, M,, Maas, M., Martin, K., Moorhead, S., Spisla, C., Swanson, E., & S. Giarrizzo-Wilson (2008). Selecting a standardized terminology for the electronic health record that reveáis the impact oí nursing on patient care. Online Journal of Nursing Informatics, 12(2). Disponible en: http://ojni.org/12_2/lundberg.pdf

Merriam-Webster, Inc. (2009). Merriam-Webster's Collegiate Dictionary (llth ed.) Springfield, MA: Merriam-Webster, Inc.

Oxford Dictionary On-Line, British and World Versión. (2013). Oxford University Press. Disponible en: http://www.oxforddictionaries.com/

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). Health promotion in nursing practice (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.

World Health Organization (2013). Health topics: Iníant. newborn. Disponible en: http://www.who.im/topics/infant_newborn/en/
World Health Organization (2013). Definition of key terms. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/

Otras lecturas recomendadas

Matos, P. G. O. A., fr Cruz, D. A. L. M. (2009). Development of an instrument to evalúate diagnosis accuracy. Revista da Escola de Enfermagem USP 43(Spe): 1087-1095.
Paans, W., Nieweg, R. M. B, Van der Schans, C. P, fr Sermeus, W. (2011). Whai factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in dinical practice? A systematic literature review. Journal of Clinical Nursing, 20, 2386-2403.

Capítulo 5
Preguntas frecuentes

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI y Shigemi Kamitsuru, RN, PhD, FNI

Habitualmente recibimos preguntas a través de nuestra página web o el correo electrónico y cuando los miembros de la Junta de Directores o la CEO/directora ejecutiva de NANDA-I viaja y realiza presentaciones en diferentes conferencias. Por eso, hemos decidido incluir algunas de las preguntas más frecuentes juntamente con las respuestas, con la esperanza de que puedan ayudar a otras personas que se formulen esas mismas preguntas.

Preguntas básicas sobre los lenguajes estandarizados de enfermería

¿Qué es un lenguaje estandarizado de enfermería?

Un lenguaje estandarizado de enfermería (LEE) es un conjunto de términos comúnmente entendidos, utilizados para describir los juicios clínicos implicados en la valoración (diagnósticos enfermeros), juntamente con las intervenciones y los resultados relacionados en la documentación de los cuidados enfermeros.

¿Cuántos lenguajes estandarizados de enfermería existen?

La American Nurses Association reconoce 12 LEE.

¿Cuáles son las diferencias entre los lenguajes estandarizados de enfermería?

Muchos lenguajes manifiestan ser estandarizados; algunos son simplemente una lista de términos, otros proporcionan definiciones de esos términos. NANDA-I mantiene que un lenguaje estandarizado que representa una profesión debería proporcionar, como mínimo, una definición basada en la evidencia, una lista de características definitorias (signos/síntomas)

NANDA International. Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
©2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley 6- Sons. Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

y factores relacionados (factores etiológicos); los diagnósticos de riesgo deberían incluir una definición basada en la evidencia y una lista de factores de riesgo. Sin éstos cualquiera puede definir cualquier término a su manera, lo cual, obviamente, contradice el propósito de la estandarización.

Hay personas que usan términos como «selecciona un diagnóstico», «escoge un diaqnóstico», «elige un diagnóstico» esto suena como si hubiese una manera sencilla de saber qué diagnóstico usar. ¿Esto es correcto?

Cuando hablamos de diagnosticar no estamos hablando de algo tan sencillo como elegir un término de una lista o escoger algo que «suene bien» para nuestro paciente. Estamos hablando del proceso de toma de decisiones diagnósticas, mediante el cual las enfermeras diagnostican. Por tanto, más que usar esos términos tan simples (seleccionar, escoger, elegir) deberíamos real-
mente describir el proceso diagnóstico. En lugar de decir «escoger un diagnóstico» deberíamos dedr «diagnosticar al paciente/familia»; en lugar de decir «elegir un diagnóstico» podríamos decir «asegurar la precisión en su diagnóstico», o bien, simplemente «diagnosticar al paciente/familia». Las pa-
labras son poderosas, por tanto, cuando decimos cosas como escoger, elegir o
seleccionar suena simple, como leer una lista de términos y elegir uno. Usar el
razonamiento diagnóstico, sin embargo, es mucho más que eso, y *diagnosticar*
es lo que hacemos, que está muy lejos de simplemente «elegir» algo.

Preguntas básicas sobre NANDA-I

¿Que es NANDA International?

La implementación de los diagnósticos mejora cada uno de los aspectos de la práctica enfermera, desde cosechar el respeto profesional a asegurar una documentación consistente que garantice la representación del juicio clínico profesional de las enfermeras y la documentación precisa que facilite el reembolso económico. NANDA-I existe con la finalidad de desarrollar, refinar y promover una terminología que refleje de forma precisa los juicios clínicos de las enfermeras.

¿Que es la taxonomía?

La taxonomía es la práctica y ciencia de la categorización y la clasificación. La taxonomía actual NANDA-I incluye 235 diagnósticos enfermeros que están agrupados (clasificados) en 13 dominios (categorías) de práctica

enfermera: promoción de la salud; nutrición; eliminación e intercambio; actividad/reposo; percepción/cognición; autopercepción; rol/relaciones; sexualidad; tolerancia/afrontamiento al estrés; principios vitales; seguridad/protección; confort; crecimiento/desarrollo.

¿Por qué NANDA-I cobra una cuota por el acceso a sus diagnósticos enfermeros?

En cualquier campo, el desarrollo y mantenimiento de un cuerpo de trabajo basado en la investigación requiere la inversión de tiempo y experiencia; además, la diseminadón del trabajo es un gasto adidonal. Como organizadón voluntaria nosotros finandamos reuniones de comités para la revisión de los diagnósticos enviados, para asegurar que cumplen con los criterios de niveles de evidenda. También propordonamos cursos de formadón y procuramos que las oportunidades de aprendizaje se den en inglés, español y portugués dada la alta demanda de estos contenidos. Tenemos miembros de comités en todo el mundo, y tanto las videoconferendas como las reuniones cara a cara originan gastos, igual que los congresos o los cursos. Nuestras cuotas sirven para finandar este trabajo con un benefido cero y son realmente modestas si las comparamos con las cuotas requeridas, por ejemplo, por una licencia para el uso de CIE-10 de diagnósticos médicos.

Si compramos el libro e introducimos el contenido en un software nosotros mismos, ¿también tenemos que pagar?

NANDA International, Inc. depende de los ingresos que redbe de la venta de
libros y licendas electrónicas para mantener y mejorar el estado de la rienda en nuestra terminología. La terminología N AND A-I es una terminología licendada, por tanto, ninguna parte de la publicadón de NALNDA-I, *Diagnósticos Enfermeros NANDA International: Definiciones y dosificación,*
puede ser reprodudda, almacenada en un sistema de recuperadón, o transmitida por ningún mecanismo/ electrónico, mecánico, fotocopiado, grabado, o cualquier otro, sin el permiso previo del editor. Esto incluye la publicación en blogs *Online*, páginas web, etc.

Esto es así independientemente del idioma en el que se use el trabajo. Para cualquier otro uso distinto de la lectura o consulta del libro se requiere una licencia de Blackwell Publishing, Ltd (una compañía de Wiley y Sons Inc.) o del editor autorizado del libro en cualquier otro idioma.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Puede encontrar los titulares de los derechos de traducdón de nuestro trabajo en otros idiomas distintos del inglés en http://www.nanda.org/nanda-intemational-taxonomy-translation-licensees.html. El uso de este contenido requiere que usted solióte y redba autorizadón del editor para reprodudr nuestro trabajo en cualquier formato. Puede encontrar más informadón en nuestra página web (www.nanda.org) o puede contactar con Wiley-Blackwell en wiley@nanda.org o visitar su página web www.wiley.com/wiley-backwell.

¿Debería usarse la estructura de la taxonomía II como marco para la valoración enfermera?

El propósito de la taxonomía es proporcionar organización a los términos (diagnósticos) de NANDA-I. Nunca fue la intención que sirviese

como marco de valoración. Por favor, vean nuestra declaración de posicionamiento sobre el uso de la taxonomía II de NANDA-I como marco de valoración enfermera en la página 459.

¿Qué es el formato PES, cómo fue desarrollado y cuáles son sus orígenes? ¿NANDA-I requiere el uso del formato/esquema PES?

«PES» es un acrónimo de Problema, Etiología (factores relacionados) y Signos/Síntomas (características definitorias). El formato PES fue publicado por primera vez por la Dra. Maijory Gordon, una de las fundadoras y presidentas de NANDA-I. Los componentes de los diagnósticos NANDA-I se identifican ahora como *factores relacionados* y *características definitorias* y,
por tanto, la palabra «formato PES» no se usa en los libros NANDA-I actualmente aunque algunos países aún lo utilizan y también muchas publicaciones. La formulación de diagnósticos precisos se basa en la documentación de factores relacionados y características definitorias, y el formato PES fomenta justamente eso, lo cual es crucial para la precisión en los diagnósticos enfermeros, un enfoque que NANDA-I apoya fervientemente.

Sin embargo, NANDA-I no requiere el uso del formato PES, o ningún otro formato en particular para documentar los diagnósticos enfermeros. Somos conscientes de la gran variedad de sistemas de documentación electrónica en uso y en desarrollo en el mundo, y parece que existen tantas maneras de registrar documentación enfermera como sistemas. Muchos sistemas no permiten el uso del modelo «relacionado con... manifestado por». Sin embargo, es importante que las enfermeras sean capaces de comunicar los datos de la valoración en los que se fundamenta el diagnóstico que han realizado, para que otros profesionales que cuidan al paciente sepan por qué se ha seleccionado un diagnóstico determinado. Por favor, revisen la declaración de posicionamiento sobre la estructura del diagnóstico enfermero cuando se incluye en un plan de cuidados (p. 459).

/Q Recursos para estudiantes

El formato PES proporciona un método muy robusto para enseñar razonamiento clínico y para ayudar a los estudiantes y las enfermeras en su aprendizaje de las habilidades diagnósticas. Dado que los pacientes generalmente presentan más de un factor relacionado y/o características definitorias, en muchos lugares se cambia la expresión, adoptando «se manifiesta por/se evidencia por» y «relacionado con», añadiendo una lista de las características definitorias y factores relacionados a continuación de la formulación del diagnóstico. Esta lista está basada en la situación individual del paciente y puede usar los términos estandarizados de NANDA-I. A partir de la presente edición los códigos informáticos para todos los indicadores diagnósticos de la terminología NANDA-I están disponibles en nuestra página web.

Independientemente de los requisitos de la documentación, es importante recordar que para garantizar unos cuidados seguros del paciente en las áreas clínicas es crucial supervisar o valorar las características definitorias (manifestaciones de los diagnósticos) y factores relacionados (o causas) de los diag-

nósticos enfermeros. La elección de unas intervenciones eficaces está basada en los factores relacionados y las características definitorias del diagnóstico.

¿Cómo formulo los diagnósticos de riesgo, los diagnósticos focalizados en problemas y los diagnósticos de promoción de la salud?

Los sistemas de documentación son diferentes en cada organización, por tanto, en algunos casos deberá escribir (o seleccionar de una lista electrónica) la etiqueta diagnóstica correspondiente a la respuesta humana que ha diagnosticado. Los datos de la valoración puede que se encuentren en una sección (o «pantalla») distinta del sistema electrónico, y que usted deba seleccionar los factores relacionados y características definitorias o factores de riesgo en ese lugar. Aquí se muestran algunos ejemplos de registro en formato PES.

Diagnóstico focalizado en problema

Para usar el formato PES empiece por el diagnóstico, seguido de los factores etiológicos (factores relacionados en un diagnóstico focalizado en problema). Finalmente identifique los signos/síntomas mayores (características definitorias).

- *Ansiedad* relacionada con crisis situacional y estrés (factores relacionados) manifestada por inquietud, insomnio, angustia y anorexia (características definitorias).

Diagnóstico de riesgo

Para los diagnósticos de riesgo no existen factores de relación (factores etiológicos), ya que está identificando una *vulnerabilidad* en un paciente ante un problema potencial; el problema no se ha presentado todavía. Diferentes expertos recomiendan distintas formulaciones (algunos usan «relacionado con», otros usan «manifestado por» para los diagnósticos de riesgo). Dado que el término «relacionado con» se usa para sugerir una etiología, en el caso de los diagnósticos focalizados en problema, y dado que existe sólo una vulnerabilidad a un problema en el caso del diagnóstico de riesgo, NANDA-I ha decidido recomendar el uso de «manifestado por» para referirse a la evidencia de un riesgo que existe, cuando se use el formato PES.

- *Riesgo de infección* manifestado por vacunación inadecuada e inmunosupresión (factores de riesgo).

Diagnósticos de promoción de la salud

Dado que los diagnósticos de promoción de la salud no requieren factores relacionados, no existe un «relacionado con» en la formulación de estos diagnósticos. En lugar de ello, las características definitorias proporcionan la evidencia del deseo del paciente de mejorar su estado de salud actual.

- *Disposición para mejorar el autocuidado* manifestado por la expresión del deseo de mejorar el autocuidado.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

¿NANDA-I proporciona una lista de diagnósticos?

Realmente no tiene ningún sentido proporcionar una lista de términos, hacerlo contravendría el propósito de un LEE. A no ser que la definición, características definitorias, factores relacionados y/o de riesgo sean conocidos, la etiqueta por sí sola no tiene ningún significado. Por tanto, no pensamos que sea interesante para la seguridad del paciente producir una simple lista de términos que puede ser malentendida o usada inadecuadamente en el contexto clínico.

Es esencial disponer de las definiciones de los diagnósticos y, aún más importante, de los indicadores de los diagnósticos (datos de valoración/anamnesis del paciente) requeridos para realizar un diagnóstico: por ejemplo, los signos y síntomas que recoge en su valoración («características definitorias») y la causa del diagnóstico («factores relacionados») o aquellas cosas que sitúan a un paciente ante un riesgo significativo para un diagnóstico («factores de riesgo»). A medida que valora el paciente, usted confía tanto en su conocimiento clínico como «en el conocimiento de los libros» para descubrir patrones en los datos, indicadores diagnósticos que se agrupan y que pueden corresponder a un diagnóstico. Las preguntas que se puede formular para identificar y validar el diagnóstico correcto incluyen:

1. ¿Están la mayoría de las características definitorias/factores de riesgo presentes en el paciente?
2. ¿Existen factores etiológicos (factores relacionados) para el diagnóstico evidentes en el paciente?
3. ¿Ha validado el diagnóstico con el paciente/familia o con otra colega enfermera (cuando sea posible)?

Preguntas básicas sobre los diagnósticos enfermeros

¿Se puede utilizar el diagnóstico enfermero con seguridad en otro contexto que no sea en pacientes hospitalizados, es decir, en salas qulrúrqicas o ambulatorios?

|Por supuesto! Los diagnósticos enfermeros se utilizan en los quirófanos, clínicas ambulatorias, centros psiquiátricos, actuaciones de salud en el hogar y las organizaciones de cuidados paliativos, así como en la salud pública, enfermería en escuelas, salud ocupacional —y, por supuesto, en los hospitales—. Hay tantos diagnósticos básicos como prácticas de enfermería; por ejemplo, *dolor agudo* (00132), *ansiedad* (00146), *conocimientos deficientes* (00126), *disposición para mejorar la gestión de la propia salud* (00162), se podrían encontrar en cualquier lugar de la práctica de enfermería. Dicho esto, sabemos que hay una necesidad de desarrollar diagnósticos para ampliar aún más los términos que usamos para describir los conocimientos de enfermería en todas estas áreas de enfermería. Se está trabajando en algunas áreas, tales como pediatría y salud mental, y también en un

gran número de países, ¡y estamos esperando ansiosamente los resultados!

¿Deberían las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos usar los diagnósticos enfermeros? Nosotras estamos muy oupadas atendiendo las afecciones médicas

¡Qué pregunta tan interesante! ¿Deberían las enfermeras practicar la enfermería? ¡Sí, naturalmente! No existe ninguna duda de que las intervenciones enfermeras en una unidad de cuidados intensivos tienen un foco muy importante como resultado de las afecciones médicas, y a menudo intervienen con los pacientes usando «protocolos permanentes» (órdenes médicas permanentes) que requieren pensamiento crítico para ser implementadas correctamente. Pero seamos honestos: las enfermeras en las unidades de cuidados críticos necesitan practicar la enfermería. Los pacientes con afecciones críticas presentan riesgo de múltiples complicaciones que pueden ser prevenidas por las enfermeras: neumonías relacionadas con el ventilador (*riesgo de infección*, 00004), úlceras por presión *(riesgo de úlceras por presión.* 00249), lesión corneal (*riesgo de lesión corneal*, 00245).

A menudo están aterrados *(temor*, 00148) y las familias están estresadas, pero necesitan saber cómo cuidar a su ser querido cuando regrese a casa: *conocimientos deficientes* (00126), *estrés por sobrecarga* (00177), *riesgo de cansancio del rol de cuidador* (00062). Si las enfermeras únicamente atienden las afecciones médicas obvias, entonces, como dice el antiguo adagio, pueden ganar la batalla, pero perderán la guerra. Estos pacientes pueden desarrollar secuelas que podrían haber sido evitadas, su tiempo de ingreso se puede prolongar, o el alta puede dar como resultado eventos adversos e incrementar los ratios de reingresos. ¿Atender las afecciones médicas? ¡Naturalmente! ¿Y focalizaren las respuestas humanas? ¡Absolutamente!

¿Cuales son los tipos de diagnósticos enfermeros en la clasificación NANDA-I?

NANDA-I identifica tres categorías de diagnósticos enfermeros: focalizados en problemas, promoción de la salud y diagnósticos de riesgo. Dentro de esas categorías puede encontrar también síndromes. Las definiciones para cada una de las categorías, así como los síndromes, se pueden encontrar en el glosario de términos en la página 464.

¿Qué son los diagnósticos enfermeros y por qué debería usarlos?

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con la respuesta humana a afecciones de salud/procesos vitales, o una vulnerabilidad para esa respuesta, de un individuo, familia, grupo o comunidad. Requiere una valoración enfermera para ser diagnosticado correctamente, no se pueden estandarizar de forma segura los diagnósticos enfermeros usando los diagnósticos

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

médicos. Aunque es cierto que existen algunos diagnósticos enfermeros que se dan de forma frecuente en pacientes que presentan determinados diagnósticos médicos, el hecho es que usted no sabrá si un diagnóstico

es preciso a no ser que realice una valoración de las características definitorias y establezca que existen factores relacionados.

Un diagnóstico enfermero proporciona las bases para la selección de las intervenciones enfermeras para la consecución de los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad. Esto significa que los diagnósticos enfermeros se utilizan para determinar el plan de cuidados apropiado para el paciente, guiando los resultados y las intervenciones del mismo. Usted no puede estandarizar un diagnóstico enfermero, pero es posible estandarizar las intervenciones enfermeras, una vez que haya seleccionado el resultado apropiado para el diagnóstico enfermero, ya que las intervenciones deben estar basadas en la evidencia siempre que sea posible.

Los diagnósticos enfermeros también aportan un lenguaje estandarizado para su uso en la historia clínica electrónica, lo que permite una comunicación clara entre los miembros del equipo de cuidado y la recogida de datos para una mejora continua en el cuidado del paciente.

¿Cuál es la diferencia entre un diagnóstico médico y un diagnóstico enfermero?

Un diagnóstico médico se ocupa de la enfermedad, las dolencias o las lesiones. Un diagnóstico enfermero se encarga de las respuestas humanas reales o potenciales a problemas de salud y procesos vitales. Por ejemplo, un diagnóstico médico de accidente cerebrovascular (ACV) proporciona información sobre la patología del paciente. Los diagnósticos enfermeros de *deterioro de la comunicación verbal, riesgo de caídas, interrupción de los procesos familiares, dolor crónico* e *impotencia* proporcionan una comprensión más holística sobre el impacto que ese ACV tiene sobre el paciente y su familia; éstos además dirigen las intervenciones enfermeras para obtener resultados específicos para este paciente. Si la enfermera focaliza únicamente en el ACV, probablemente no diagnosticará el *dolor crónico* que el paciente sufre, su sentimiento de *impotencia* e incluso la *interrupción de los procesos familiares.*

Todos estos problemas tendrán un impacto en el alta potencial al domicilio, su habilidad para gestionar su nuevo tratamiento y, en general, su calidad de vida. También es importante recordar que mientras que un diagnóstico médico pertenece únicamente al paciente la enfermera trata al paciente y su familia, por tanto los diagnósticos referentes a la familia son vitales, ya que poseen el potencial de influir —de forma positiva o negativa— en los resultados que está intentando alcanzar con el paciente.

¿Cuáles son los componentes de un diagnóstico y qué significado tienen para las enfermeras en la práctica?

Un diagnóstico enfermero consta de varias partes: la *etiqueta del diagnóstico*, la *definición* y los criterios de valoración que se usan para diagnosticar, las *características definitorias* y *factores relacionados o factores de riesgo.* Tal y

como mencionamos en el capítulo 4, NANDA-I está muy preocupada por la poca seguridad inherente al uso de los términos (etiquetas diagnósticas) que no poseen un significado estandarizado y/o criterios de valoración. Elegir un diagnóstico de una lista o inventar un término a pie de cama es una práctica muy peligrosa por varias razones. En primer lugar, la comunicación entre los miembros del equipo de salud debe ser clara, concisa y consistente. Si cada persona define un «diagnóstico» de manera diferente no existe claridad. En segundo lugar, ¿cómo podemos valorar la validez de un diagnóstico o de la capacidad diagnóstica de una enfermera si no disponemos de los datos en los que se fundamenta el diagnóstico?

Echemos un vistazo al caso de Myra Johansen. Este estudio de caso muestra el problema de «elegir» un diagnóstico de una lista de términos sin conocer la definición o los datos de la valoración necesarios para diagnosticar la respuesta.

Estudio de caso*: Myra Johansen*

Myra Johansen es una paciente de 57 años, obesa, con una historia de 30 años de fumadora (lo dejó hace 6 años), que ingresa a causa de una complicación respiratoria grave de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Su afección se está empezando a estabilizar y usted se hará cargo de sus cuidados al inicio de su tumo. Se da cuenta de que en la historia de enfermería la enfermera del tumo anterior ha registrado tres diagnósticos enfermeros: *patrón respiratorio ineficaz* (00032),
ansiedad (00146) y *conocimientos deficientes* (00126). Basándose en esa
información, se hace una idea de la paciente y de cómo va a atenderla. La *ansiedad* le hace pensar que la tendrá que calmar y que tendrá que proporcionarle seguridad cuando hable con ella, mientras que el *patrón respiratorio ineficaz* le dice que la Sra. Johansen aún tiene dificultades con la ventilación. El diagnóstico de *conocimientos deficientes* la preocupa, ya que tendrá que enseñarle muchas cosas a la paciente sobre su nueva medicación, así como sobre los cambios en la nutrición para ayudarla a perder peso, lo cual la ayudará a mejorar la respiración.

Un poco más tarde completa su valoración y ve que ha identificado algunas diferencias con respecto a la enfermera del tumo anterior. El diagnóstico *patrón respiratorio ineficaz* es claramente preciso, la paciente
presenta ortopnea, taquipnea, disnea y un aumento en el diámetro anteroposterior; el aleteo nasal es evidente, así como la respiración con los labios fruncidos, y está usando los músculos intercostales para respirar. También está sentada en la clásica «posición de apoyo en tres puntos» para tratar de facilitar la respiración. Los factores relacionados incluyen fatiga, obesidad y fatiga de los músculos respiratorios.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

La *ansiedad* también es obvia. Manifiesta que es una persona ansiosa, está «siempre preocupada por alguna cosa» y ahora está preocupada

por muchos problemas, como no poder ir a trabajar, quién está cuidando a su hijo adolescente, qué le significará la hospitalización en cuestiones económicas. Dice que perdió su trabajo a jornada completa hace tres meses y sólo ha sido capaz de encontrar un trabajo temporal a tiempo parcial. Prácticamente no puede pagar la hipoteca y comprar alimentos, y no tiene seguro de salud. Le cuenta que no ha podido comprar los medicamentos para su EPOC durante las pasadas 6-7 semanas y que ha cancelado las visitas rutinarias con el neumólogo porque no podía pagarlas. Conoce su enfermedad y es claramente consciente de las consecuencias de no tomar la medicación, pero no puede seguir con el tratamiento porque no lo puede pagar. Está claro que la preocupación económica está afectando a su ansiedad, lo que a su vez aumenta sus dificultades respiratorias. Su valoración no confirma ninguna de las características definitorias de *conocimientos deficientes* (00126) ni tampoco identifica ninguno de los factores relacionados. Al contrario, usted identifica el *incumplimiento* (00079), que es evidente en el desarrollo de complicaciones y la exacerbación de sus síntomas, y sus manifestaciones de que no puede continuar con el tratamiento. El factor relacionado es el coste del tratamiento y su incapacidad para comprar la medicación y pagar el seguimiento médico.

Cuando le menciona las diferencias en la valoración a su colega al día siguiente ella le responde, «yo elegí *conocimientos deficientes* porque
es un diagnóstico estándar para todos los pacientes: ¡todo el mundo tiene algún déficit de conocimientos en alguna cosa!». Claramente, ésta es una forma de pensar errónea y si su colega hubiera validado el diagnóstico revisando la definición, características definitorias y factores relacionados —y hablando con la paciente— hubiera sido obvio que éste no era un diagnóstico enfermero relevante. De hecho, muchos pacientes con enfermedades crónicas a menudo saben tanto o más sobre su afección, sus respuestas a ella y aquello que mejora o empeora los síntomas que el profesional de la salud.

Focalizar en los *conocimientos deficientes* en el caso de la Sra. Johansen
no hubiera sido apropiado, ya que ella comprende claramente su enfermedad y las implicaciones de no seguir el tratamiento; focalizando en el *incumplimiento*, sin embargo, la enfermera se puede dirigir hacia las intervenciones apropiadas. Reconociendo las barreras financieras, puede empezar a trabajar con la paciente y el equipo interdisciplinario para identificar posibles fuentes de apoyo financiero para obtener la medicación, asistir a las visitas de seguimiento y posiblemente, incluso, fuentes que puedan cubrir los gastos de la hospitalización. Focalizar en el diagnóstico «estándar» de *conocimientos deficientes*, para el cual no
había valoración registrada, es una pérdida de tiempo para la enfermera y lleva a la provisión de cuidados innecesarios, mientras que, al mismo tiempo, se limita el tiempo de cuidados que se podría haber usado para

tratar de lograr la consecución de los resultados esperados.

¿Qué diagnóstico enfermero es mas aplicable para un paciente que presenta un accidente cerebrovascular? ¿Como escribo un plan de cuidados incluyendo un diagnóstico enfermero con una afección médica/diagnóstico especifico, por ejemplo, fractura de cadera?

Los diagnósticos enfermeros son respuestas individuales (o bien familiares, de grupo o comunitarias) a problemas de salud o procesos vitales. Esto significa que uno no puede estandarizar los diagnósticos enfermeros basándose en diagnósticos médicos o procedimientos. Aunque muchos pacientes con una fractura de cadera, por ejemplo, pueden padecer *dolor agudo, riesgo de caídas y lo déficits de autocuidados* (baño e higiene), otros pueden responder con
ansiedad, trastorno del patrón del sueño o *incumplimiento.* Sin una valoración enfermera simplemente es imposible determinar el diagnóstico correcto, algo que no contribuye a los cuidados seguros y de calidad del paciente.

El plan de cuidados para cada paciente individual está basado en los datos de valoración. Los datos de la valoración y las preferencias del paciente guían a la enfermera en la priorización de los diagnósticos enfermeros y las intervenciones; el diagnóstico médico es solamente una pieza de los datos de la valoración y por tanto no puede ser usado como el único factor para determinar la selección de un diagnóstico enfermero. Un instrumento de pensamiento usado por nuestros colegas en medicina puede ser útil cuando está determinando sus diagnósticos: utilice el acrónimo SEA PEQ (Rende, 2011; v. fig. 2.5, p. 48).

Siempre es una buena idea pedir una segunda opinión a un colega o a un experto, si no está seguro del diagnóstico. ¿El diagnóstico que está considerando es el resultado de un momento «Eureka»? ¿Reconodó un patrón en los datos de la valoradón y la anamnesis del pariente? ¿Puede confirmar este patrón revisando los indicadores del diagnóstico? ¿Recogió los datos que parecían oponerse al diagnóstico? ¿Puede justificar el diagnóstico incluso con estos datos o éstos sugieren que debería investigar más a fondo? Piense sobre su forma de pensar, ¿fue lógica, razonada, construida sobre el conocimiento de la rienda enfermera y las respuestas humanas que está diagnosticando? ¿Necesita información adicional sobre la respuesta antes de confirmarla? ¿Está teniendo un exceso de confianza? Esto puede ocurrir cuando está acostumbrado a parientes que presentan determinados diagnósticos y por tanto «salta» directamente hada el diagnóstico, en lugar de aplicar realmente las habilidades de razonamiento clínico. Finalmente, ¿qué otros datos debería recoger o revisar para validar, confirmar o eliminar un diagnóstico potencial de enfermería? El uso del acrónimo SEA PEQ puede ayudarle a validar su proceso de razonamiento clínico y aumentar la precisión diagnóstica.

¿Cuantos diagnósticos debería tener mi paciente?

Frecuentemente se anima a los estudiantes a identificar todos los diag-

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

nósticos que tiene un pariente; éste es un método de aprendizaje para

mejorar el razonamiento clínico y el dominio de la ciencia enfermera. Sin embargo, en la práctica es importante priorizar los diagnósticos enfermeros, ya que éstos serán la base para las intervenciones enfermeras. Debería considerar qué diagnósticos son los más críticos —desde la perspectiva del paciente así como desde la perspectiva enfermera— y los recursos y tiempo disponibles para el tratamiento. Algunos diagnósticos pueden requerir que el paciente se refiera a otros profesionales o entornos de salud, como cuidados domiciliarios, un hospital diferente, un centro de enfermería especializado, etc. En un sentido práctico, tener un diagnóstico enfermero para cada dominio de NANDA-I o un mínimo de 5-10 diagnósticos no refleja la realidad. Aunque es importante reflejar todos los diagnósticos (focalizados en problema, riesgo y promoción de la salud), las enfermeras deben focalizar según las prioridades; es decir, los diagnósticos de alta prioridad en primer lugar. El resto de los diagnósticos pueden añadirse más tarde (ir ascendiendo en la lista de prioridades) para reemplazar a aquellos que ya estén resueltos o a aquellos para los cuales las intervenciones están siendo claramente eficaces. Del mismo modo, si el estado del paciente se deteriora o si aparecen datos adicionales que conducen a diagnósticos más urgentes, la priorización de los diagnósticos se debe reorganizar. La planificación de los cuidados para los pacientes no es cosa de «una sola vez»; como todas las etapas del proceso necesita ser reevaluada continuamente y ajustada para satisfacer las necesidades del paciente y su familia.

¿Puedo cambiar un diagnóstico enfermero después de que haya sido documentado en el dosier del paciente?

[Absolutamente! A medida que continúa valorando el paciente y recogiendo datos adicionales, puede darse cuenta de que su diagnóstico inicial no era el más importante, o de que la afección del paciente se ha resuelto, o pueden aparecer nuevos datos que reenfocan la prioridad. Es esencial que evalúe continuamente al paciente para determinar si el diagnóstico sigue siendo el más preciso en cada momento.

¿Puedo documentar diagnósticos enfermeros de los miembros de la familia del paciente en el dosier del paciente?

Las reglas para la documentación varían según la organización y los requisitos de cada estado y país. Sin embargo, el concepto de cuidados basados en la familia se está haciendo cada vez más estándar, y ciertamente, los diagnósticos que tienen un impacto sobre el paciente, y que pueden contribuir a sus resultados de salud, deberían ser considerados por la enfermera. Por ejemplo, si un paciente es ingresado por la exacerbación de una afección crónica y la enfermera reconoce que la esposa presenta signos/síntomas de *cansando del rol de cuidador* (00061), es fundamental que la en-
fermera confirme o refute el diagnóstico. Aprovechando la hospitalización

del paciente, la enfermera puede trabajar con la esposa para movilizar recursos para el cuidado en el hogar, como identificar fuentes de apoyo para la gestión del estrés, establecer tiempos de respiro, detectar problemas financieros, etc. Una revisión del régimen terapéutico, junto con las recomendaciones para simplificar u organizar el cuidado, puede ser de mucha ayuda. El diagnóstico y tratamiento del *cansancio del rol de cuidador* de la esposa no afectará sólo al cuidador, también tendrá un impacto significativo sobre los resultados del paciente cuando éste retorne al domicilio.

¿Todos los diagnósticos enfermeros se pueden usar de forma segura y legal en todos los países?

La clasificación NANDA-I representa la práctica enfermera internacional, por tanto, puede que todos los diagnósticos no sean apropiados para todas las enfermeras en todo el mundo. Por favor, revise las *Consideraciones internacionales sobre el uso de los Diagnósticos Enfermeros de NANDA-I,*
páginas 133-135.

Preguntas sobre las características definitorias

¿Qué son las características definitorias?

Las características definitorias son pistas/inferencias observables que se agrupan en manifestaciones de un diagnóstico focalizado en un problema, de riesgo, de promoción de la salud o síndrome. Esto no sólo implica aquellas cosas que las enfermeras pueden ver, también son cosas que son vistas, oídas (p. ej., lo que el paciente/familia nos dice), tocadas u olidas.

Las características definitorias en el libro no son siempre datos observables; algunos son juicios (p. ej., duelo complicado o conocimientos deficientes) ¿Cómo podemos usarlos en la valoración?

Dada la definición actual de las características definitorias, los diagnósticos enfermeros (inferencias) se consideran características definitorias aceptables para otros diagnósticos. Aunque esto es lógico para los síndromes, que se definen como un grupo de dos o más diagnósticos enfermeros, puede ser confuso para otros tipos de diagnósticos. Si tiene un diagnóstico enfermero como característica definitoria significa que ya ha efectuado un juicio. Sin embargo, algún nivel de inferencia, como el realizado a través de la comparación de datos con las normas estandarizadas, es apropiado para guiar el diagnóstico (p. ej., inferir que una frecuencia cardíaca de 174 en un hombre anciano está por encima de lo normal). La definición de las características definitorias está actualmente en revisión para clarificar su propósito.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

¿Las características definitorías de este libro están ordenadas según su importancia?

No, las características definitorías (y sus factores relacionados y de riesgo) se enumeran en orden alfabético, basado en la versión original en inglés. En última instancia el objetivo es validar las características definitorias fundamentales a través de la investigación, aquellas que deben estar presentes cuando se hace el diagnóstico. A medida que esto suceda se reorganizarán los indicadores de diagnóstico por orden de importancia.

¿Cuántas características definitorías debo identificar para diagnosticar a un paciente con un diagnóstico enfermero concreto?

Ésta es una pregunta difícil y depende realmente del diagnóstico. Para algunos diagnósticos una característica definitoria es todo lo que necesitamos; por
ejemplo, con los diagnósticos de promoción de la salud el deseo expreso de un paciente de mejorar una faceta de una respuesta humana es todo lo que se requiere. Otros diagnósticos requieren un grupo de síntomas, probablemente tres o cuatro, para obtener precisión en el diagnóstico. En el futuro nos gustaría ser capaces de limitar el número de indicadores diagnósticos pro-
porcionados por NANDA-1, ya que las largas listas de signos/síntomas no son
necesariamente tan útiles desde el punto de vista clínico. A medida que se desarrolla más investigación en conceptos enfermeros se facilita este trabajo.

Preguntas básicas sobre los factores relacionados

¿Qué son los factores relacionados?

Los factores relacionados se pueden considerar factores etiológicos, o aquellos
datos que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con los diagnósticos enfermeros. Dichos factores pueden ser descritos como antecedentes o asociados con, relacionados con, contribuyentes o instigadores. Solamente los
diagnósticos enfermeros focalizados en problemas y los síndromes deben tener factores relacionados: los diagnósticos de promoción de la salud pueden tener factores relacionados, si ello ayuda a clarificar el diagnóstico.

¿Cuantos factores relacionados necesito identificar para diagnosticar a un paciente con un diagnóstico enfermero en particular

Del mismo modo que con las características definitorías, esto depende real-

mente del diagnóstico. Un único factor probablemente no es adecuado, y esto
es especialmente cierto si solamente se cuenta con un diagnóstico médico como factor relacionado. Esto puede conducir a la práctica en la que toda pa-
ciente ingresada para realizar una mastectomía es «etiquetada» con *trastorno*

de la imagen corporal (00118), o todo paciente ingresado para un procedimiento quirúrgico es «etiquetado» con *dolor agudo* (00132). Esta práctica no
es una práctica diagnóstica; realmente es etiquetar un paciente basándose en la asunción de que la respuesta de una persona será exactamente idéntica a la de otra. Ésta es una asunción como mínimo errónea, y puede llevar al error diagnóstico y conducir a las enfermeras a perder el tiempo en intervenciones innecesarias. En el peor escenario puede llevar a un error por omisión en el cual un diagnóstico importante pasa inadvertido, y el resultado son déficits significativos en los cuidados y los resultados del paciente.

Los factores relacionados de los diagnósticos NANDA-I no son siempre factores que las enfermeras pueden eliminar o disminuir. ¿Debería incluirlos en la formulación del diagnóstico?

Actualmente muchos de los factores relacionados son factores no modificables, como la edad o el género. Aunque éstos son factores importantes que hay que tener en cuenta cuando se realiza la valoración y se diagnostica, pue-
de ser que sean más específicamente características de «grupos de riesgo» (p. ej., adolescentes, ancianos, mujeres, etc.). Éstos son factores que ayudan en nuestro diagnóstico, pero no podemos intervenir sobre la edad o el sexo, por ejemplo, por tanto, es posible que debieran ser considerados separadamente de los factores relacionados. Esta cuestión está bajo consideración en este momento. Mientras tanto, aunque técnicamente es aceptable usar estos factores relacionados en una formulación PES, la mejor práctica sería identificar aquellos factores relacionados sobre los cuales pudiese intervenir, y para
los cuales la intervención pudiese conducir a una disminución o eliminación de la respuesta humana desfavorable que ha diagnosticado.

Preguntas sobre los factores de riesgo

¿Qué son los factores de riesgo?

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Son factores ambientales y fisiológicos, psicológicos y genéticos, o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a un evento no saludable. Solamente los diagnósticos de riesgo presentan factores de riesgo.

¿Cuántos factores de riesgo necesito identificar para diagnosticar a un paciente con un determinado diagnóstico enfermero de riesgo?

Del mismo modo que con las características definitorias y los factores relacionados, esto realmente depende del diagnóstico. Por ejemplo, en el nuevo diagnóstico *riesgo de úlceras por presión* (00249), tener un índice Q de Braden <16 en un niño, o un índice de Braden <18 en un adulto, o una puntuación

baja en la escala de valoración de riesgo de úlceras por presión (RAPS, *Risk Assessment Pressure Sore)* es todo lo que se necesita para diagnosticar este riesgo. Esto es porque estos instrumentos estandarizados han sido clínicamente validados como predictores de riesgo de úlceras por presión. Para otros diagnósticos que no tienen este nivel de validación en sus indicadores se necesita un grupo de factores de riesgo.

Los factores de riesgo del libro no son siempre factores que la enfermera puede eliminar o disminuir. ¿ Debería incluirlos en la formulación del diagnóstico?

Véase la respuesta para los factores relacionados.

¿Existe una relación entre los factores relacionados y los factores de riesgo como la que existe entre los diagnósticos relacionados con problemas y/o los de promoción de la salud y los diagnósticos de riesgo?

Sí. Debería darse cuenta de las grandes similitudes que existen entre los factores relacionados de un diagnóstico focalizado en el problema y los factores de riesgo de un diagnóstico de riesgo relacionado con el mismo concepto. De hecho, las listas de factores pueden ser idénticas. La misma condición que le pone en riesgo para una respuesta indeseable puede ser a menudo la etiología de esa respuesta si el hecho ocurre. Por ejemplo, en el diagnóstico *riesgo de conducta desorganizada del lactante* (00115), la sobrestimulación ambiental se menciona como factor de riesgo. En el diagnóstico focalizado en el problema *conducta desorganizada del lactante* (00116), la sobrestimulación sensorial ambiental se menciona como factor relacionado. En ambos casos existen numerosas intervenciones enfermeras que pueden disminuir la respuesta desfavorable, o modificar el riesgo de ocurrencia.

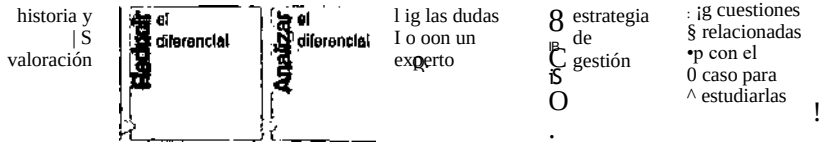
Diferenciar entre diagnósticos enfermeros similares

¿Cómo puedo decidir entre diagnósticos que son muy similares? ¿Cómo sé cuál de los diagnósticos es el más preciso?

La precisión en el diagnóstico es crucial. Evite alcanzar una conclusión demasiado rápidamente y use algunos instrumentos sencillos para reflexionar sobre su proceso de toma de decisiones. Una ayuda diagnóstica que se usa en medicina para la diferenciación entre diagnósticos puede ser fácilmente adaptada para enfermería: SNAPPS (Rende, 2011); véase la figura 5.1. Usando

este instrumento usted resume los datos que ha recogido en su anamnesis y valoración así como otros datos relevantes de la historia del padente. A continuadón trata de reducir el diferendal entre los diagnósticos: eliminar los
datos que encajan en ambos diagnósticos, de manera que le queden solamen-
te aquellos que los diferendan. Analice estos datos, ¿existe un patrón más evidente ahora que observa un conjunto más reduddo de datos? Explore con

Figura 5.1 ***Ayuda diagnóstica SNAPPS*** (summarize, narrow, analyze, probe, plan, select)



un colega, profesor o experto cuando le queden dudas o preguntas sin respuesta. No pregunte la respuesta, pídales que le permitan acompañarles en su proceso de pensamiento para ayudarle a determinar el diagnóstico más apropiado. Planifique una estrategia de gestión, que debería incluir revaloración frecuente, especialmente al inicio del plan, para asegurar que su diagnóstico realmente era preciso. Finalmente seleccione cuestiones relacionadas con el caso para posterior investigación y estudio. Encuentre un artículo, un caso en una revista o información de un texto reciente que le ayude a profundizar en su comprensión de la respuesta humana que acaba de diagnosticar.

¿Puedo añadir «riesgo de» a un diagnóstico focalizado en problema para convertirlo en un diagnóstico de riesgo?, ¿O quitar el «riesgo de» de un diagnóstico de riesgo para convertirlo en un diagnóstico focalizado en problema?

Sencillamente, la respuesta a esta pregunta es «no». De hecho, «inventar» etiquetas diagnósticas al azar no tiene ningún sentido y creemos que puede ser peligroso. ¿Por qué? Hágase estas preguntas: ¿cómo se define el diagnóstico? ¿Cuáles son los factores de riesgo (para los diagnósticos de riesgo) o las características definitorias/factores relacionados (para los diagnósticos focalizados en problemas) que deberían ser identificados durante la valoración de enfermería?¿Cómo sabrán otras personas lo que quiere decir si el diagnóstico no está claramente definido y no se proporciona en un formato (texto, electrónico) en que pueda ser revisado y que facilite la validación del diagnóstico?

Si usted identifica un paciente que piensa que puede estar en riesgo de alguna cosa para la cual no existe diagnóstico enfermero, es mejor documentar muy claramente lo que está observando en el paciente o las razones de por qué piensa que está en riesgo, para que otros puedan seguir su razonamiento clínico. Esto es básico para la seguridad del paciente.

Cuando se considera que un diagnóstico de riesgo debería ser modificado para crear un diagnóstico real, la cuestión que deberíamos formular es: «¿esto está identificado como un diagnóstico médico?». Si es así, no existe ningún motivo para renombrarlo como diagnóstico enfermero a no ser que haya una visión distintiva que la enfermería aporte al fenómeno distinta de la médica. Por ejemplo, «ansiedad» es un diagnóstico enfermero/médico/psiquiátrico, y todas las disciplinas lo tratan desde diferentes perspectivas disciplinarias. Por otro lado, cuando consideramos un diagnóstico como «neumonía» (infección), ¿Qué punto de vista podría aportar la enfermera

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

distinto al del médico? Hasta la fecha no hemos identificado que pudiese haber ninguna diferencia en el tratamiento entre las disciplinas, por tanto es un diagnóstico médico para el cual las enfermeras realizan algunas intervenciones enfermeras. Eso es perfectamente aceptable.

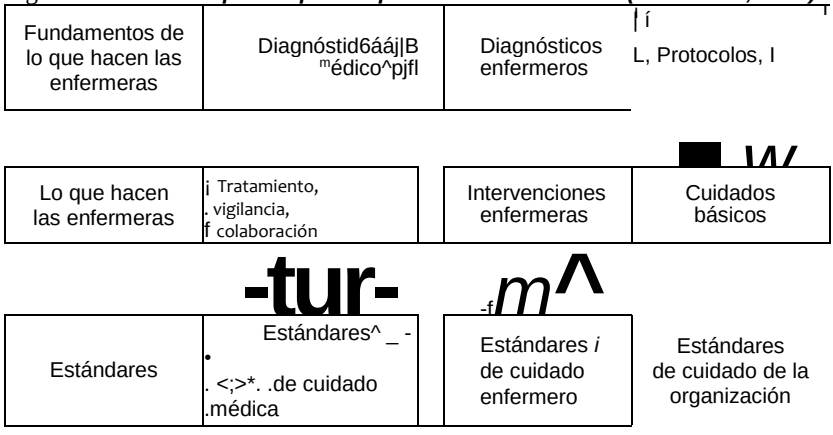
Finalmente, si usted ha identificado una respuesta humana que cree que debería identificarse con un diagnóstico enfermero, compruebe nuestra información sobre el desarrollo de diagnósticos, revise la literatura o trabaje con expertos para desarrollarlo y enviarlo a NANDA-1. Generalmente son las enfermeras de la práctica las que identifican los diagnósticos que se necesitan, lo cual permite que la terminología crezca o se refine y que refleje mejor la realidad de la práctica.

Preguntas en relación con el desarrollo de un plan de tratamiento

¿Todas las intervenciones enfermeras requieren un diagnóstico enfermero? ¿Toda la práctica enfermera relacionada con el cuidado del paciente está guiada por el diagnóstico enfermero?

No todas las intervenciones o acciones enfermeras están basadas en diagnósticos enfermeros. Las enfermeras intervienen en afecciones descritas por diagnósticos médicos al igual que en aquéllas descritas por diagnósticos enfermeros; asimismo proporcionan intervenciones resultantes de protocolos de la organización para necesidades específicas del paciente. Nosotros no renombramos diagnósticos médicos o términos para crear diagnósticos enfermeros ni necesitamos un diagnóstico enfermero para cada intervención enfermera. El *modelo tripartito de la práctica enfermera* de Kamitsuru (2008) puede ser de
ayuda cuando considere las intervenciones que realizan las enfermeras y cuál es el razonamiento que subyace o apoya esas intervenciones (fig. 5.2) Como puede ver, hay tres pilares «fundamentales» de este modelo, cada uno de los cuales representa diferentes posidones/estándares teóricos que propordonan razonamiento/conocimiento para las intervendones enfer-

Figura 5.2 ***Modelo tripartito para la práctica de enfermería (Kamitsuru, 2008)***



meras (el nivel inferior del modelo): los estándares médicos de cuidado, los estándares enfermeros de cuidados y los estándares organizativos. En la parte superior del modelo se indica el foco de las intervenciones: diagnóstico médico, diagnóstico enfermero y protocolos organizativos. Todos ellos guían las intervenciones o actividades enfermeras, algunas de las cuales son dependientes, otras son interdependientes y otras, independientes.

¿ Cómo encuentro intervenciones para usarlas con los diagnósticos enfermeros?

Las intervenciones deberían estar dirigidas a los factores relacionados o etiológicos siempre que sea posible. Algunas veces, sin embargo, eso no es posible, y por tanto se eligen intervenciones para el control de síntomas (características definitorias). Eche un vistazo a dos situaciones distintas usando el mismo diagnóstico:

- *Dolor agudo* (factores relacionados: técnicas para levantar pesos y posturas inadecuadas; características definitorias: manifiesta dolor punzante en la espalda, conducta defensiva y postura de evitación del dolor).
- *Dolor agudo* (factores relacionados: procedimiento quirúrgico; características definitorias: manifestación verbal de dolor punzante en la incisión, conducta defensiva y postura de evitación del dolor).

En el primer ejemplo la enfermera puede dirigir las intervenciones a los síntomas (proporcionando intervenciones de alivio del dolor) pero también a la etiología (proporcionando educación sobre técnicas adecuadas para levantar pesos, mecánica corporal y ejercicios para reforzar la musculatura central y los músculos de la espalda).

En el segundo ejemplo la enfermera no puede intervenir para eliminar el factor causal (procedimiento quirúrgico), por tanto todas las intervenciones están dirigidas al control de síntomas (proporcionar intervenciones de alivio del dolor).

La elección de intervenciones para un paciente específico también está influenciada por la gravedad y duración del diagnóstico enfermero, la efectividad de las intervenciones, las preferencias del paciente, las guías de la organización y la capacidad para realizar la intervención (p. ej., si la intervención es realista).

¿Cuándo hay que revisar un plan de cuidados?

No existe un estándar claro en cuanto a la frecuencia de revisión: depende de la afección del paciente, su gravedad y la complejidad del cuidado, así como de los estándares organizativos. En general, una guía mínima recomendaría cada 24 horas, pero en un entorno de cuidados intensivos o en el caso de un paciente con una afección compleja la revisión se realiza una o más veces en cada tumo.

O Elsevier. Fotocopiar sin ración es un delito.

¿Qué significa «revisar» el plan de cuidados? Requiere volver a valorar el estado actual del paciente para identificar respuestas humanas actuales que requieran intervención enfermera, lo cual significa revisar aquellas que fueron identificadas previamente para determinar lo siguiente:

1. ¿Los diagnósticos enfermeros identificados previamente existen todavía?
2. ¿Todavía son de alta prioridad?
3. ¿Están mejorando, se mantienen, están empeorando?
4. ¿Las intervenciones actuales están siendo eficaces? ¿Se han alcanzado los objetivos deseados total/parcialmente?
5. Quizás lo más importante, ¿identificó la respuesta correcta que debía tratarse (diagnosticó de forma precisa)?

Todas estas preguntas requieren volver a valorar de forma continua al paciente. Cuando una intervención no consigue alcanzar el resultado esperado, continuar con la misma intervención puede no ser la mejor opción. ¿Podría ser que esté ocurriendo algo que nos pasó desapercibido previamente? ¿Qué otros datos puede necesitar recoger para identificar otros problemas? ¿El paciente está de acuerdo con su priorización del cuidado? ¿Existen otras intervenciones que pudieran ser más eficaces? Todo esto está implicado en la revisión del plan de cuidados.

Recuerde que el plan de cuidados de enfermería es una representación electrónica (o escrita) de su juicio clínico. No es algo que usted hace y luego olvida, debería guiar cada cosa que va haciendo con ese paciente. Cada pregunta que formula, cada resultado de cada prueba, cada dato del examen físico añade más información que debe ser considerada cuando se busca la respuesta del paciente. Por eso, valoración y evaluación deberían producirse cada vez que mira, habla o toca al paciente y cada vez que interactúa con su familia y con los datos en su dosier.

El razonamiento clínico, el diagnóstico y la planificación del tratamiento apropiado requieren una práctica consciente, reflexiva. La planificación del cuidado del paciente no es una tarea que consista simplemente en chequear de manera que pueda pasar a otra cosa, es el componente clave de la práctica enfermera profesional.

Preguntas sobre la enseñanza/aprendizaje de los diagnósticos enfermeros

Nunca aprendí diagnósticos enfermeros cuando estaba en la escuela. ¿Cuál es la mejor manera de estudiar los diagnósticos enfermeros? No me siento bien enseñando diagnósticos enfermeros porque nunca los aprendí cuando estaba en la escuela. ¿Alguna recomendación?

¡Un buen comienzo es el uso de este libro! Pero en primer lugar, le recomendamos que pase algún tiempo aprendiendo/revisando los conceptos que sustentan los diagnósticos. Piense lo mucho que sabe sobre ventilación,

afrontamiento, tolerancia a la actividad, movilidad, patrones de alimentación, patrones de sueño, perfusión tisular, etc. Realmente necesita comenzar con una sólida comprensión de estos fenómenos «neutros»: ¿qué es *normal*? ¿Qué esperaría ver en un paciente sano? ¿Qué factores fisiológicos/psicológicos/sociológicos influencian estos patrones normales? Una vez que comprenda realmente los conceptos puede pasar a las desviaciones de la norma: ¿cómo lo valorará? ¿Qué otras áreas de la salud de la persona pueden verse afectadas si ocurre una alteración? ¿Qué tipo de cosas pueden poner a una persona en riesgo de desarrollar una respuesta indeseable? ¿Qué fortalezas deberían mostrar las personas para mejorar esta área de su salud? ¿Qué dicen las enfermeras sobre estos fenómenos y qué investigación se está llevando a
cabo? ¿Existen guías para la práctica clínica? Todas estas áreas de conocimien-
to contribuirán a su comprensión de los diagnósticos enfermeros; después de
todo, los diagnósticos enfermeros nombran el conocimiento de la disciplina.

Simplemente no es suficiente coger este libro, o cualquier otro, y comenzar a escribir diagnósticos que «suenan» como si encajaran con nuestro paciente, o que han sido relacionados con un diagnóstico médico de alguna manera estandarizada. Una vez que ha comprendido realmente los conceptos empezará a ver los patrones en los datos de valoración que le llevarán a descubrir los estados de riesgo, los estados de problema y las fortalezas; entonces puede empezar a agudizar su comprensión de los diagnósticos revisando las definiciones y los indicadores diagnósticos para identificar aquellos que parecen representar la mayoría de respuestas de los pacientes que trata en su práctica. Existen diagnósticos fundamentales comunes a todas las áreas de la práctica, y ésos son en los que usted debería focalizar para construir su experiencia en primer lugar.

¿Debería escoger un diagnóstico de cada uno de los 13 dominios y combinarlos al final de la valoración?

Aunque sabemos que algunos profesores enseñan de esta manera, éste no es un método que nosotros fomentemos. La asignación arbitraria de un número de diagnósticos no es práctica ni necesariamente refleja la realidad de un paciente. Igualmente, tal y como se ha mencionado anteriormente, los dominios no son un formato para la valoración. Debería completar una valoración enfermera, y al tiempo que está completando la valoración empezar a formular hipótesis sobre diagnósticos potenciales. Esto, al mismo tiempo le llevará a
una valoración más focalizada que le ayudará a eliminar o confirmar dichas hipótesis. La valoración es un proceso fluido, un dato puede hacerle volver a
un dato anterior, o puede hacerle ver que se requiere una valoración en profundidad para recoger información adicional. Recomendamos el uso de una valoración basada en un modelo de enfermería, como los Patrones Funcio-

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

nales de Salud de Gordon. Aunque la taxonomía está actualmente adaptada de esos patrones, el marco de valoración proporciona apoyo a las enfermeras en la realización de la entrevista y la valoración del paciente, permitiendo (¡y animando!) una consideración fluida de cómo los datos y la información obtenida de otros patrones interactúan mientras se realiza la valoración.

Mis profesores no nos permiten usar diagnósticos de riesgo porque dicen que debemos foca/izar en los diagnósticos «reales». ¿Los riesgos del paciente no son «reales»?

¡Absolutamente! Los diagnósticos de riesgo pueden de hecho ser los diagnósticos de más alta prioridad que el paciente puede presentar; un paciente con una vulnerabilidad significativa a la infección, caídas, una úlcera por presión, o sangrado puede no tener ningún diagnóstico más crítico que ese riesgo. El uso del término anterior, diagnóstico «real», podía llevar a esta confusión; algunas personas interpretaban que esto significaba que el diagnóstico real (focalizado en el problema) era más «real» que el riesgo. Piense en la mujer joven que acaba de dar a luz un bebé sano, pero que ha desarrollado una coagulación intravascular diseminada durante el embarazo y presenta una historia de hemorragia posparto. Probablemente no presenta ningún diagnóstico con prioridad más alta que el *riesgo de sangrado* (00206). Puede presentar *dolor agudo* (00132) a causa de la episiotomía, puede presentar *ansiedad* (00146) y puede presentar *disposición para mejorar la lactancia materna* (00106), pero cualquier enfermera perinatal le dirá que el principal foco de atención deberá ser el *riesgo de sangrado.*

Nuestro curriculo de enfermería básica ya está completo ¿Cuándo y quién debería enseñar los diagnósticos enfermeros?

La enfermería, igual que otras disciplinas, está luchando por cambiar un contenido basado en cargas a un contenido centrado en el estudiante, focalizado en el razonamiento del proceso educativo. Durante las últimas décadas la formación enfermera ha tratado de incluir cada vez más información en las clases, lecturas y ejercicios de evaluación que han llevado a un patrón de memorización y regurgitación de conocimiento (a menudo seguido por el olvido de la mayor parte de lo «aprendido» inmediatamente después). ¡Simplemente no funciona! La velocidad del desarrollo del conocimiento ha aumentado exponencialmente, no podemos continuar enseñando cada fragmento de información necesario. En cambio, necesitamos enseñar conceptos clave, enseñar a los estudiantes a razonar, a descubrir el conocimiento y a saber si es fiable y cómo aplicarlo. Debemos darles herramientas que les guíen en el aprendizaje a lo largo de la vida, y el razonamiento clínico es probablemente la más importante de ellas. Pero el razonamiento crítico requiere un campo de conocimiento —la enfermería, en este caso— y eso requiere dominar el conocimiento de nuestra disciplina, que está representado en los diagnósticos enfermeros.

Cada profesor enfermero debe enseñar los diagnósticos enfermeros, en cada asignatura, y según el enfoque del curso. Al enseñarles los conceptos, los estudiantes aprenderán también las disciplinas relacionadas, sus diagnósticos y tratamientos estándar; también aprenderán las respuestas humanas y cómo éstas son distintas bajo diferentes situaciones o en fun-

ción de la edad, el sexo, la cultura, etc. La reestructuración del currículo para focalizar realmente en la enfermería puede sonar radical, pero es la única manera de proporcionar contenido enfermero de manera sólida a las enfermeras del futuro. Enseñe los diagnósticos fundamentales que abarcan todas las áreas de la práctica en primer lugar; y a continuación, a medida que los estudiantes adquieren conocimientos, enseñe los diagnósticos fundamentales de las especialidades. Los restantes, aquellos que no ocurren frecuentemente o que sólo ocurren en situaciones especiales, los aprenderán en la práctica y a medida que se encuentren con pacientes que presenten esas respuestas.

Preguntas sobre el uso de NANDA-1 en los dosieres electrónicos de salud

¿Existe alguna regulación que exija que los problemas del paciente, las intervenciones y los resultados incluidos en un dosier electrónico de salud deban ser registrados usando la terminología NANDA-I? ¿Por qué deberíamos usar los diagnósticos NANDA-I en un sistema electrónico de salud?

No existe ninguna regulación internacional obligatoria. Sin embargo, los diagnósticos enfermeros NANDA International son fuertemente recomendados por las organizaciones de estándares para su inclusión en los dosieres electrónicos de salud. Diferentes presentaciones y estudios de expertos del ámbito internacional promueven la inclusión de la taxonomía II de NANDA-I
en el dosier electrónico de salud basándose en diferentes razones;

La seguridad de los pacientes requiere la documentación precisa de los problemas de salud (p. ej., los estados de riesgo, diagnósticos reales, diagnósticos de promoción de la salud) y NANDA-I es la única clasificación que posee una base de literatura (con algunos diagnósticos basados en la evidencia, incluyendo el formato del nivel de evidencia [LOE]). Aún más importante, los diagnósticos de NANDA-I son conceptos completos, han sido definidos e incluyen factores relacionados y características definitorias. Ésta es una diferencia fundamental con otras terminologías enfermeras.

NANDA-I, NIC y NOC (NNN) no son sólo las clasificaciones más utilizadas intemacionalmente, son además las que muestran mayor evidencia y las más completas (Tastan, Linch, Keenan, Stifter, McKinney, Fahey... y Wilkie, 2013).

Los diagnósticos NANDA-I se hallan bajo continuo refinamiento y desarrollo. La clasificación no es el producto de un solo autor, está basada en el trabajo de enfermeras profesionales de todo el mundo, miembros y no miembros de NANDA International (Anderson, Keenan y Jones, 2009; Bernhard-Just, Hille Hillewerth, Holzer-Pruss y cois., 2009; Keenan, Tschannen y Wesley, 2008; Lunney, 2006; Lunney, Delaney, Duffy y cois., 2005; Müller-Staub, 2007, 2009; Müller-Staub, Lavin,

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Needham, y cois., 2007).

Preguntas sobre el desarrollo y revisión de los diagnósticos

¿Quién desarrolla y revisa los diagnósticos NAND A-I?

Los diagnósticos nuevos y revisados son enviados por enfermeras de todo el mundo al Comité de Desarrollo Diagnóstico (CDD) de NANDA-I. Estas enfermeras son fundamentalmente de las áreas de la práctica y la formación, aunque tenemos investigadoras y teóricas que ocasionalmente también remiten diagnósticos. El CDD formula y realiza el proceso de revisión de los diagnósticos propuestos. Las obligaciones del comité incluyen, pero no están limitadas a la revisión de los diagnósticos propuestos nuevos o revisados, o de las propuestas de eliminación de diagnósticos existentes; solicitar y diseminar *feedback* de expertos; implementar procesos de revisión por los miembros; votaciones de la asamblea general/miembros sobre cuestiones relacionadas con el desarrollo diagnóstico.

Entiendo que las enfermeras pueden enviar nuevos diagnósticos, asi como revisar diagnósticos existentes. ¿Cómo nos ayuda NANDA-I? ¿Existe una cuota que hay que abonar por este servicio de apoyo?

El Comité de Desarrollo Diagnóstico de NANDA-I (CDD) le facilita un mentor durante el proceso de envío. Cuando el remitente nos contacta con motivo del envío de un diagnóstico o una revisión, esa persona se convierte en su principal contacto con el comité. Ésta trabajará con usted para ayudarle a comprender cualquier pregunta que provenga de los miembros del CDD, o con la finalidad de clarificar su envío para asegurar que cumple con todos los requisitos identificados en el proceso. Este asesoramiento no tiene ningún coste.

¿Por qué algunos diagnósticos son revisados?

El conocimiento evoluciona constantemente con la práctica enfermera, y al mismo tiempo que la investigación clarifica ese conocimiento es importante que la terminología NANDA-I refleje esos cambios. Las enfermeras de la práctica, así como las enfermeras docentes y las investigadoras, envían revisiones basadas en su propio trabajo o en una revisión de la literatura de investigación. El propósito es refinar los diagnósticos, proporcionando información que facilite la precisión al diagnosticar.

Preguntas sobre el texto *NANDA-1, Definiciones y clasificación*

¿Cómo sé qué diagnósticos son nuevos?

Todos los diagnósticos nuevos y revisados están señalados en la sección de este libro titulada *¿Qué hay de nuevo en la edición 2015-2017 de* Diagnósticos y clasificación? (pp. 4-15)

Cuando revisé los códigos informáticos provistos en el libro me di cuenta de que algunos códigos no existen. ¿Eso significa que algunos diagnósticos se han perdido?

No, los códigos que no existen representan códigos que no fueron asignados, o diagnósticos que han sido retirados o eliminados de la taxonomía a lo largo del tiempo. Los códigos no son reutilizados, son retirados conjuntamente con el diagnóstico. Del mismo modo, los códigos no asignados no serán asignados más tarde fuera de la secuencia, simplemente nunca serán asignados.

Cuando se revisa un diagnóstico, ¿cómo sabemos qué es lo que se ha cambiado? He detectado cambios en algunos diagnósticos, pero no están listados como revisiones, ¿por qué?

La sección *¿Qué hay de nuevo en la edición 2015-2017 de* Diagnósticos y clasificación? proporciona información detallada sobre los cambios efectuados en esta edición. Sin embargo, la mejor manera de ver cada cambio individualmente es comparar la edición actual con la edición previa. No listamos todos los cambios realizados; por ejemplo, no están consignadas las estandarizaciones de términos para los indicadores diagnósticos; estos cambios tampoco han sido considerados como revisiones, sino como cambios editoriales. Durante este ciclo se ha hecho énfasis en la continuación del trabajo previo de
refinamiento y estandarización de términos de las características definitorias, los factores relacionados y los factores de riesgo. Este trabajo ha facilitado la codificación de estos términos para permitir el desarrollo de una estructura de valoración en el dosier electrónico de salud. Éste es un trabajo en desarrollo, ya que existen actualmente más de 5.600 indicadores diagnósticos en la terminología (características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo), y esto requiere un trabajo lento y meticuloso para asegurar que los cambios no tienen un impacto en el significado de los términos. La edición 2015-2017 proporciona la primera estandarización total y codificación de estos términos (los códigos están disponibles en la página web de NANDA-I).

¿Por qué no todos los diagnósticos muestran un nivel de evidencia (LOE)?

NANDA International no empezó a usar los criterios LOE hasta 2002, por tanto, los diagnósticos que entraron en la clasificación antes de esta fecha no muestran un criterio LOE, ya que éstos no eran identificados cuando los diagnósticos fueron remitidos. Todos los diagnósticos que formaban parte de la taxonomía antes de 2002 fueron «eximidos» de cumplir los criterios LOE, excepto aquellos que claramente no cumplían otro tipo de criterios (p. ej,, factores relacionados no identificados, múltiples focos diagnósticos en la etiqueta, etc.), que fueron señalados para revisión o eliminación en las siguientes ediciones. Animamos firmemente al trabajo sobre los diagnósticos antiguos con la finalidad de actualizarlos a un nivel de evidencia consistente con un LOE mínimo de 2.1 para su mantenimiento en la terminología y su emplazamiento en la estructura taxonómica.

© Etsevier. Fotocopiar sin autorización es un

¿Qué pasó con fas referencias bibliográficas? ¿Por qué NANDA-I no consigna todas las referencias usadas para todos los diagnósticos?

NANDA-I empezó a publicar las referencias pidiendo a los remitentes que identificaran las tres más importantes. En la edición 2009-2011 empezamos a publicar la lista completa de referencias a causa del gran número de demandas recibidas en relación con la revisión de la literatura para diversos diagnósticos. Ahora muchas personas nos han dicho que preferirían tener acceso a las referencias *Online*, mejor que en el libro. También ha habido preocupación en relación con el impacto medioambiental de un libro muy grueso, y recomendaciones de publicar información específica para los investigadores e informáticos en nuestra web, para aquellos que quieran acceder a esta información. Tras diversas discusiones hemos determinado que ésta es la mejor solución para el propósito de este texto. Por eso, todas las referencias que tenemos para todos los diagnósticos se hallarán en la base de conocimientos de la página web de NANDA-1 (v v i ɹ:), así como en la página web que acompaña este texto, para facilitar la búsqueda y la recuperación de esta información.

Referencias bibliográficas

Anderson, C. A., Keenan, G.ɾ & Jones, J. (2009). Using bibliometrics to support your selection oí a nursing terminology set. CIN: Computers, Informatics, Nursing, 27(2), 82-90.

Bernhard-Just, A., Hillewerth, K., Holzer-Pruss, C.. Paprotny, M., & Zimmermann Heinrich, H. (2009). Die elektronische Anwendung der NANDA-, NOC- und NIC - Klassifikationen und Folgerungen für die Pflegepraxis. Pflege, 22(6), 443-454.

Kamitsuru, S. (2008). Kango shindan seminar shiryou [Nursing diagnosis seminar handoutj. Kango Laboratory (Japanese).

Keenan, G., Tschannen, D., & Wesley, M. L. (2008). Standardized nursing teminologies can transform practice. Journal of Nursing Administration, 38(3), 103-106.

Lunney, M. (2006). NANDA diagnoses, NIC interventions, and NOC outcomes used in an electro-
nic health record with elementary school children. Journal of School Nursing, 22(2), 94-101.

Lunney, M. (2008). Critical need to address accuracy oí nurses' diagnoses. OJIN: The
Online Journal of Issues in Nursing, 13(1).

Lunney, M., Delaney, C., Duffy, M.. Moorhead, S., & Welton, J. (2005). Advocating for standardized nursing languages in electronic health records. Journal of Nursing Administration. 35(1), 1-3.

Müller-Staub, M. (2007). Evaluation of the implementation of nursing diagnostics: A study on the use of nursing diagnoses, interventions and outcomes in nursing documentation. Wageningen: Ponsen & Looijen.

Müller-Staub, M. (2009). Preparing nurses to use standardized nursing language in the electronic health record. Studies in health technology and informatics. Connecting Health and Humans, 146, 337-341.

Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & van Achterberg, T. (2007). Meeting the criteria of a nursing diagnosis dassification: Evaluation of ICNP®, ICF, NANDA and ZEFP. International Journal of Nursing Studies, 44(5), 702-713.

Rende, J. (2011). TVvelve tips for teaching expertise in clinical reasoning. Medical Teacher, 33(11), 887-892.

Tastan, S., Linch, G. C., Keenan, G. M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L.,... & Wilkie, D. J. (2013). Evidence for the existing American Nurses Assodation-recognized stand-ardized nursing terminologies: A systematic review. International journal of nursing studies.

Parte 3
Los diagnósticos enfermeros de NANDA International

Consideraciones internacionales sobre el uso de los *Diagnósticos Enfermeros de NANDA-l* **133**

Dominio 1: Promoción de la salud **137**

Dominio 2: Nutrición **153**

Dominio 3: Eliminación e intercambio **181**

Dominio 4: Actividad/reposo **205**

Dominio 5: Percepción/cognición **249**

Dominio 6: Autopercepción **263**

Dominio 7: Rol/relaciones **277**

Dominio 8: Sexualidad **303**

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés **313**

Dominio 10: Principios vitales **359**

Dominio 11: Seguridad/protección **375**

Dominio 12: Confort **435**

Dominio 13: Crecimiento/desarrollo **449**

Diagnósticos enfermeros aceptados para desarrollo y validación clínica 2015-2017 **455**

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado porT. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.

©2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.

Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Consideraciones internacionales sobre el uso de los *Diagnósticos Enfermeros de NANDA-i*

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

Tal y como se ha comentado anteriormente, NANDA International, Inc. comenzó como una organización norteamericana, y por tanto los primeros diagnósticos enfermeros fueron desarrollados fundamentalmente por enfermeras de Estados Unidos y Canadá. Sin embargo, en los últimos 20 años ha habido una implicación creciente de las enfermeras de todo el mundo, los miembros de NANDA International incluyen enfermeras de cerca de 40 países, con aproximadamente dos tercios de sus miembros de países de fuera de Norteamérica. El trabajo se desarrolla en todos los países donde se usan los diagnósticos enfermeros de NANDA-I en los currículos de formación, la práctica clínica, la informática o las aplicaciones informáticas. El desarrollo y refinamiento de los diagnósticos se está produciendo en muchos países.

Como reflejo de esta creciente actividad, contribución y utilización internacional, la North American Nursing Diagnosis Assodation modificó su enfoque hacia una organización internacional en 2002, cambiando su nombre a NANDA International, Inc. Por tanto, por favor, les rogamos que no se refieran a la organización como la North American Nursing Diagnosis Association (o como la North American Nursing Diagnosis Association International), a no ser que se refieran a algún evento ocurrido con anterioridad a 2002; esto simplemente no refleja nuestro enfoque internacional y no es el nombre legal de la organización. Hemos conservado «NANDA» en nuestro nombre dado su estatus en la profesión enfermera, por tanto, piense en él como un nombre de marca, no como en un acrónimo, ya que hoy en día no responde ya al nombre original.

A medida que NANDA-I experimenta una adopción internacional, aparecen cuestiones relacionadas con el enfoque de la práctica enfermera, la diversidad de los modelos de práctica, leyes y regulaciones divergentes, competencias y diferencias en la formación que deben ser resueltas. En el «Think Tank Meeting» de 2009, que incluyó 86 personas representantes de 16 países, se dieron discusiones muy interesantes sobre la manera de manejar estas y otras cuestiones. Las enfermeras de algunos países no

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley fr Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

pueden usar diagnósticos de naturaleza más fisiológica, ya que éstos entran en conflicto con el enfoque de la práctica enfermera. Enfermeras de otras naciones se enfrentan a regulaciones que les exigen que todas y cada una de las intervenciones enfermeras estén basadas en la evidencia, y por tanto tienen dificultades para usar algunos de los diagnósticos enfermeros más antiguos y/o relacionados con intervenciones que no están sustentadas por un gran nivel de investigación en la literatura. Las discusiones que se llevaron a cabo con líderes internacionales en el uso y la investigación de los diagnósticos enfermeros trataban de identificar vías de solución para las necesidades de la comunidad internacional.

Estas discusiones finalizaron con la decisión unánime de mantener la taxonomía como un cuerpo intacto de conocimiento en todos los idiomas, con la finalidad de permitir a las enfermeras de todo el mundo ver, discutir y considerar conceptos diagnósticos que son usados por enfermeras en su país o fuera del mismo y para que se comprometieran en la discusión, investigación y el debate sobre la adecuación de todos los diagnósticos. La documentación completa de la cumbre del «Think Tank» se puede consultar en nuestra página web (www.nanda.org). Sin embargo, antes de introducir los diagnósticos les facilitamos aquí una declaración crítica surgida de la cumbre:

> No todos los diagnósticos contenidos en la taxonomía II de NANDA-I son apropiados para todas las enfermeras clínicas (nunca lo han sido). Algunos de los diagnósticos son específicos para una especialidad, y no serán necesariamente usados por todas las enfermeras clínicas... Hay diagnósticos en la taxonomía que pueden quedar fuera de los estándares que gobiernan el enfoque enfermero de una determinada área geográfica en la que practican algunas enfermeras.

Esos diagnósticos no serían, en este caso, apropiados para la práctica clínica y no deberían ser utilizados si quedan fuera de los estándares que gobiernan el enfoque enfermero en una determinada región geográfica. Sin embargo, es apropiado que esos diagnósticos permanezcan visibles en la taxonomía, ya que ésta representa los juicios clínicos que realizan las enfermeras de todo el mundo, no sólo las de una determinada región o país. Todas las enfermeras deben conocer y trabajar según los estándares, el enfoque y las leyes o regulaciones que las autorizan a la práctica. Sin embargo, también es importante que todas las enfermeras conozcan las áreas de práctica enfermera que existen en el resto del mundo, ya que esto informa las discusiones y con el tiempo puede ayudar a ampliar la práctica clínica en otros países. Y a la inversa, estas enfermeras pueden proporcionar evidencias que apoyen la retirada de diagnósticos de la taxonomía actual, cosa que, si no se mostraran en sus traducciones, difícilmente podría ocurrir.

Finalmente, las enfermeras deben identificar aquellos diagnósticos que son apropiados para sus áreas de práctica, que se adaptan a su enfoque de práctica o regulaciones legales, y sobre los cuales tienen competen-

cias. Las enfermeras docentes, expertas clínicas y gestoras son críticas para asegurar que las enfermeras conocen los diagnósticos que realmente quedan fueran de su enfoque de práctica en una determinada región geográfica. Existen numerosos libros de texto en diferentes idiomas que incluyen la taxonomía II de NANDA-I completa, por tanto, si el texto NANDA-I retirase diagnósticos selectivamente en diferentes países, ello podría llevar a una confusión importante en el ámbito internacional. La publicación de la taxonomía no implica de ninguna manera que una enfermera utilice todos los diagnósticos que contiene, ni tampoco justifica una práctica clínica fuera del enfoque que autoriza la licencia personal de cada enfermera o de las regulaciones específicas de la práctica.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Dominio 1
Promoción de la salud

DOMINIO 1. PROMOCION DE LA SALUD ***Conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control asi como la mejora del bienestar o la normalidad de la función***		
Clase 1. **Toma de conciencia de la salud** *Reconocimiento del funcionamiento normal y el bienestar*		
Código	**Diagnóstico**	**Página**
00097	**Déficit de actividades recreativas**	**139**
00168	**Estilo de vida sedentario**	**140**
Clase 2. Gestión de la salud *Identificar,; controlar, realizar e integrar actividades para mantener* 1 *la salud y el bienestar*		
Código	**Diagnóstico**	**Página**
00188	**Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud**	**141**
00162	**Disposición para mejorar la gestión de la salud**	**142**
00078	**Gestión ineficaz de la salud**	**143**
00080	**Gestión ineficaz de la salud familiar**	**144**
00079	**Incumplimiento**	**145**
00099	**Mantenimiento ineficaz de la salud**	**147**

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Clase 2. Gestión de la salud *(cont.)*		
Código	Diagnóstico	Página
00043	Protección ineficaz	148
00215	Salud deficiente de la comunidad	149
00257	Síndrome de fragilidad del anciano	150
00231	Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano	151

00097

Déficit de actividades recreativas
(1980)

Definición
Disminución de la estimulación (o interés o participación) procedente de actividades recreativas o de ocio.

Características definitorias

- Aburrimiento.
- El entorno actual no permite dedicarse a la actividad.

Factores relacionados

- Actividades recreativas insuficientes.
- Edades extremas.
- Hospitalización prolongada, Institucionalización prolongada.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00168

Estilo de vida sedentario
(2004; NDE 2.1)

Definición
Expresa tener hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

V Características definitorias

- La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.
- Pérdida de la condición física.
- Preferencia por actividad física de baja intensidad.

Factores relacionados

- Conocimiento insuficiente sobre los beneficios del ejercicio físico.
- Entrenamiento insuficiente para realizar ejercicio físico.
- Interés insuficiente en la actividad física.
- Motivación insuficiente para realizar la actividad física.
- Recursos insuficientes para realizar la actividad física.

00188

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud

(1986, 1998, 2006, 2008; NDE 2.1)

Definición

Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejoren el estado de salud.

Características definitorias

- Fracaso al emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud.
- Fracaso al intentar conseguir una sensación de control óptima.
- Minimiza el cambio experimentado en el estado de salud.
- Rechaza el cambio en el estado de salud.

Factores relacionados

- Abuso de sustancias.
- Actitud negativa hacia la atención sanitaria.
- Apoyo social insuficiente.
- Autoeficacia baja.
- Comprensión inadecuada.
- Económicamente desfavorecidos.
- Factores estresantes.
- Tabaquismo.

www.namia.org

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00162

Disposición para mejorar la gestión de la salud
(2002, 2010, 2013; NDE 2.1)

Definición
Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que puede ser reforzado.

W Características definitorias

- Expresa deseo de mejorar el estado de inmunización/ vacunación.
- Expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.
- Expresa deseo de mejorar la gestión de los factores de riesgo.
- Expresa deseo de mejorar la gestión de los síntomas.
- Expresa deseo de mejorar la gestión del régimen terapéutico prescrito.
- Expresa deseo de mejorar las elecciones de la vida diaria para alcanzar los objetivos.

Gestión ineficaz de la salud
(1994, 2008; NDE2.1)

Definición
Patrón de reguladón 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

- Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.
- Dificultad con el régimen terapéutico prescrito.
- Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo.
- Fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria.

Factores relacionados

- Apoyo social insuficiente.
- Complejidad del sistema sanitario.
- Conflicto de decisiones. Conflicto familiar.
- Conocimiento insuficiente del régimen terapéutico.
- Demandas excesivas.
- Económicamente desfavorecidos.
- Impotencia.
- Número inadecuado de indicaciones para la acción.
- Patrones familiares de cuidados sanitarios.
- Percepción de barreras.
- Percepción de beneficios.
- Percepción de gravedad del problema.
- Percepción de susceptibilidad.
- Régimen terapéutico complejo.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Gestión ineficaz de la salud familiar
(1992, 2013)

Definición
Patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar objetivos de salud específicos.

W Características definitorias

- Aceleración de los síntomas de enfermedad de un miembro de la familia.
- Actividades familiares inadecuadas para alcanzar el objetivo de salud.
- Dificultad con el régimen terapéutico prescrito.

Disminución de la atención a la enfermedad.
Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo.

Factores relacionados

- Complejidad del sistema sanitario.
- Conflicto de decisiones.
- Conflicto familiar.
- Económicamente desfavorecidos.
- Régimen terapéutico complejo.

Incumplimiento
(1973, 1996, 1998)

Definición
Conducta de una persona y/o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o la familia y/o la comunidad) y el profesional sanitario. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador es de falta de adherencia total o parcial y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente eficaces.

Características definitorias

- Conducta de no adherencia.
- Desarrollo de complicaciones relacionadas.
- Exacerbación de síntomas.
- Faltar a las citas.
- Fracaso al intentar lograr resultados.

Factores relacionados

Paciente

- Apoyo social insuficiente.
- Conocimiento insuficiente del régimen terapéutico.
- Creencias de salud incongruentes con el plan.
- Expectativas incongruentes con la fase del desarrollo.
- Habilidades insuficientes para realizar el régimen terapéutico.
- Incongruencia cultural.
- Motivación insuficiente.
- Valores espirituales incongruentes con el plan.
- Valores incongruentes con el plan.

Plan de cuidados

m Intensidad del régimen terapéutico.

- Obstáculos económicos.
- Régimen terapéutico complejo.
- Régimen terapéutico de coste muy elevado.
- Tiempo de duración del régimen terapéutico.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Red

- Atribución de escaso valor social al plan.
- Implicación de los miembros en el plan insuficiente.

Percepción de que las creencias de las personas significativas difieren del plan.

Sistema sanitario

- Acceso inadecuado a la atención sanitaria.
- Baja satisfacción con la atención sanitaria.
- Cobertura sanitaria insuficiente.
- Compensación económica insuficiente al profesional.
- Dificultad en la relación paciente-profesional.
- Discontinuidad del profesional.
- Habilidades de comunicación del profesional ineficaces.
- Habilidades educativas del profesional insuficientes.
- Molestias generadas por la atención sanitaria.

B Seguimiento con el profesional insuficiente.

- Percepción de baja credibilidad del profesional.

00099
Mantenimiento ineficaz de la salud
(1982)

Definición

Incapacidad para identificar y gestionar los problemas de salud y/o buscar ayuda para mantener la salud.

Características definitorias

- Apoyo social insuficiente.
- Ausencia de conductas adaptativas a los cambios del entorno.
- Conocimiento insuficiente sobre prácticas básicas de salud.
- Desinterés por mejorar las conductas de salud.

Incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo prácticas básicas de salud.
Patrón de falta de conducta de búsqueda de salud.

Factores relacionados

- Alteración de la función cognitiva.
- Deterioro en la toma de decisiones.
- Disminución de las habilidades motoras finas.
- Disminución de las habilidades motoras gruesas.
- Duelo complicado.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Habilidades comunicativas ineficaces.
- Recursos insuficientes (p. ej., económicos, sociales, conocimientos).
- Sufrimiento espiritual.
- Tareas propias del desarrollo no alcanzadas.
- Trastorno de la percepción.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Protección ineficaz
(1990)

Definición
Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones.

Características definitorias

- Alteración en la coagulación.
- Alteración en la sudoración.
- Anorexia.
- Debilidad.
- Desorientación.
- Deterioro neurosensorial.
- Disnea.
- Escalofríos.
- Fatiga.
- Inmovilidad.
- Inmunodeficiencia.
- Inquietud.
- Insomnio.
- Prurito.
- Respuesta desadaptativa al estrés.
- Tos.
- Úlceras por presión.

Factores relacionados

- Abuso de sustancias.
- Agentes farmacológicos.
- Cáncer.
- Edades extremas.
- Nutrición inadecuada.
- Perfil hematológico anormal.
- Régimen terapéutico.
- Trastorno inmunitario (p. ej., neuropatía asociada a virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], virus de la varicela-zóster).

00043

00215

Salud deficiente de la comunidad

(2010; NDE 2.1)

Definición

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 colectivo.

Características definitorias

No hay disponible ningún programa para eliminar el(los) problema (s) de salud de un colectivo o población.
No hay disponible ningún programa para mejorar el bienestar de un colectivo o población.
No hay disponible ningún programa para prevenir el (los) problema (s) de salud de un colectivo o población.
No hay disponible ningún programa para reducir el(los) problema(s) de salud de un colectivo o población.

- Problema de salud padecido por colectivos o poblaciones.
- Riesgo de hospitalización experimentado por colectivos o poblaciones.
- Riesgo relacionado con los estados fisiológicos experimentado por colectivos o poblaciones.
- Riesgo relacionado con los estados psicológicos experimentado por colectivos o poblaciones.

Factores relacionados

- Acceso insuficiente al proveedor de asistencia sanitaria.
- Apoyo social inadecuado al programa.
- Datos de resultados del programa inadecuados.
- El programa aborda de forma incompleta el problema de salud.
- Expertos comunitarios insuficientes.
- Plan de evaluación inadecuado del programa.
- Presupuesto inadecuado para el programa.
- Recursos insuficientes (p. ej., económicos, sociales, conocimientos).
- Satisfacción del paciente inadecuada con el programa.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00257
Síndrome de fragilidad del anciano
(2013; NDE 2.1)

Definición

Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.

Características definitorias

- Aislamiento social (00053).
- Déficit de autocuidado: alimentación (00102).
- Déficit de autocuidado: baño (00108).
- Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110).
- Déficit de autocuidado: vestido (00109).
- Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002).
- Desesperanza (00124).
- Deterioro de la ambulación (00088).
- Deterioro de la memoria (00131).
- Deterioro de la movilidad física (00085).
- Disminución del gasto cardíaco (00029).
- Fatiga (00093).
- Intolerancia a la actividad (00092).

Factores relacionados

- Alteración de la función cognitiva.
- Antecedentes de caídas.
- Enfermedad crónica.
- Enfermedad psiquiátrica.
- Hospitalización prolongada.

Malnutrición.
Obesidad sarcopénica.
Sarcopenia.
Sedentarismo.
Vivir solo.

Dominio 1. *Promoción de la salud* Clase 2. *Gestión de la salud*

00231

Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano
(2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a padecer un estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacídad.

Características definitorias

- Agotamiento.
- Aislamiento social.
- Alteración de la función cognitiva.
- Alteración de los procesos de coagulación (p. ej., factor VII, dímeros D).
- Anorexia.
- Ansiedad.
- Antecedentes de caídas.
- Apoyo social insuficiente.
- Caminar 4 metros requiere >5 segundos.
- Debilidad muscular.
- Déficit sensorial (p. ej., visual, auditivo).
- Depresión.
- Deterioro de la movilidad.
- Deterioro del equilibrio.
- Disfunción de la regulación endocrina (p. ej., intolerancia a la glucosa, aumento de insulina como factor de crecimiento 1 [IGF-1], andrógenos, dehidroepiandrosterona [DHEA] y cortisol).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Disminución de la concentración sérica de hidroxivitamina D-25.
- Disminución de la energía.
- Disminución de la fuerza muscular.
- Económicamente desfavorecidos.
- Edad >70 años.
- Enfermedad crónica.
- Espacio habitable reducido.
- Etnia no caucásica.
- Hospitalización prolongada.
- Inmovilidad.
- La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.
- Malnutrición.
- Nivel educativo bajo.
- Obesidad.
- Obesidad sarcopénica.
- Pérdida involuntaria >4,5 kg en un año.
- Pérdida involuntaria del 25% del peso corporal en un año.
- Sarcopenia.

Scdentarismo.
Sexo femenino.
Supresión de la respuesta inflamatoria (p. ej., interleucina 6
[IL-6], proteína C reactiva [PCR]).
Temor a las caídas.

- Tristeza.
- Vivir solo.
- Vulnerabilidad social (p. ej., desempoderamiento, disminución del control vital).

w vv w.na nda.org

Dominio 2
Nutrición

DOMINIO 2. NUTRICIÓN *Actividades de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el propósito de mantener y reparar los tejidos y producir energía*		
Clase 1. Ingestión *Incorporación de alimentos o nutrientes en el organismo*		
Código	**Diagnóstico**	**Página**
00103	**Deterioro de la deglución**	**155**
00106	**Disposición para mejorar la lactancia materna**	**157**
00105	**Interrupción de la lactancia materna**	**158**
00104	**Lactancia materna ineficaz**	**159**
00216	**Leche materna insuficiente**	**161**
00163	**Disposición para mejorar la nutrición**	**162**
00002	**Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales**	**163**
00232	**Obesidad**	**164**
00107	**Patrón de alimentación ineficaz del lactante**	**166**
00233	**Sobrepeso**	**167**
00234	**Riesgo de sobrepeso**	**169**

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017,
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley fr Sons, Ltd.

Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Clase 2. Digestión
Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias aptas para la absorción y la asimilación

Ninguno, por el momento

Clase 3. Absorción
Acción de transportar los nutrientes a los tejidos corporales

Ninguno, por el momento

Clase 4. Metabolismo
Procesos químicos y físicos que ocurren en los organismos vivos y las células para el desarrollo y uso del protoplasma, la producción de desechos y energía, con liberación de energía para todos los procesos vitales

Código	Diagnóstico	Página
00178	Riesgo de deterioro de la función hepática	171
00179	Riesgo de nivel de glucemia inestable	172
00194	Ictericia neonatal	173
00230	Riesgo de ictericia neonatal	174

Clase 5. Hidratación
Incorporación y absorción de líquidos y electrólitos

Código	Diagnóstico	Página
00195	Riesgo de desequilibrio electrolítico	175
00160	Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos	176
00027	Déficit de volumen de líquidos	177
00026	Exceso de volumen de líquidos	178
00028	Riesgo de déficit de volumen de líquidos	179
00025	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	180

Dominio 2. *Nutrición*

00103
Deterioro de la deglución
(1986, 1998)

Definición

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

Características definitorias

Primera etapa: oral

- Atragantamiento previo a la
- deglución.
- Babeo.
- Cierre incompleto de los labios.
- Deglución fraccionada.
- Duración prolongada de la
- formación del bolo.
- Duración prolongada de las
- comidas con consumo de
- alimentos insuficiente.
- Enganche al pezón ineficaz.
- Entrada prematura del bolo.
- Estancamiento del bolo en los
- surcos laterales.
- Fase oral anormal en un estudio de la deglución.
- Incapacidad para vaciar la
- cavidad oral.
- Ineficacia de la acción de la lengua para formar el bolo.
- Los alimentos se caen de la
- boca.
- Los alimentos son expulsados
- de la boca.
- Masticación insuficiente.
- Náuseas previas a la deglución.
- Reflujo nasal.
- Succión ineficaz.
- Tos previa a la deglución.

Segunda etapa: faríngea

u Alteración en la posición de la

- cabeza.
- Atragantamiento.
- Degluciones repetitivas.
- Elevación de la laringe
- inadecuada.
- Fase faríngea anormal en un estudio de deglución.
- Fiebre de etiología desconocida.
- Infección pulmonar recurrente.
- Rechazo a los alimentos.
- Reflujo nasal.
- Retraso en la deglución.
- Sensación de náuseas.
- Tos.
- Voz gorjeante.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tercera etapa: esofágica

- Aliento con olor ácido.
- Ardor de estómago.
- Bruxismo.
- Deglución repetitiva.
- Despertar nocturno.
- Dificultad en la deglución.
- Dolor epigástrico.
- Expresa «tener algo atascado».
- Fase esofágica anormal en un estudio.
- Hematemesis.
- Hiperextensión de la cabeza.
- Irritabilidad inexplicable en las horas cercanas a las comidas.
- Limitación de volumen.
- Odinofagia.
- Rechazo a los alimentos.
- Regurgitación.
- Tos nocturna.
- Vómito en la almohada.
- **Vómitos.**

Factores relacionados

Déficits congénitos

- Anormalidad de la vía aérea superior.
- Antecedentes de alimentación enteral.
- Cardiopatía congénita.
- Conducta autolesiva.
- Deterioro neuromuscular.
- Enfermedad respiratoria.

Problemas neurológicos

- Acalasia.
- Anomalía de la cavidad orofaríngea.
- Anomalías de la vía aérea superior.
- Anomalías laríngeas.
- Compromiso del par craneal.
- Defecto traqueal.
- Defectos anatómicos adquiridos.
- Defectos de la cavidad nasofaríngea.
- Defectos laríngeos.

- Malnutrición calórico-proteica.
- Obstrucción mecánica.
- Patologías con hipotonía importante.
- Problemas de conducta alimentaria.
- Retraso en el desarrollo.

- Defectos nasales.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Lesión cerebral (p. ej., deterioro cerebrovascular, enfermedad neurológica, traumatismo, tumor).
- Parálisis cerebral.
- Prematuridad.
- Problemas neurológicos.
- Retraso en el desarrollo.
- Traumatismos.

00106

Disposición para mejorar la lactancia materna

(1990, 2010, 2013; NDE 2.2)

Definición

Patrón de aporte de leche directamente del pecho a un neonato o lactante, que puede ser reforzado.

Características definitorias

- La madre expresa deseo de mejorar la capacidad de amamantar con lactancia materna exclusiva.
- La madre expresa deseo de mejorar la capacidad para proporcionar leche materna para las necesidades nutricionales del niño.

www.nanda.org

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

00105
Interrupción de la lactancia materna
(1992, 2013; NDE 2.2)

Definición

Interrupción en la continuidad del aporte de leche directamente del pecho a un neonato o lactante, que puede comprometer el éxito de la lactancia y/o el estado nutricional del neonato/lactante.

Características definitorias

W

■ Lactancia materna no exclusiva.

Factores relacionados

■ Contraindicaciones para la lactancia materna (p. ej., agentes farmacológicos).
■ Empleo de la madre.
■ Enfermedad de la madre.
■ Enfermedad del niño.
■ Hospitalización del niño.
■ Necesidad de destetar bruscamente al niño.
■ Prematuridad.
■ Separación madre-niño.

00104

Lactancia materna ineficaz
(1988, 2010, 2013; NDE 2.2)

Definición

Dificultad en el aporte de leche directamente del pecho a un neonato o lactante, que puede comprometer el estado nutricional del neonato/ lactante.

Características definitorias

- Arqueamiento del niño al ponerlo a mamar.
- Deposiciones del niño anómalas.
- Falta de respuesta del niño a otras medidas de confort.
- Ganancia insuficiente de peso del niño.
- Incapacidad del niño para coger el pecho materno correctamente.
- Inquietud del niño en la hora posterior a la toma.
- Llanto del niño al ponerlo a mamar.
- Llanto del niño en la hora posterior a la toma.
- Percepción de secreción de leche inadecuada.
- Pérdida de peso del niño mantenida.
- Persistencia de irritación en los pezones tras la primera
- semana de lactancia.
- Resistencia del niño a coger el pecho.
- Signos de liberación de oxitocina insuficientes.
- Succión del pecho no mantenida.
- Vaciado insuficiente de cada
- mama en cada toma.

Factores relacionados

- Alimentación suplementaria con tetinas artificiales.
- Ambivalencia materna.
- Anomalías en la mama.
- Ansiedad materna.
- Antecedentes de fracaso en la lactancia materna.
- Apoyo familiar insuficiente.
- Cirugía mamaria previa.
- Conocimiento insuficiente de los padres sobre la importancia de la lactancia materna.
- Conocimiento insuficiente de los padres sobre las técnicas de lactancia materna.
- Defecto orofaríngeo.
- Dolor materno.
- Fatiga materna.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

- Interrupción de la lactancia materna.
- Obesidad materna.
- Ocasiones para mamar insuficientes.
- Permiso de maternidad de corta duración.
- Prematuridad.
- Reflejo débil de succión del niño.
- Retraso de la fase II de la lactogénesis.
- Secreción láctea inadecuada.
- Uso del chupete.

vvvvw. **na inla.org**

Dominio 2. *Nutrición*

00216
Leche materna insuficiente
(2010; NDE 2.1)

Definición
Baja producción de leche materna.

Características definitorias

Madre
- Ausencia de producción de leche con la estimulación del pezón.
- Extrae un volumen de leche inferior al prescrito.
- Retraso en la producción de leche.

Niño
- Busca mamar del pecho con frecuencia.
- Estreñimiento.
- Ganancia de peso inferior a 500 g en un mes.
- La duración de la toma del pecho parece insatisfactoria.
- Llanto frecuente.
- Micciona pequeñas cantidades de orina concentrada.
- Se niega a mamar del pecho.
- Tiempo de amamantamiento prolongado.

Factores relacionados

Madre
- Consumo de alcohol.
- Embarazo.
- Malnutrición.
- Régimen terapéutico.
- Tabaquismo.
- Volumen de líquidos insuficiente.

Niño
- Enganche al pecho ineficaz.
- Ocasiones para mamar
- insuficientes.
- Rechazo del pecho.
- Reflejo de succión ineficaz.
- Tomas de corta duración.

www.tiaiHla.org

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00163
Disposición para mejorar ia nutrición
(2002, 2013; NDE 2.1)

Definición
Patrón de consumo de nutrientes, que puede ser reforzado.

Características definitorias

- Expresa deseo de mejorar la nutrición.

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

Definición
Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Características definitorias

- Alteración de la sensación del gusto.
- Aversión a los alimentos.
- Caída excesiva del cabello.
- Cavidad bucal irritada.
- Debilidad de los músculos necesarios para la deglución.
- Debilidad de los músculos necesarios para la masticación.
- Desinformación.
- Diarrea.
- Dolor abdominal.
- Fragilidad capilar.
- Incapacidad percibida para ingerir alimentos.
- Información errónea.
- Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR).
- Interés insuficiente por los alimentos.
- Palidez de mucosas.
- Percepción errónea.
- Pérdida de peso con consumo adecuado de nutrientes.
- Peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal.
- Retortijones abdominales.
- Ruidos abdominales hiperactivos.
- Saciedad inmediatamente después de ingerir comida.
- Tono muscular insuficiente.

Factores relacionados

- Económicamente desfavorecidos.
- Factores biológicos.
- Incapacidad para absorber los nutrientes.
- Incapacidad para digerir los alimentos.
- Incapacidad para ingerir los alimentos.
- Ingesta diaria insuficiente.
- Trastorno psicológico.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

Obesidad
(2013; NDE 2.2)

Definición

Problema en el cual un individuo acumula un nivel anormal o excesivo de grasa para su edad y sexo, que excede los niveles de sobrepeso.

Características definitorias

- NIÑO <2 años: término no usado en niños de esta edad.
- NIÑO 2-18 años: índice de masa corporal (IMC) >30 kg/m^2 o > percentil 95 para la edad y el género.
- ADULTO: índice de masa corporal (IMC) >30 kg/m^2.

Factores relacionados

- Alimentos sólidos como la principal fuente de alimentación en niños de <5 meses de edad.
- Aumento rápido de peso durante la infancia.
- Aumento rápido de peso durante la primera infancia, incluyendo la primera semana, los primeros 4 meses y el primer año de vida.
- Comer frecuentemente en restaurantes o comer alimentos fritos habitualmente.
- Conducta sedentaria durante >2 horas/día.
- Consumo de alcohol excesivo.
- Consumo de bebidas azucaradas.
- Diabetes mellitus materna.
- Disminución del tiempo de sueño.
- Económicamente desfavorecidos.
- Gasto energético inferior al consumo energético basado en una valoración estándar (p. ej., la valoración WAVE*)
- Herencia de factores interrelacionados (p. ej., distribución del tejido adiposo, gasto energético, actividad de la lipoproteinlipasa, síntesis lipídica, lipólisis).
- Ingesta diaria de calcio baja en niños.

- La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.
- Niños alimentados con lactancia artificial o mixta.
- Obesidad de los padres.
- Percepciones alteradas relacionadas con la comida.
- Picoteo frecuente.
- Pubarquia precoz.
- Puntuación elevada en las conductas alimentarias de atracones y restricción.
- Sobrepeso en la infancia.
- Tabaquismo materno.
- Tamaño de las raciones mayor del recomendado.
- Temor a quedarse sin comida.
- Trastorno de las conductas alimentarias.
- Trastorno del sueño.
- Trastorno genético.

www.naiuUi.oig

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Dominio 2. *Nutrición*

00107
Patrón de alimentación ineficaz del lactante
(1992, 2006; NDE 2.1)

Definición

Deterioro de la capacidad del niño para succionar o coordinar la respuesta de succión/deglución, que da lugar a una nutrición oral inadecuada para las necesidades metabólicas.

Características definitorias

- Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración.
- Incapacidad para iniciar una succión eficaz.
- Incapacidad para mantener una succión eficaz.

www.namUi.orji

Factores relacionados

- Defecto orofaríngeo.
- Deterioro neurológico (p. ej., electroencefalograma [EEGJ positivo, traumatismo craneal, convulsiones).
- Dieta absoluta prolongada.
- Hipersensibilidad oral.
- Prematuridad.
- Retraso neurológico.

00233
Sobrepeso
(2013; NDE 2.2)

Definición

Problema en el cual un individuo acumula un nivel de grasa anormal o excesivo para su edad y sexo.

Características definitorias

- ADULTO: índice de masa en relación a la altura > percentil 95.
- NIÑO 2-18 años: índice de masa corporal (IMC) > percentil 85 para la edad y género o 25 kg/m^2 pero < percentil 95 o 30 kg/m^2.
- NIÑO <2 años: peso corporal (IMC) >25 kg/m^2.

Factores relacionados

- Alimentos sólidos como la principal fuente de alimentación en niños de <5 meses de edad.
- Aumento rápido de peso durante la infancia.
- Aumento rápido de peso durante la primera infancia, incluyendo la primera semana, los primeros 4 meses y el primer año de vida.
- Comer frecuentemente en restaurantes o comer alimentos fritos habitualmente.
- Conducta sedentaria durante >2 horas/día.
- Consumo de alcohol excesivo.
- Consumo de bebidas azucaradas.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Diabetes mellitus materna.
- Disminución del tiempo de sueño.
- Económicamente desfavorecidos.
- Gasto energético inferior al consumo energético basado en una valoración estándar (p. ej., la valoración WAVE*)
- Herencia de factores interrelacionados (p. ej., distribución del tejido adiposo, gasto energético, actividad de la lipoproteinlipasa, síntesis lipídica, lipólisis).

[a] Ingesta diaria de calcio baja en niños.

- La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.
- Niños alimentados con lactancia artificial o mixta.
- Obesidad de los padres.
- Obesidad en la infancia.
- Percepciones alteradas relacionadas con la comida.
- Picoteo frecuente.
- Pubarquia precoz.
- Puntuación elevada en las conductas alimentarias de atracones y restricción.
- Tabaquismo materno.
- Tamaño de las raciones mayor del recomendado.
- Temor a quedarse sin comida.
- Trastorno de las conductas alimentarias (p. ej., atracón, control extremo del peso).
- Trastorno del sueño.
- Trastorno genético.

www.nantla.org

Dominio 2. *Nutrición*

00234

Riesgo de sobrepeso
(2013; NDE 2.2)

Definición

Vulnerable a la acumulación de grasa anormal o excesiva para la edad y sexo, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- NIÑO <2 años: peso en relación a la altura próximo al percentil 95.
- NIÑO 2-18 años: índice de masa corporal (IMC) próximo al percentil 85 o 25 kg/m^2.
- ADULTO: índice de masa corporal (IMC) próximo a 25 kg/m^2.
- Alimentos sólidos como la principal fuente de alimentación en niños de <5 meses de edad.
- Aumento rápido de peso durante la infancia.
- Aumento rápido de peso durante la primera infancia, incluyendo la primera semana, los primeros 4 meses y el primer año de vida.
- Comer en respuesta a estímulos externos (p. ej., hora del día, situaciones sociales).
- Comer en respuesta a estímulos internos distintos del hambre (p. ej., ansiedad).
- Comer frecuentemente en restaurantes o comer alimentos fritos habitualmente.
- Conducta sedentaria durante >2 horas/día.
- Consumo de alcohol excesivo.
- Consumo de bebidas azucaradas.
- Diabetes mellitus materna.
- Disminución del tiempo de sueño.
- Económicamente desfavorecidos.
- Gasto energético inferior al consumo energético basado en una valoración estándar (p. ej., la valoración WAVE*)
- Herencia de factores interrelacionados (p. ej., distribución del tejido adiposo, gasto energético, actividad de la lipoproteinlipasa, síntesis lipídica, lipólisis).
- Ingesta diaria de calcio baja en niños.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.
- Mayor peso de partida al inicio de cada embarazo.
- Niños alimentados con lactancia artificial o mixta.
- Niños con percentiles de índice de masa corporal (IMC) altos.
- Niños que sobrepasan los percentiles de índice de masa corporal (IMC) hacia arriba.
- Obesidad de los padres.
- Obesidad en la infancia.
- Percepciones alteradas relacionadas con la comida.
- Picoteo frecuente.
- Pubarquia precoz.
- Puntuación elevada en las conductas alimentarias de atracones y restricción.
- Tabaquismo materno.
- Tamaño de las raciones mayor del recomendado.
- Temor a quedarse sin comida.
- Trastorno de las conductas alimentarias (p. ej., atracones, control extremo del peso).
- Trastorno del sueño.
- Trastorno genético.

00178
Riesgo de deterioro de la función hepática
(2006, 2008, 2013; NDE2.1)

Definición
Vulnerable a una disminución de la función hepática, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Abuso de sustancias.
- Agentes farmacológicos.

Coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
Infección vírica.

r. i :t i-

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00179
Riesgo de nivel de glucemia inestable
(2006, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a la variación en los niveles sanguíneos de glucosa/azúcar fuera de los rangos normales, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Alteración del estado mental.
- Aumento de peso excesivo.
- Conocimiento insuficiente de la gestión de la enfermedad.
- Embarazo.
- Estado de salud física comprometido.
- Estrés excesivo.
- Gestión inadecuada de la diabetes.
- Gestión ineficaz de la medicación.
- Ingesta diaria insuficiente.
- La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.
- Monitorización inadecuada de la glucosa.
- No acepta el diagnóstico.
- No adherencia al plan de gestión de la diabetes.
- Pérdida de peso excesiva.
- Períodos de crecimiento rápido.
- Retraso en el desarrollo cognitivo.

Dominio 2. *Nutrición*

00194
Ictericia neonatal
(2008, 2010; NDE 2.1)

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

Características definitorias

Esclerótica amarilla.
Membranas mucosas amarillas.
Perfil hematológico anormal.
Piel amoratada.
Piel de color amarillo-anaranjado.

Factores relacionados

- Edad <*1* días.
- El niño tiene dificultad para realizar la transición a la vida extrauterina.
- Patrón de alimentación deficiente.
- Pérdida de peso inintencionada.
- Retraso en la expulsión del meconio.

www.iiarida.orj?

00230
Riesgo de ictericia neonatal
(2010, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a sufrir una coloración amarillo-anaranjada de la piel y membranas mucosas del neonato que aparece después de 24 horas de vida como resultado de la presencia de bilirrubina no conjugada en sangre.

Factores de riesgo

- Edad <*H* días.
- El niño tiene dificultad para realizar la transición a la vida extrauterina.
- Patrón de alimentación mal establecido.
- Pérdida de peso anormal (>7-8% en neonato con lactancia materna, 15% en neonato con lactancia artificial)
- Prematuridad.
- Retraso en la expulsión del meconio.

00195
Riesgo de desequilibrio electrolítico
(2008, 2013; NDE 2.1)

Definición
Vulnerable a cambios en los niveles de electrólitos séricos, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Diarrea.
- Disfunción de la regulación endocrina (p. ej., intolerancia a la glucosa, aumento de insulina como factor de crecimiento 1 [IGF-1], andrógenos, dehidroepiandrosterona [DHEA] y cortisol).
- Disfunción renal.
- Mecanismos de regulación comprometidos.
- Régimen terapéutico.
- Volumen de líquidos excesivo.
- Volumen de líquidos insuficiente.
- Vómitos.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00160
Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos
(2002, 2013; NDE 2.1)

Definición
Patrón de equilibrio entre el volumen de líquidos y la composición química de los líquidos corporales, que puede ser reforzado.

Características definitorias

- Expresa deseo de mejorar el equilibrio de líquidos.

00027

Déficit de volumen de líquidos
(1978, 1996)

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

Características definitorias

- Alteración de la turgencia de la piel.
- Alteración del estado mental.
- Aumento de la concentración de la orina.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Aumento de la temperatura corporal.
- Aumento del hematocrito.
- Debilidad.
- Disminución de la diuresis.
- Disminución de la presión arterial.
- Disminución de la presión del I pulso.
- Disminución de la turgencia de la lengua.
- Disminución del llenado venoso.
- Disminución del volumen del pulso.
- Membranas mucosas secas.
- Pérdida de peso súbita.
- Piel seca.
- Sed.

Factores relacionados

- Mecanismos de regulación comprometidos.
- Pérdida activa del volumen de líquidos.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Exceso de volumen de líquidos
(1982, 1996, 2013)

Definición
Aumento de la retención de líquidos ¡sotónicos.

Características definitorias

- Alteración de la densidad específica de la orina.
- Alteración de la presión de la arteria pulmonar (PAP).
- Alteración del estado mental.
- Alteración del patrón respiratorio.
- Alteraciones en la presión arterial.
- Anasarca.
- Ansiedad.
- Aportes superiores a las pérdidas.
- Aumento de la presión venosa central (PVC).
- Aumento de peso en un corto período de tiempo.
- Azotemia.
- Congestión pulmonar.
- Derrame pleural.
- Desequilibrio electrolítico.
- Disminución de la hemoglobina.
- Disminución del hematocrito.
- Disnea.
- Disnea paroxística nocturna.
- Edema.
- Hepatomegalia.
- Ingurgitación yugular.
- Inquietud.
- Oliguria.
- Ortopnea.
- Presencia de ruido cardíaco S3.
- Reflejo hepatoyugular positivo.
- Sonidos respiratorios anormales.

Factores relacionados

- Ingesta excesiva de líquidos.
- Ingesta excesiva de sodio.
- Mecanismos de regulación
- comprometidos.

Riesgo de déficit de volumen de líquidos
(1978, 2010, 2013)

Definición
Vulnerable a sufrir una disminución del volumen de líquidos ¡ntravascular, intersticial, y/o intracelular, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Agentes farmacológicos.
- Alteraciones que afectan la absorción de líquidos.
- Alteraciones que afectan la ingesta de líquidos.
- Conocimiento insuficiente sobre las necesidades de líquidos.
- Edades extremas.
- Factores que influyen en las necesidades de líquidos.
- Mecanismos de regulación comprometidos.
- Obstáculos para acceder a líquidos.
- Pérdida activa del volumen de líquidos.
- Pérdida de líquidos a través de vías anormales.
- Pérdida excesiva de líquidos a través de las vías normales.
- Pesos extremos.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
(1998, 2008, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular, que puede comprometer la salud. Se refiere a la pérdida o aumento de líquidos corporales, o a ambos.

Factores de riesgo

- Aféresis.
- Ascitis.
- Obstrucción intestinal.
- Pancreatitis.
- Quemaduras.
- Régimen terapéutico.
- Sepsis.
- Traumatismos.

www.nanda.org

Dominio 3
Eliminación e intercambio

DOMINIO 3. ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO *Secreción y excreción de los productos de desecho del organismo*		
Clase 1. Función urinaria *Proceso de secreción, reabsorción y excreción de orina*		
Código	Diagnóstico	Página
00016	Deterioro de la eliminación urinaria	183
00166	Disposición para mejorar la eliminación urinaria	184
00017	Incontinencia urinaria de esfuerzo	185
00020	Incontinencia urinaria funcional	186
00176	Incontinencia urinaria por rebosamiento	187
00018	Incontinencia urinaria refleja	188
00019	Incontinencia urinaria de urgencia	189
00022	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia	190
00023	Retención urinaria	191

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
©2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley fr Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Clase 2. Función gastrointestinal *Proceso de absorción y excreción de los productos finales de la digestión*		
Código	Diagnóstico	Página
00013	Diarrea	192
00011	Estreñimiento	193
00235	Estreñimiento funcional crónico	195
00012	Estreñimiento subjetivo	197
00015	Riesgo de estreñimiento	198
00236	Riesgo de estreñimiento funcional crónico	200
00014	Incontinencia fecal	201
00196	Motilidad gastrointestinal disfuncional	202
00197	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	203
Clase 3. Función tegumentaria *Proceso de secreción y excreción a través de la piel*		
Ninguno, por el momento		
Clase 4. Función respiratoria *Proceso de intercambio de gases y eliminación de productos finales del metabolismo*		
Código	Diagnóstico	Página
00030	Deterioro del intercambio de gases	204

Deterioro de la eliminación urinaria
(1973, 2006; NDE 2.1)

Definición
Disfunción en la eliminación urinaria.

Características definitorias

- Disuria.
- Disuria inicial.
- Incontinencia urinaria.
- Micciones frecuentes.
- Nicturia.
- Retención urinaria.
- Urgencia urinaria.

Factores relacionados

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

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Disposición para mejorar la eliminación urinaria

(2002, 2013; NDE 2.1)

Definición

Patrón de la función urinaria para satisfacer las necesidades de eliminación, que puede ser reforzado.

Características definitorias

- Expresa deseo de mejorar la eliminación urinaria.

Incontinencia urinaria de esfuerzo

(1986, 2006; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina en ausencia de contracción del detrusor.
- Pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina en ausencia de sobredistensión de la vejiga.

Pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina (p. ej., al toser, reír, estornudar o con el esfuerzo).

Factores relacionados

- Aumento de la presión intraabdominal.
- Cambios degenerativos en los músculos pélvicos.
- Debilidad de los músculos pélvicos.
- Deficiencia intrínseca del esfínter uretral.

www.namla.org

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Incontinencia urinaria funcional
(1986, 1998)

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

Características definitorias

- El tiempo requerido para alcanzar el inodoro tras la sensación de urgencia es demasiado largo.
- Incontinencia urinaria a primera hora de la mañana.
- Micción antes de alcanzar el inodoro.
- Sensación de necesidad de orinar.
- Vacía completamente la vejiga.

Factores relacionados

- Alteración en los factores ambientales.
- Alteración de la función cognitiva.
- Debilidad de las estructuras pélvicas de soporte.
- Deterioro de la visión.
- Deterioro neuromuscular.
- Trastorno psicológico.

Incontinencia urinaria por rebosamiento

(2006; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Distensión vesical.
- Nicturia.
- Pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina.

Volumen residual alto después de la micción.

Factores relacionados

- Disinergia del esfínter detrusor externo.
- Hipocontractilidad del detrusor.
- Impactación fecal.
- Obstrucción del drenaje vesical.
- Obstrucción uretral.
- Prolapso pélvico grave.
- Régimen terapéutico.

vv ww.iiaiMl.í.om

C Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Dominio 3. *Eliminación e intercambio* Clase 1. *Función urinaria*

00018
Incontinencia urinaria refleja
(1986, 1998)

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

Características definitorias

- Ausencia de sensación de micción.
- Ausencia de urgencia para miccionar.
- Incapacidad para inhibir voluntariamente la micción.
- Incapacidad para iniciar voluntariamente la micción.
- Patrón previsible de micción.
- Sensación de urgencia sin inhibición voluntaria de la contracción vesical.
- Sensaciones asociadas a repleción vesical.
- Vaciado incompleto con lesión por encima del centro pontino de la micción.

Factores relacionados

- Deterioro neurológico por encima del centro pontino de la micción.
- Deterioro neurológico por encima del centro sacro de la micción.
- Lesión tisular.

00019
Incontinencia urinaria de urgencia
(1986, 2006; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Incapacidad para llegar al inodoro a tiempo para evitar la pérdida de orina.
- Pérdida involuntaria de orina con contracciones vesicales.
- Pérdida involuntaria de orina con espasmos vesicales.
- Urgencia urinaria.

Factores relacionados

- Consumo de alcohol.
- Disminución de la capacidad vesical.
- Hiperactividad del detrusor con deterioro de la contractilidad vesical.

Impactación fecal.
Infección vesical.
Ingesta de cafeína.
Régimen terapéutico.
Uretritis atrófica.
Vaginitis atrófica.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia

(1998, 2008, 2013; NDE 2.1)
wvvw.Mtimia.org

Definición

Vulnerable a sufrir una emisión involuntaria de orina poco después de sentir una sensación intensa de urgencia miccional, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Consumo de alcohol.
- Deterioro de la contractilidad de la vejiga.
- Hábitos de eliminación ineficaces.
- Hiperactividad del detrusor con deterioro de la contractilidad vesical.
- Impactación fecal.
- Poca capacidad de la vejiga.
- Régimen terapéutico.
- Relajación involuntaria del esfínter.
- Uretritis atrófica.
- Vaginitis atrófica.

Retención urinaria
(1986)

Definición
Vaciado incompleto de la vejiga.

Características definitorias

- Ausencia de diuresis.
- Distensión vesical.
- Disuria.
- Goteo de orina.
- Incontinencia por rebosamiento.

Micciones de poca cantidad.
Micciones frecuentes.
Orina residual.
Sensación de repleción vesical.

Factores relacionados

Alta presión uretral.
Esfínter potente.

Inhibición del arco reflejo.
Obstrucción del tracto urinario.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00013

Diarrea
(1975, 1998)

Definición
Eliminación de heces líquidas, no formadas.

Características definitorias

- Calambres.
- Dolor abdominal.
- Pérdida de heces líquidas >3 en 24 horas.
- Ruidos intestinales hiperactivos.
- Urgencia intestinal.

Factores relacionados

Fisiológico
- Infección.
- Inflamación gastrointestinal.
- Irritación gastrointestinal.
- Malabsorción.
- Parásitos.

Psicológico
- Ansiedad.
- Aumento del nivel de estrés.

Situacional
m Abuso de laxantes.
- Abuso de sustancias.
- Alimentación enteral.
- Exposición a contaminantes.
- Exposición a toxinas.
- Régimen terapéutico.
- Viajes.

00011

Estreñimiento
(1975, 1998)

Definición
Disminución de ia frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

Características definitorias

- Anorexia.
- Aumento de la presión intraabdominal.
- Cambios en el patrón intestinal habitual.
- Cefaleas.
- Disminución del volumen de las heces.
- Disminución en la frecuencia de las deposiciones.
- Distensión abdominal.
- Dolor abdominal.
- Dolor al defecar.
- Esfuerzo excesivo en la defecación.
- Fatiga.
- Flatulencia grave.
- Heces blandas, de consistencia pastosa en recto.
- Heces duras, formadas.
- Heces líquidas.
- Incapacidad para defecar.
- Indigestión.
- Masa abdominal palpable.
- Masa rectal palpable.
- Percusión abdominal sorda.
- Plenitud rectal.
- Presentaciones atípicas en ancianos (p. ej., cambios en el estado mental, incontinencia urinaria, caídas inexplicables, temperatura corporal elevada).
- Presión rectal.
- Ruidos abdominales.
- Ruidos intestinales hiperactivos.
- Ruidos intestinales hipoactivos.
- Sangre roja brillante en las heces.
- Sensibilidad abdominal con resistencia muscular palpable.
- Sensibilidad abdominal sin resistencia muscular palpable.
- Vómitos.

Factores relacionados

Farmacológico
- Abuso de laxantes.
- Agentes farmacológicos.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Fisiológico

- Cambio en los hábitos alimentarios (p. ej., alimentos, horas de las comidas).
- Dentición incompleta.
- Deshidratación.
- Disminución de la motilidad gastrointestinal.
- Hábitos dietéticos inadecuados.
- Higiene oral inadecuada.
- Ingesta de fibra insuficiente.
- Ingesta de líquidos insuficiente.

Funcional

- Cambio reciente en el entorno.
- Debilidad de los músculos abdominales.
- Hábitos de defecación irregulares.
- Hábitos higiénicos inadecuados.
- Habitualmente reprime la urgencia por defecar.
- La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.

Mecánico

u Absceso rectal.

- Aumento de tamaño prostático.
- Desequilibrio electrolítico.
- Deterioro neurológico (p. ej., electroencefalograma [EEG] positivo, traumatismo craneal, convulsiones).
- Embarazo.
- Enfermedad de Hirschprung.
- Estenosis rectal o anal.
- Fisura rectal o anal.
- Hemorroides.
- Obesidad.
- Obstrucción abdominal posquirúrgica.
- Prolapso rectal.
- Rectocele.
- Tumor.
- Úlcera rectal.

Psicológico

u Alteración emocional.

- Turbación.

■ Depresión.

00235

Estreñimiento funcional crónico
(2013; NDE 2.2)

Características definitorias

- NIÑO £4 años: presencia de £2 criterios del sistema de clasificación pediátrico Roma in para £1 mes: * <2deposiciones por semana; * £l episodio de incontinencia fecal por semana; *postura de retención fecal; *movimientos intestinales duros o dolorosos; * presencia de grandes masas fecales en el recto; *gran diámetro de las heces que pueden obstruir el inodoro.
- NIÑO £4 años: presencia de £2 criterios del sistema de clasificación pediátrico
- Roma III para £2 meses: * <2deposiciones por semana; *£ I episodio de incontinencia fecal por semana; * postura de retención fecal; * movimientos intestinales duros o dolorosos; *presencia de grandes masas fecales en el recto; * gran diámetro de las heces que pueden obstruir el inodoro.

Definición

Evacuación infrecuente o difícil de heces, mantenida al menos durante tres de los doce meses previos.

- ADULTO: presencia de £2 de los siguientes síntomas en el sistema de clasificación Roma III: * heces grumosas o duras en £25% de las defecaciones; * esfuerzo durante £25% de las defecaciones; * sensación de evacuación incompleta en el £25% de las defecaciones; * sensación de obstrucción/ bloqueo anorrectal en £25% de las defecaciones; * maniobras manuales para facilitar £25% de las defecaciones (manipulación digital, apoyo del suelo pélvico); * £3 evacuaciones por semana.
- Abdomen distendido.
- Dolor al defecar.
- Escape de heces con estimulación digital.
- Esfuerzo prolongado.
- Impactación fecal.
- Incontinencia fecal (en niños).
- Masa abdominal palpable.
- Test positivo de sangre oculta en heces.
- Tipo 1 o 2 en el gráfico de heces de Bristol.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Factores relacionados

- Accidente cerebrovascular.
- Agentes farmacológicos.
- Amiloidosis.
- Baja ingesta calórica.
- Cáncer colorrectal.
- Demencia.
- Depresión.
- Dermatomiositis.
- Deshidratarión.
- Deterioro de la movilidad.
- Deterioro del suelo pélvico.
- Diabetes mellitus.
- Dieta baja en fibra.
- Dieta desproporcionadamente alta en grasas.
- Dieta desproporcionadamente alta en proteínas.
- Disfunción del suelo pélvico.
- Distrofia miotónica.
- Embarazo.
- Enfermedad de Hirschprung.
- Enfermedad de Parkinson.
- Enfermedad intestinal inflamatoria.
- Esclerodermia.
- Esclerosis múltiple.
- Estenosis anal.
- Estenosis isquémica.
- Estenosis postinflamatoria.
- Estenosis quirúrgica.
- Fisura anal.
- Habitualmente reprime la urgencia por defecar.
- Hemorroides.
- Hipercalcemia.
- Hipotiroidismo.
- Ingesta de líquidos insuficiente.
- Ingesta diaria insuficiente.
- Insuficiencia renal crónica.
- Lesión de médula espinal.
- Masa extraintestinal.
- Neuropatía autónoma.
- Panhipopituitarismo.
- Paraplejía.
- Polimedicación.
- Porfiria.
- Proctitis.
- Retraso en el desarrollo.
- Sedentarismo.
- Seudoobstrucción intestinal crónica.
- Tránsito lento de colon.

00012

Estreñimiento subjetivo
(1988)

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

Características definitorias

- Abuso de enemas.
- Abuso de laxantes.
- Abuso de supositorios.

Expectativa de una eliminación intestinal diaria.
Expectativa de una eliminación intestinal diaria a la misma hora.

Factores relacionados

- Creencias culturales sobre la salud.
- Creencias familiares sobre la salud.
- Deterioro de los procesos de pensamiento.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

00015

Riesgo de estreñimiento
(1998, 2013)

Definición

Vulnerable a sufrir una disminución en la frecuencia normal de defecación acompañada de eliminación difi< o incompleta de heces, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Farmacológico

- Abuso de laxantes.
- Agentes farmacológicos.
- Sales de hierro.

Fisiológico

- Cambio en los hábitos alimentarios (p. ej., alimentos, horas de las comidas).
- Dentición incompleta.
- Deshidratación.
- Disminución de la motilidad gastrointestinal,
- Hábitos dietéticos inadecuados.
- Higiene oral inadecuada.
- Ingesta de fibra insuficiente.
- Ingesta de líquidos insuficiente.

Funcional

- Cambio reciente en el entorno.
- Debilidad de los músculos abdominales.
- Hábitos de defecación irregulares.
- Hábitos higiénicos inadecuados
- Habitualmente reprime la urgencia por defecar.
- La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.

Mecánico

- Absceso rectal.
- Aumento de tamaño prostético.
- Desequilibrio electrolítico.
- Deterioro neurológico (p. ej., electroencefalograma [EEG] positivo, traumatismo craneal, convulsiones).
- Embarazo.
- Enfermedad de Hirschprung.
- Estenosis rectal o anal.
- Fisura rectal o anal.
- Hemorroides.
- Obesidad.
- Obstrucción abdominal posquirúrgica.
- Prolapso rectal,
- Rectocele.
- Tumor.
- Úlcera rectal.

Psicológico

- Alteración emocional.
- Depresión.
- Turbación.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00236

Riesgo de estreñimiento funcional crónico

(2013; NDE 2.2)

Definición

Vulnerable a sufrir evacuación infrecuente o difícil de heces, mantenida durante tres meses en un año, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Agentes farmacológicos.
- Baja ingesta calórica.
- Depresión.
- Deshidratación.
- Deterioro de la movilidad.
- Dieta baja en fibra.
- Dieta desproporcionadamente alta en grasas.
- Dieta desproporcionadamente alta en proteínas.
- Disminución de la ingesta alimentaria.
- Habitualmente reprime la urgencia por defecar.
- Ingesta de líquidos insuficiente.
- Polimedicación.
- Retraso en el desarrollo.
- Sedentarismo.
- Seudoobstrucción intestinal crónica.
- Tránsito lento de colon.

00014

Incontinencia fecal

(1975, 1998)

Definición

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

Características definitorias

- Eliminación constante de heces blandas.
- Falta de atención a la urgencia de defecar.
- Incapacidad para expulsar heces formadas a pesar de reconocer la repleción rectal.
- Incapacidad para reconocer la repleción rectal.
- Incapacidad para retrasar la defecación.
- Manchas fecales en la ropa.
- Manchas fecales en la ropa de cama.
- No reconoce la urgencia de defecar.
- Olor fecal.
- Piel perianal enrojecida.
- Urgencia intestinal.

Factores relacionados

- Abuso de laxantes.
- Agentes farmacológicos.
- Alteración de la función cognitiva.
- Alteraciones del esfínter rectal.
- Aumento anormal de la presión abdominal.
- Aumento anormal de la presión intestinal.
- Déficit de autocuidado: uso del inodoro.

B Deterioro de la capacidad de contener heces.

- Diarrea crónica.
- Disminución general en el tono muscular.
- Esfínter rectal disfuncional.
- Factores del entorno (p. ej., baño inaccesible).
- Factores estresantes.
- Hábitos dietéticos inadecuados.
- Impactación.
- Inmovilidad.
- Lesión colorrectal.
- Lesión de los nervios motores inferiores.

B Lesión de los nervios motores superiores.

B Vaciado intestinal incompleto.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00196

Motilidad gastrointestinal disfuncional
(2008; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

Abdomen distendido.
Aceleración del vaciado gástrico.
Aumento del residuo gástrico.
Ausencia de ventosidades.
Cambio en los ruidos intestinales.
Diarrea.
Dificultad para defecar.

- Dolor abdominal.
- Heces duras, formadas.
- Náuseas.
- Regurgitación.
- Residuo gástrico de color bilioso.
- Retortijones abdominales.
- Vómitos.

Factores relacionados

- Alimentación enteral.
- Ansiedad.
- Envejecimiento.
- Ingestión de material contaminado (p. ej., radiactivo, alimentos, agua).
- Inmovilidad.
- Intolerancia alimentaria.
- Malnutrición.
- Prematuridad.
- Régimen terapéutico.
- Sedentarismo.

\ n -THU.O

00197

Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional

(2008, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a sufrir un aumento, disminución, falta de actividad peristáltica, o actividad peristáltica ineficaz, del sistema gastrointestinal, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Agentes farmacológicos.
- Ansiedad.
- Cambio en la fuente de agua.
- Cambio en los hábitos alimentarios (p. ej., alimentos, horas de las comidas).
- Diabetes mellitus.
- Disminución de la circulación gastrointestinal.
- Enfermedad del reflujo gastroesofágico.
- Envejecimiento.
- Factores estresantes.
- Infección.
- Inmovilidad.
- Intolerancia alimentaria
- Prematuridad.
- Preparación alimentaria antihigiénica.
- Sedentarismo.

vv wvv. nanda. org

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00030
Deterioro del intercambio de gases
(1980, 1996, 1998)

Definición
Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo-capilar.

Características definitorias

Aleteo nasal.
Cefalea al despertar.
Color de la piel anormal (p. ej., pálida, oscura, cianótica).
Confusión.
Diaforesis.
Disminución en el nivel de dióxido de carbono ($C0_2$).
Disnea.
Gasometría arterial anormal.
Hipercapnia.
Hipoxemia.
Hipoxia.
Inquietud.
Irritabilidad.
Patrón respiratorio anormal (p. ej., frecuencia, ritmo, profundidad).
pH arterial anormal.
Somnolencia.
Taquicardia.
Trastornos visuales.

Factores relacionados

- Cambios de la membrana alvéolo-capilar.

Desequilibrio en la ventilación-perfusión.

Dominio 4
Actividad/reposo

DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO '
Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía

Clase 1. Sueño/reposo
Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad

Código	Diagnóstico	Página
00095	Insomnio	209
00096	Deprivación de sueño	210
00165	Disposición para mejorar el sueño	212
00198	Trastorno del patrón del sueño	213

Clase 2. Actividad/ejercicio
Mover partes del cuerpo (movilidad), trabajar o realizar acciones a menudo (aunque no siempre) contra resistencia

Código	Diagnóstico	Página
00088	Deterioro de la ambulación	214
00238	Deterioro de la bipedestación	215
00090	Deterioro de la habilidad para la traslación	216
00091	Deterioro de la movilidad en la cama	217
00089	Deterioro de la movilidad en silla de ruedas	218

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
©2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley fr Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Clase 2. Actividad/ejercicio *(cont.)*		
Código	Diagnóstico	Página
00085	Deterioro de la movilidad física	219
00237	Deterioro de la sedestación	221
00040	Riesgo de síndrome de desuso	222
Clase 3. Equilibrio de la energía *Estado de equilibrio dinámico entre el ingreso y el gasto de recursos*		
Código	Diagnóstico	Página
00093	Fatiga	223
00154	Vagabundeo	224
Clase 4. Respuestas cariovasculares/pulmonares *Mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad y el reposo*		
Código	Diagnóstico	Página
00239	Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	225
00029	Disminución del gasto cardíaco	226
00240	Riesgo de disminución del gasto cardíaco	228
00032	Patrón respiratorio ineficaz	229
00202	Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz	230
00203	Riesgo de perfusión renal ineficaz	231
00200	Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca	232
00201	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	233
00204	Perfusión tisular periférica ineficaz	234
00228	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz	235
00034	Respuesta ventilatoria disfuncional al destete	236
00092	Intolerancia a la actividad	238
00094	Riesgo de intolerancia a la actividad	239
00033	Deterioro de la ventilación espontánea	240
Clase 5. Autocuidado *Habilidad para llevar a cabo las actividades de cuidados del propio cuerpo y de las funciones corporales*		
Código	Diagnóstico	Página
00102	Déficit de autocuidado: alimentación	241

Clase 5. Autocuidado *(cont.)*		
Código	Diagnóstico	Página
00108	Déficit de autocuidado: baño	242
00110	Déficit de autocuidado: uso del inodoro	243
00109	Déficit de autocuidado: vestido	244
00182	Disposición para mejorar el autocuidado	245
00193	Descuido personal	246
00098	Deterioro del mantenimiento del hogar	247

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

I

00095
Insomnio
(2006; NDE2.1)

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

Características definitorias

- Alteración en la concentración.
- Aumento de accidentes.
- Aumento del absentismo.
- Cambios de humor.
- Cambios en el patrón de sueño.
- Cambios en la emotividad.
- Despertar temprano.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Dificultad para mantener el sueño.
- Disminución de la calidad de vida.
- Energía insuficiente.
- Estado de salud comprometido.
- Insatisfacción con el sueño.
- Patrón de sueño no reparador (p. ej., a causa de las responsabilidades del cuidador, prácticas parentales, molestias debidas a la persona que duerme con el paciente).
- Trastorno del sueño que produce consecuencias al día siguiente.

Factores relacionados

- Agentes farmacológicos.
- Ansiedad.
- Cambio hormonal.
- Consumo de alcohol.
- Depresión.
- Duelo.
- Factores ambientales (p. ej., ruido ambiental, exposición a la luz del día/ oscuridad, temperatura/ humedad ambiental, entorno no familiar).
- Factores estresantes.
- Higiene del sueño inadecuada.
- La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.
- Malestar físico.
- Siestas frecuentes.
- Temor.

.«I •

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00096
Deprivación del sueño
(1998)

Definición

Períodos de tiempo prolongados sin sueño (patrón de suspensión relativa, natural y periódica de la conciencia).

Características definitorias

- Agitación.
- Agresividad.
- Alteración en la concentración.
- Alucinaciones.
- Ansiedad.
- Apatía.
- Aumento de la sensibilidad al dolor.
- Aumento del tiempo de reacción.
- Confusión.
- Deterioro de la percepción.
- Disminución de la capacidad funcional.
- Fatiga.
- Inquietud.
- Irritabilidad.
- Letargía.
- Malestar.
- Nistagmo pasajero.
- Paranoia transitoria.
- Sopor.
- Temblor de manos.

Factores relacionados

- Afecciones con movimientos periódicos de las extremidades (p. ej., síndrome de piernas inquietas, mioclonía nocturna).
- Apnea del sueño.
- Asincronía circadiana mantenida.
- Cambios en las etapas del sueño relacionados con la edad.
- Demencia.

H Disconfort prolongado (p. ej., físico, psicológico).
H Entorno sobreestimulador.
H Enuresis nocturna.
a Erecciones dolorosas durante el sueño.

- La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.
- Narcolepsia.
- Obstáculos ambientales.
- Parálisis familiar del sueño.
- Patrón de sueño no reparador (p. ej., a causa de las responsabilidades del cuidador, prácticas parentales, molestias debidas a la persona que duerme con el paciente).
- Persistencia de una higiene del sueño inadecuada.
- Pesadillas.

- Régimen terapéutico.
- Síndrome de hipersomnolencia nerviosa central idiopática.

Síndrome vespertino.
Sonambulismo.
Terrores nocturnos.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00165

Disposición para mejorar el sueño

(2002, 2013; NDE 2.1)

Definición

Patrón de suspensión relativa, natural y periódica de la conciencia para proporcionar reposo y mantener el estilo de vida deseado, que puede ser reforzado.

Características definitorias

- Expresa deseo de mejorar el sueño.

Dominio 4. *Actividad/reposo*

00198

Trastorno del patrón del sueño
(1980, 1998, 2006; NDE2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Cambios en el patrón de sueño.
- Despertarse sin querer.
- Dificultad en el funcionamiento diario.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Insatisfacción con el sueño.
- No sentirse descansado.

Factores relacionados

- Factores ambientales (p. ej., ruido ambiental, exposición a la luz del día/ oscuridad, temperatura/ humedad ambiental, entorno no familiar).
- Falta de intimidad.
- Inmovilización.
- Interrupción causada por la persona que duerme con el paciente.
- Patrón de sueño no reparador (p. ej., a causa de las responsabilidades del cuidador, prácticas parentales).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00088
Deterioro de la ambulación
(1998, 2006; NDE 2.1)

Definición
Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

Características definitorias

- Deterioro de la habilidad para bajar rampas.
- Deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida.
- Deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares.
- Deterioro de la habilidad para subir escaleras.
- Deterioro de la habilidad para subir rampas.
- Deterioro de la habilidad para tomar curvas.

Factores relacionados

- Alteración de la función cognitiva.
- Barreras ambientales (p. ej., escaleras, rampas, superficies irregulares, obstáculos, distancia, falta de dispositivos de ayuda).
- Cambios de humor.
- Conocimiento insuficiente sobre estrategias de movilidad.
- Deterioro de la visión.
- Deterioro del equilibrio.
- Deterioro musculoesquelético.
- Deterioro neuromuscular.
- Disminución de la resistencia.
- Dolor.
- Fuerza muscular insuficiente.
- Obesidad.
- Pérdida de la condición física.
- Temor a las caídas.

www.n«inílii.or)*

00238

Deterioro de la bipedestación

(2013; NDE 2.1)

Definición

Limitadón de la habilidad para conseguir y o mantener de manera independiente y voluntaria una posición erguida del cuerpo de los pies a la cabeza.

Características definitorias

- Deterioro de la habilidad para ajustar la postura de uno o ambos miembros inferiores a superficies irregulares.
- Deterioro de la habilidad para conseguir una postura equilibrada del torso.
- Deterioro de la habilidad para extender una o ambas caderas.
- Deterioro de la habilidad para extender una o ambas rodillas.
- Deterioro de la habilidad para flexionar una o ambas caderas
- Deterioro de la habilidad para flexionar una o ambas rodillas.
- Deterioro de la habilidad para mantener el torso en una posición de equilibrio.
- Deterioro de la habilidad para posicionar el torso en relación con el peso corporal.

Factores relacionados

- Alteración emocional.
- Deterioro del funcionamiento metabólico.
- Dolor.
- Energía insuficiente.
- Fuerza muscular insuficiente.
- Lesión de las extremidades inferiores.
- Malnutrición.
- Obesidad.
- Postura de alivio autodeterminada.
- Postura prescrita.
- Procedimiento quirúrgico.
- Resistencia insuficiente.
- Sarcopenia.
- Trastorno de la perfusión circulatoria.
- Trastorno neurológico.

wwvv.iumria.org

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Deterioro de la habilidad para la traslación
(1998, 2006; NDE 2.1)

Definición
Limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas.

Características definitorias

- Deterioro de la habilidad para entrar o salir de la bañera.
- Deterioro de la habilidad para entrar o salir de la ducha.
- Deterioro de la habilidad para levantarse de la cama.
- Deterioro de la habilidad para levantarse de la silla.
- Deterioro de la habilidad para levantarse del suelo.
- Deterioro de la habilidad para sentarse o levantarse del inodoro.
- Deterioro de la habilidad para sentarse o levantarse del orinal.
- Deterioro de la habilidad para trasladarse entre el coche y la silla.
- Deterioro de la habilidad para trasladarse entre la cama y la silla.
- Deterioro de la habilidad para trasladarse entre la silla y el suelo.
- Deterioro de la habilidad para trasladarse entre superficies irregulares.

Factores relacionados

- Alteración de la función cognitiva.
- Barreras ambientales (p. ej., altura de la cama, espacio inadecuado, tipo de silla, equipo de tratamiento, sujeciones).

[a] Conocimiento insuficiente de las técnicas de transferencia.

- Deterioro de la visión.
- Deterioro del equilibrio.
- Deterioro musculoesquelético.
- Deterioro neuromuscular.
- Dolor.
- Fuerza muscular insuficiente.

B Obesidad.
B Pérdida de la condición física.

Deterioro de la movilidad en la cama (1998, 2006; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.
- Deterioro de la habilidad para cambiar de posición sobre uno u otro costado.
- Deterioro de la habilidad para pasar de la posición prona a supina.

eterioro de la habilidad para
asar de la posición sentada a
jpina.
eterioro de la habilidad para
asar de la posición sentada con
is piernas estiradas a supina.

Factores relacionados

- Agentes farmacológicos.
- Alteración de la función cognitiva.
- Barrera ambiental (p. ej., tamaño de la cama, tipo de cama, equipo, sujeciones).
- Conocimiento insuficiente sobre estrategias de movilidad.
- Deterioro musculoesquelético,
- Deterioro neuromuscular.
- Dolor.
- Fuerza muscular insuficiente.
- Obesidad.
- Pérdida de la condición física.

vvwvv.na liria
orj»

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Deterioro de la movilidad en silla de ruedas (1998, 2006; NDE2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas eléctrica en superficies irregulares.
- Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas eléctrica en superficies regulares.
- Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas eléctrica para bajar una rampa.
- Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas eléctrica para subir una rampa.
- Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas eléctrica para tomar curvas.

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

- Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas manual en superficies regulares.
- Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas manual para bajar una rampa.
- Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas manual para subir una rampa.
- Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas manual para tomar curvas.

Factores relacionados

- Alteración de la función cognitiva.
- Barreras del entorno (p. ej., escaleras, rampas, superficies irregulares, obstáculos, distancia).

B Cambios de humor.

B Conocimiento insuficiente del uso de la silla de ruedas.

- Deterioro de la visión.
- Deterioro musculoesquelético.
- Deterioro neuromuscular.
- Disminución de la resistencia.

B Dolor.

B Fuerza muscular insuficiente.

B Obesidad.

B Pérdida de la condición física.

V'' -V.-: Ir- 0: *y,*

Dominio 4.

Actividad/reposo

00085

Deterioro de la movilidad física (1973, 1998, 2013; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Alteración de la marcha.
- Aumento del tiempo de reacción.
- Dificultad para girarse.
- Disconfort.
- Disminución de la amplitud de movimientos.
- Disminución de las habilidades motoras finas.
- Disminución de las habilidades motoras gruesas.
- Disnea de esfuerzo.
- Enlentecimiento del movimiento.
- Inestabilidad postural.
- Movimientos descoordinados.
- Movimientos espásticos.
- Ocuparse en sustituciones del movimiento (p. ej., atención a las actividades de otro, conducta controladora, centrarse en la actividad previa a la enfermedad).
- Temblor inducido por el movimiento.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Agentes farmacológicos.
- Alteración de la integridad de la estructura ósea.
- Alteración de la función cognitiva.
- Alteración del metabolismo.
- Ansiedad.
- Apoyo del entorno insuficiente (p. ej., físico, social).
- Conocimiento insuficiente del valor de la actividad física.
- Contracturas.
- Creencias culturales respecto a la actividad aceptable.

Depresión.
Deterioro musculoesquelético.
Deterioro neuromuscular.
Deterioro sensorioperceptivo.
Disminución de la fuerza muscular.
Disminución de la masa muscular.
Disminución de la resistencia.
Disminución del control muscular.
Dolor.
Falta de uso.

- índice de masa corporal (IMC) > percentil 75 apropiado según la edad y género.
- Intolerancia a la actividad.
- Malnutrición.
- Pérdida de la condición física.
- Prescripción de restricción de movimientos.

Resistencia a iniciar el movimiento.
Retraso en el desarrollo.
Rigidez articular.
Sedentarismo.

wvvw.namla.org

00237
Deterioro de la sedestación
(2013; NDE 2.1)

Definición

Limitación para conseguir o mantener de manera independiente y voluntaria una posición de reposo en la que el apoyo se encuentra en las nalgas y los muslos, y en la cual el torso está erguido.

Características definitorias

- Deterioro de la habilidad para ajustar la postura de uno o ambos miembros inferiores a superficies irregulares.
- Deterioro de la habilidad para conseguir una postura equilibrada del torso.
- Deterioro de la habilidad para flexionar o mover ambas caderas.
- Deterioro de la habilidad para flexionar o mover ambas rodillas.
- Deterioro de la habilidad para mantener el torso en una posición de equilibrio.
- Deterioro de la habilidad para posicionar el torso en relación con el peso corporal.

Factores relacionados

- Alteración de la función cognitiva.
- Cirugía ortopédica.
- Deterioro del funcionamiento metabólico.
- Dolor.
- Energía insuficiente.
- Fuerza muscular insuficiente.
- Malnutrición.
- Postura de alivio autodeterminada.
- Postura prescrita.
- Resistencia insuficiente.
- Sarcopenia.
- Trastorno neurológico.
- Trastorno psicológico.

ww vv.ncimla.org

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00040
Riesgo de síndrome de desuso
(1988, 2013)

Definición

Vulnerable al deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Alteración del nivel de conciencia.
- Dolor.
- Inmovilidad mecánica,
- Inmovilidad prescrita.
- Parálisis.

Fatiga
(1988, 1998)

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

Características definitorias

- Alteración de la libido.
- Alteración en la concentración.
- Apatía.
- Aumento de los requerimientos de descanso.
- Aumento de los síntomas físicos.
- Cansancio.
- Culpabilidad por la dificultad en mantener sus responsabilidades.
- Desinterés por el entorno.
- Deterioro de la habilidad para mantener la actividad física habitual.

Deterioro de la habilidad para mantener las rutinas habituales.
Ejecución inefectiva del rol.
Energía insuficiente.
Introspección.
Letargía.
Patrón de sueño no reparador (p. ej., a causa de las responsabilidades del cuidador, prácticas parentales, molestias debidas a la persona que duerme con el paciente).
Sopor.

Factores relacionados

- Acontecimiento vital negativo.
- Afección fisiológica (p. ej., anemia, embarazo, enfermedad).
- Ansiedad.
- Aumento del ejercicio físico.

H Demandas ocupacionales (p. ej., turnos de trabajo, alto nivel de actividad, estrés).
B Depresión.
m Deprivación del sueño.

- Estilo de vida no estimulante.
- Factores ambientales (p. ej., ruido ambiental, exposición a la luz del día / oscuridad, temperatura/ humedad ambiental, entorno no familiar).
- Factores estresantes.
- Malnutrición.
- Pérdida de la condición física.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00154
Vagabundeo
(2000)

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

Características definitorias
- Allanamiento.
- Andar de un lado a otro.
- Conducta de búsqueda.
- Conducta de exploración.
- Conducta de fuga.
- Deambulación de la que no puede ser fácilmente disuadido.
- Deambulación en espacios no autorizados.
- Deambulación fortuita.
- Deambulación inquieta.
- Deambulación persistente en busca de algo.
- Deambulación que comporta perderse.
- Deterioro de la habilidad para localizar puntos de referencia en un entorno familiar.
- Hiperactividad.
- Largos períodos de deambulación sin destino aparente.
- Movimiento continuo de un lugar a otro.
- Movimientos frecuentes de un lugar a otro.
- Períodos de deambulación alternados con períodos de descanso (p. ej., sentado, de pie, durmiendo).
- Seguir al cuidador como una sombra.

Factores relacionados
- Alteración de la función cognitiva.
- Atrofia cortical.
- Conducta premórbida (p. ej., conducta extrovertida, personalidad sociable).

B Entorno sobrestimulador.

- Estado fisiológico (p. ej., hambre, sed, dolor, necesidad de orinar).
- Hora del día.
- Sedación.
- Separación del entorno familiar.
- Trastorno psicológico.

00239

Riesgo de deterioro de la función cardiovascular (2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a factores internos o externos que pueden dañar uno o más órganos vítales así como el propio sistema circulatorio.

Factores de riesgo

- Agentes farmacológicos.
- Antecedentes de enfermedad cardiovascular.
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular.
- Conocimiento insuficiente sobre los factores de riesgo modificables.

Diabetes mellitus.
Dislipemia.
Edad £65 años.
Hipertensión.
Obesidad.
Sedentarismo.
Tabaquismo.

vvwvv

O Elsevier. Fotocopia r sin autorización es un

00029
Disminución del gasto cardiaco
(1975, 1996, 2000)

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

Características definitorias

Alteradón de la contractilidad
- Disminución de la fracción de eyección.
- Disminución del índice cardíaco.
- Disminución del índice de trabajo sistólico ventricular izquierdo (ITSVI).
- Disminución del índice de volumen sistólico (IVS).
- Disnea paroxística nocturna.
- Ortopnea.
- Presencia de ruido cardíaco S3.
- Presencia de ruido cardíaco S4.
- Sonidos respiratorios anormales.
- Tos.

Alteración de la frecuencia/ritmo cardiacos
Bradicardia.
Cambios electrocardiográficos (ECG) (p. ej., arritmia, anormalidad en la conducción, isquemia).

Alteradón de la poscarga
m Alteraciones en la presión arterial.
- Aumento de la resistencia vascular pulmonar (RVP).
- Aumento de la resistencia vascular sistémica (RVS).
- Color de la piel anormal (p. ej., pálida, oscura, cianótica).
- Disminución de la resistencia vascular pulmonar (RVP).

- Palpitaciones cardíacas.
- Taquicardia.

- Disminución de la resistencia vascular sistémica (RVS).
- Disminución de los pulsos periféricos.
- Disnea.
- Oliguria.
- Piel fría y sudorosa.
- Prolongación del tiempo de llenado capilar.

Alteración de la precarga

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

Conductuales/emocionales

- Ansiedad.
- Inquietud.

Factores relacionados

- Alteración de la contractilidad.
- Alteración de la frecuencia cardíaca.
- Alteración de la poscarga.
- Alteración de la precarga. I
- Alteración del ritmo cardíaco. I
- Alteración del volumen de eyección. I

I

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00240
Riesgo de disminución del gasto cardiaco
(2013; NDE2.1)

Definición

Vulnerable al bombeo de una cantidad de sangre inadecuada por el corazón para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Alteración de la contractilidad.
- Alteración de la frecuencia cardíaca.
- Alteración de la poscarga.
- Alteración de la precarga.
- Alteración del ritmo cardíaco.
- Alteración del volumen de eyección.

00032

Patrón respiratorio ineficaz

(1980, 1996, 1998, 2010; NDE 2.1)

Definición

Inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada.

Características definitorias

- Adopción de la postura de trípode.
- Aleteo nasal.
- Alteración de los movimientos torácicos.
- Aumento del diámetro anteroposterior del tórax.
- Bradipnea.
- Disminución de la capacidad vital.
- Disminución de la presión espiratoria.
- Disminución de la presión inspiratoria.
- Disminución de la ventilación por minuto.
- Disnea.
- Fase espiratoria prolongada.
- Ortopnea.
- Patrón respiratorio anormal (p. ej., frecuencia, ritmo, profundidad).
- Respiración con los labios fruncidos.
- Taquipnea.
- Uso de los músculos accesorios para respirar.

Factores relacionados

- Ansiedad.
- Deformidad de la pared torácica.
- Deformidad ósea.
- Deterioro musculoesquelético.
- Deterioro neurológico (p. ej., electroencefalograma [EEG] positivo, traumatismo craneal, convulsiones).
- Deterioro neuromuscular.
- Dolor.
- Fatiga.
- Fatiga de los músculos respiratorios.
- Hiperventilación.
- Inmadurez neurológica.
- Lesión de médula espinal.
- Obesidad.
- Posición corporal que inhibe la expansión pulmonar.
- Síndrome de hipoventilación.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00202

Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz

Factores de riesgo

- Accidente cerebrovascular.
- Afección gastrointestinal (p. ej., úlcera, colitis isquémica, pancreatitis isquémica).
- Anemia.
- Aneurisma aorto-abdominal.
- Coagulopatía (p. ej., anemia de células falciformes).
- Coagulopatía intravascular diseminada.
- Diabetes mellitus.
- Edad >60 años.
- Enfermedad renal (p. ej., riñón poliquístico, estenosis de la arteria renal, fallo renal).
- Enfermedad vascular.
- Eyección ventricular izquierda disminuida.
- Hemorragia gastrointestinal aguda.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Infarto de miocardio.
- Régimen terapéutico.
- Sexo femenino.
- Síndrome compartimental abdominal.
- Tabaquismo.
- Tiempo de protrombina anormal (TP).
- Tiempo de tromboplastina parcial anormal (TTP).
- Trastorno de la función hepática (p. ej., cirrosis, hepatitis).
- Traumatismos.
- Varices gastroesofágicas.

(2008, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a una disminución de la circulación gastrointestinal, que puede comprometer la salud.

00203
Riesgo de perfusión renal ineficaz
(2008, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a una disminución de la circulación sanguínea renal, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Abuso de sustancias.
- Alteración del metabolismo.
- *Bypass* cardiopulmonar.
- Cirugía cardíaca.
- Diabetes mellitus.
- Edades extremas.
- Embolismo vascular.
- Enfermedad renal (p. ej., riñón poliquístico, estenosis de la arteria renal, fallo renal).
- Exposición a nefrotoxinas.
- Glomerulonefritis.
- Hipertensión.
- Hipertensión maligna.
- Hipovolemia.
- Hipoxemia.
- Hipoxia.
- Infección.
- Malignidad.
- Necrosis cortical bilateral.
- Nefritis intersticial.
- Pielonefritis.
- Quemaduras.
- Régimen terapéutico.
- Sexo femenino.
- Síndrome compartimental abdominal.
- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS).
- Tabaquismo.
- Traumatismos.
- Vasculitis.

www.namlii.org

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00200

Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca
(2008, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a una disminución de la circulación cardíaca (coronaria), que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Abuso de sustancias.
- Agentes farmacológicos.
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular.
- Cirugía cardiovascular.
- Conocimiento insuficiente sobre factores de riesgo modificables (p. ej., tabaquismo, sedentarismo, obesidad).
- Diabetes mellitus.
- Elevación de la proteína C reactiva.
- Espasmo de la arteria coronaria.
- Hiperlipidemia.
- Hipertensión.
- Hipovolemia.
- Hipoxemia.
- Hipoxia.
- Taponamiento cardíaco.

. vw 'i-.nnJri.oig

Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz
(2008, 2013; NDE 2.1)

Definición
Vulnerable a una disminución de la circulación tisular cerebral, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Abuso de sustancias.
- Agentes farmacológicos.
- Aneurisma cerebral.
- Aterosderosis aórtica.
- Coagulopatía intravascular diseminada.
- Coagulopatía (p. ej., anemia de células falciformes).
- Disección arterial.
- Embolismo.
- Endocarditis infecciosa.
- Estenosis carotídea.
- Estenosis mitral.
- Fibriladón arterial.
- Hipercolesterolemia.
- Hipertensión.
- Infarto de miocardio reciente.
- Lesión cerebral (p. ej., deterioro cerebrovascular, enfermedad neurológica, traumatismo, tumor).
- Miocardiopatía dilatada.
- Mixoma auricular.
- Prótesis valvular mecánica.
- Régimen terapéutico.
- Segmento ventricular izquierdo acinético.
- Síndrome del nodo sinusal.
- Tiempo de protrombina anormal (TP).
- Tiempo de tromboplastina parcial anormal (TTP).
- Tumor cerebral.

w vvvv.iMiKia.org

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00204

Perfusión tisular periférica ineficaz

(2008, 2010; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

Alteración de la función motora.
Alteración de las características de la piel (p. ej., color, elasticidad, vello, hidratación, uñas, sensibilidad, temperatura).
Ausencia de pulsos periféricos.
Claudicación intermitente.
Disminución de la presión sanguínea en las extremidades.
Disminución de las distancias conseguidas sin dolor en la prueba de caminar durante 6 minutos.
Disminución de los pulsos periféricos.
Dolor en las extremidades.
Edema.
El color no retorna a los miembros inferiores después de un minuto de elevación de las piernas.
índice tobillo-brazo <0,90.
La distancia en la prueba de caminar durante 6 minutos es inferior a la media (400-700 m en adultos).
Palidez de la piel a la elevación.
Parestesia.
Retraso en la curación de las heridas periféricas.
Soplo femoral.
Tiempo de relleno capilar >3 segundos.

Factores relacionados

■ Conocimiento insuficiente de los factores agravantes (p. ej., tabaquismo, sedentarismo, traumatismo, obesidad, ingesta de sal, inmovilidad).
m Conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad.
Diabetes mellitus.
Hipertensión.
Sedentarismo.
Tabaquismo.

00228

Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz

(2010, 2013; NDE 2.1)

w vv w. na tula .o rg

Definición

Vulnerable a una disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Conocimiento insuficiente de los factores agravantes (p. ej., tabaquismo, sedentarismo, traumatismo, obesidad, ingesta de sal, inmovilidad).
- Conocimiento insuficiente de los factores de riesgo.
- Conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad.
- Diabetes mellitus.
- Hipertensión.
- Ingesta excesiva de sodio.
- Procedimientos intravasculares.
- Sedentarismo.
- Tabaquismo.
- Traumatismos.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Respuesta ventilatoria disfuncional al destete
(1992)

Definición
Incapacidad para adaptarse a la reducción de los niveles de la ventilación mecánica, que interrumpe y prolonga el período de destete.

Características definitorias

Grave

- Agitación.
- Aumento de la frecuencia cardíaca respecto a la basal (£20 pulsaciones/minuto).
- Aumento de la presión arterial respecto a la basal (£20 mmHg).
- Aumento significativo de la frecuencia respiratoria sobre la basal.
- Color de la piel anormal (p. ej., pálida, oscura, cianótica).
- Deterioro de la gasometría arterial respecto a la basal.
- Diaforesis profusa.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Respiración abdominal paradójica.
- Respiración descoordinada con el ventilador.
- Respiración jadeante.
- Respiración superficial.
- Sonidos respiratorios anormales.
- Uso intenso de los músculos accesorios de la respiración.

Leve

m Aumento de la concentración en la respiración.
- Fatiga.
- Inquietud.
- Ligero aumento de la frecuencia respiratoria sobre la basal.
- Malestar al respirar.
- Percepción de necesidad creciente de oxígeno.
- Sensación de calor.
- Temor al mal funcionamiento de la máquina.

Moderada

- Aprensión.
- Aumento de la frecuencia cardíaca respecto a la basal (<20 pulsaciones/minuto).
- Aumento de la presión arterial respecto a la basal (<20 mmHg).
- Aumento moderado de la frecuencia respiratoria sobre la basal.
- Color de la piel anormal (p. ej., pálida, oscura, cianótica).
- Deterioro de la habilidad para cooperar.
- Deterioro de la habilidad para responder a las instrucciones.
- Diaforesis.
- Disminución de la entrada de aire durante la auscultación.
- Expresión facial de temor.
- Hipervigilancia de las actividades.
- Uso discreto de los músculos accesorios de la respiración.

Factores relacionados

Fisiológico

- Cambios en el patrón de sueño.
- Dolor.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- Nutrición inadecuada.

Psicológico

- Ansiedad.
- Autoestima baja.
- Confianza insuficiente en el profesional de la salud.
- Conocimiento insuficiente sobre el proceso de destete.
- Desesperanza.
- Disminución de la motivación.
- Impotencia.
- Incertidumbre sobre la habilidad para el destete.
- Temor.

Situacional

- Antecedentes de dependencia del ventilador >4 días.
- Antecedentes de fracaso en el intento de destete.
- Apoyo social insuficiente.
- Demandas de potencia episódicas e incontroladas.
- Obstáculos del entorno (p. ej., distracciones, baja ratio enfermera/paciente, equipo sanitario desconocido para el paciente).
- Ritmo inapropiado en el proceso de destete.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00092
Intolerancia a la actividad
(1982)

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

Factores relacionados

- Reposo en cama.
- Sedentarismo.

Características definitorias

- Cambios electrocardiográ fíeos (ECG) (p. ej., arritmia, anormalidad en la conducción, isquemia).
- Debilidad generalizada.
- Disconfort por esfuerzo.
- Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno.
- Inmovilidad.
- Disnea de esfuerzo.
- Fatiga.
- Frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad.
- Presión arterial anormal en respuesta a la actividad.

00094

Riesgo de intolerancia a la actividad
(1982, 2013)

Definición

Vulnerable a experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Antecedentes previos de intolerancia a la actividad.
- Enfermedad respiratoria.
- Falta de experiencia en la actividad.

Pérdida de la condición física.
Problemas circulatorios.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00033

Deterioro de la ventilación espontánea (1992)

Definición

Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida.

Características definitorias

- Aprensión.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Aumento de la presión parcial de dióxido de carbono ($PC0_2$).
- Aumento de la tasa metabólica.
- Aumento del uso de los músculos accesorios para la respiración.
- Disminución de la cooperación.
- Disminución de la presión parcial de oxígeno ($P0_2$).
- Disminución de la saturación de oxígeno arterial ($Sa0_2$).
- Disminución del volumen tidal.
- Disnea.
- Inquietud.

Factores relacionados

Alteración del metabolismo.

- Fatiga de los músculos respiratorios.

Déficit de autocuidado: alimentación (1980, 1998)

Definición

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

Características definitorias

- Deterioro de la habilidad para abrir recipientes.
- Deterioro de la habilidad para coger la taza.
- Deterioro de la habilidad para coger los alimentos con los utensilios.
- Deterioro de la habilidad para comer por sí solo de manera aceptable.
- Deterioro de la habilidad para deglutir los alimentos.
- Deterioro de la habilidad para deglutir suficiente cantidad de alimentos.
- Deterioro de la habilidad para llevarse la comida a la boca.
- Deterioro de la habilidad para manejar los utensilios.
- Deterioro de la habilidad para masticar la comida.
- Deterioro de la habilidad para mover los alimentos en la boca
- Deterioro de la habilidad para preparar la comida.
- Deterioro de la habilidad para tomar por sí solo una comida completa.
- Deterioro de la habilidad para usar dispositivos de ayuda.

Factores relacionados

- Alteración de la función cognitiva.
- Ansiedad.
- Debilidad.
- Deterioro musculoesquelético.
- Deterioro neuromuscular.
- Disconfort.
- Disminución de la motivación.
- Dolor.
- Fatiga.
- Obstáculos ambientales.
- Trastorno de la percepción.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Déficit de autocuidado: baño
(1980, 1998, 2008; NDE 2.1)

Definición
Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño.

Características definitorias

- Deterioro de la habilidad para acceder al agua.
- Deterioro de la habilidad para acceder al baño.
- Deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo.
- Deterioro de la habilidad para obtener los artículos de baño.
- Deterioro de la habilidad para regular el agua del baño.
- Deterioro de la habilidad para secar el cuerpo.

Factores relacionados

- Alteración de la función cognitiva.
- Ansiedad.
- Debilidad.
- Deterioro de la habilidad para percibir relaciones espaciales.
- Deterioro de la habilidad para percibir una parte del cuerpo.

Deterioro musculoesquelético.
Deterioro neuromuscular.
Disminución de la motivación.
Dolor.
Obstáculos ambientales.
Trastorno de la percepción.

00110
Déficit de autocuidado: uso del inodoro
(1980, 1998, 2008; NDE 2.1)

Definición
Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de evacuación.

Características definitorias

- Deterioro de la habilidad para completar la higiene adecuada tras la evacuación.
- Deterioro de la habilidad para enjuagar el inodoro.
- Deterioro de la habilidad para levantarse del inodoro.
- Deterioro de la habilidad para llegar hasta el inodoro.
- Deterioro de la habilidad para manipular la ropa para la evacuación.
- Deterioro de la habilidad para sentarse en el inodoro.
-

Factores relacionados

- Alteración de la función cognitiva.
- Ansiedad.
- Debilidad.
- Deterioro de la habilidad para la traslación.
- Deterioro de la movilidad.
- Deterioro musculoesquelético.
- Deterioro neuromuscular.
- Disminución de la motivación.
- Dolor.
- Fatiga.
- Obstáculos ambientales.
- Trastorno de la percepción.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Déficit de autocuidado: vestido
(1980, 1998, 2008; NDE 2.1)

Definición
Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de vestirse.

Características definitorias

- Deterioro de la habilidad para abrocharse la ropa.
- Deterioro de la habilidad para alcanzar la ropa.
- Deterioro de la habilidad para escoger la ropa.
- Deterioro de la habilidad para mantener el aspecto.
- Deterioro de la habilidad para obtener la ropa.
- Deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa (p. ej., camisa, calcetines, zapatos).
- Deterioro de la habilidad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo.
- Deterioro de la habilidad para ponerse la ropa en la parte superior del cuerpo.
- Deterioro de la habilidad para quitarse diferentes piezas de ropa (p. ej., camisa, calcetines, zapatos).
- Deterioro de la habilidad para usar cremalleras.
- Deterioro de la habilidad para usar dispositivos de ayuda.

Factores relacionados

- Alteración de la función cognitiva.
- Ansiedad.
- Debilidad.
- Deterioro musculoesquelético.
- Deterioro neuromuscular.
- Disconfort.
- Disminución de la motivación.
- Dolor.
- Fatiga.
- Trastorno de la percepción.

Dominio 4. *Actividad/reposo*

00182

Disposición para mejorar el autocuidado
(2006, 2013; NDE 2.1)

Definición

Patrón de realización de actividades por parte de la persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud, que puede ser reforzado.

Características definitorias

- Expresa deseo de mejorar el autocuidado.
- Expresa deseo de mejorar el conocimiento de las estrategias de autocuidado.
- Expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de bienestar.
- Expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de desarrollo personal.
- Expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de salud.
- Expresa deseo de mejorar la independencia en su vida.

>vv. . -mln org

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Dominio 4.
Actividad/reposo

00193

Descuido personal
(2008; NDE 2.1)

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

Características definitorias

- Higiene del entorno insuficiente.
- Higiene personal insuficiente.
- No adherencia a las actividades relacionadas con la salud.

Factores relacionados

- Abuso de sustancias.
- Alteración de la función cognitiva.
- Deterioro funcional.
- Dificultad para el aprendizaje.
- Disfunción del lóbulo frontal.
- Elección del estilo de vida.
- Enfermedad psiquiátrica.
- Factores estresantes.
- Función ejecutiva deficiente.
- Incapacidad para mantener el control.
- Simulación de enfermedad.
- Síndrome de Capgras.
- Temor a la institucionalización.
- Trastorno psicótico.

Gibbons, S., Lauder, W., & Ludwick, R. (2006). Self-neglect: A proposed new NANDA diagnosis. *International Journal of Nursing Terminologies and*

Classification, 17(1), 10-18.

vvvvw.naiHLi.org

Deterioro del mantenimiento del hogar
(1980)

Definición
Deterioro de la capacidad para el mantenimiento del hogar (p. ej.f enfermedad,
dolencia, lesión).

Características definitorias

- Crisis financiera (p. ej., deudas, finanzas insuficientes).
- Demanda de asistencia para el mantenimiento del hogar.
- Dificultad para mantener un entorno confortable.
- Entorno antihigiénico.
- Equipamiento de cocina insuficiente.
- Equipamiento para el mantenimiento del hogar insuficiente.
- Patrón de enfermedad causado por condiciones antihigiénicas.
- Patrón de infecciones causado por condiciones antihigiénicas.
- Responsabilidades familiares excesivas.
- Ropa de cama insuficiente.
- Ropa de vestir insuficiente.

Factores relacionados

- Afección que causa un impacto en la habilidad para el mantenimiento del hogar (p. ej., enfermedad, dolencia, lesión).
- Alteración de la función cognitiva.
- Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento del hogar.
- Conocimiento insuficiente sobre los recursos comunitarios.
- Modelo de rol inadecuado.
- Organización familiar insuficiente.
- Planificación familiar insuficiente.
- Sistema de apoyo insuficiente.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

Dominio 5
Percepción /cognición

DOMINIO 5. PERCEPCIÓN/COGNICIÓN
Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación

Clase 1. Atención
Disposición mental para darse cuenta u observar

Código	Diagnóstico	Página
00123	Desatención unilateral	251

Clase 2. Orientación
Conciencia de tiempo, lugar y persona

Ninguno, por el momento

Clase 3. Sensación/percepción
Recepción de información a través de los sentidos del tacto, gusto, olfato, vista, audición y cinestesia y la comprensión de los datos sensoriales que conduce a la identificación, asoáación y ¡o el reconocimiento de patrones

Ninguno, por el momento

Clase 4. Cognición
Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje

Código	Diagnóstico	Página
00128	Confusión aguda	253

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
©2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley 6- Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Clase 4. Cognición *(cont.)*		
Código	Diagnóstico	Página
00129	Confusión crónica	254
00173	Riesgo de confusión aguda	255
00126	Conocimientos deficientes	256
00161	Disposición para mejorar los conocimientos	257
00251	Control emocional inestable	258
00222	Control de impulsos ineficaz	259
00131	Deterioro de la memoria	260
Clase 5. Comunicación *Enviar y recibir información verbal y no verbal*		
Código	Diagnóstico	Página
00157	Disposición para mejorar la comunicación	261
00051	Deterioro de la comunicación verbal	262

Desatención unilateral
(1986, 2006; NDE 2.1)

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

Características definitorias

- Alteración de la conducta de seguridad en el lado desatendido.
- Alteración de la lateralización del sonido.
- Desatención visuoespacial unilateral.
- Desconoce la posición del miembro desatendido.
- Desviación pronunciada de los ojos ante estímulos en el lado no desatendido.
- Desviación pronunciada del tronco ante estímulos en el lado no desatendido.
- Deterioro en la realización de pruebas de tachado de líneas, división de líneas y tachado de blancos.
- Escribe sólo en la mitad vertical de la página no desatendida.
- Fracaso al asear y arreglar el lado afectado.
- Fracaso al comer los alimentos de la parte del plato correspondiente al lado desatendido.
- Fracaso al mover el tronco en el hemiespacio desatendido.
- Fracaso al mover la cabeza en el hemiespacio desatendido.
- Fracaso al mover las extremidades en el hemiespacio desatendido.
- Fracaso al mover los ojos en el hemiespacio desatendido.
- Fracaso al vestir el lado corporal desatendido.
- Fracaso en detectar a las personas que se acercan por el hemiespacio desatendido.
- Hemianopsia.
- Hemiplejía izquierda a causa de accidente cerebrovascular.
- Negligencia representacional (p. ej., distorsión de los dibujos en el lado desatendido).
- Omisión del dibujo en el lado desatendido.
- Perseveración.
- Sustitución de letras para formar palabras alternativas al leer.
- Transferencia de la sensación dolorosa al lado no desatendido.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

■ Lesión cerebral (p. ej., deterioro cerebrovascular, enfermedad neurológica, traumatismo, tumor).

Confusión aguda
(1994, 2006; NDE2.1)

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

Características definitorias

- Agitación.
- Alteración de la función cognitiva.
- Alteración de la función psicomotora.
- Alteración del nivel de conciencia.
- Alucinaciones.
- Ideas erróneas.
- Incapacidad para iniciar conductas orientadas a objetivos.
- Incapacidad para iniciar una conducta intencionada.
- Inquietud.
- Insuficiente continuidad de una conducta dirigida al objetivo.
- Insuficiente continuidad de una conducta intencionada.

Factores relacionados

- Abuso de sustancias.
- Alteración del ciclo sueño-vigilia.
-
- Delirio.
- Demencia.
- Edad £60 años.

•V i MU 1:1 « rt;

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Confusión crónica
(1994)

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

Factores relacionados
- Accidente cerebrovascular.
- Demencia multiinfarto.
- Enfermedad de Alzheimer.
- Lesión cerebral

Características definitorias
- Alteración de la interpretación.
- Alteración de la memoria a corto plazo.
- Alteración de la memoria a largo plazo.
- Alteración de la personalidad.
- Alteración de la respuesta a estímulos.

(p. ej., deterioro cerebrovascular, enfermedad neurológica, traumatismo, tumor).

- Psicosis de Korsakoff.
- Alteración progresiva de la función cognitiva.
- Deterioro cognitivo crónico.
- Deterioro del funcionamiento social.
- Enfermedad cerebral orgánica.
- Nivel de conciencia normal.

Dominio 5. *Percepción/cognición*

00173
Riesgo de confusión aguda
(2006, 2013; NDE 2.2)

Definición

Vulnerable a la aparición de alteraciones reversibles de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Abuso de sustancias.
- Agentes farmacológicos.
- Alteración de la función cognitiva.
- Alteración del ciclo sueño-vigilia.
- Antecedentes de accidente cerebrovascular.
- Demencia.
- Deshidratación.
- Deterioro de la función metabólica (p. ej., azotemia, disminución de la hemoglobina, desequilibrio electrolítico, aumento de urea nitrogenada/ creatinina en sangre).
- Deterioro de la movilidad.
- Dolor.
- Edad ¿60 años.
- Infección.
- Malnutrición.
- Privación sensorial.
- Retención urinaria.
- Sexo masculino.
- Uso inapropiado de las sujeciones.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

www.nanda.org

Conocimientos deficientes
(1980)

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

t Características definitorias

- Conducta inapropiada (p. ej., histérica, hostil, agitada, apática).
- Conocimiento insuficiente.
- No sigue completamente las instrucciones.
- Rendimiento inadecuado en una prueba.

Factores relacionados

- Alteración de la función cognitiva.
- Alteración de la memoria.
- Conocimiento insuficiente de los recursos.
- Información errónea proporcionada por otros.
- Información insuficiente.
- Insuficiente interés en el aprendizaje.

00161

Disposición para mejorar los conocimientos

(2002, 2013; NDE 2.1)

Definición

Patrón de información cognitiva relacionada con un tema específico o su adquisición, que puede ser reforzado.

Características definitorias

- Expresa deseo de mejorar el aprendizaje.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

Dominio 5. *Percepción/cognición* Clase 4. *Cognición*

00251

Control emocional inestable
(2013; NDE 2.1)

Definición
Impulso incontrolable de expresión emocional exagerada e involuntaria.

Características definitorias

- Abandono de las responsabilidades sociales.
- Abandono del trabajo.
- Ausencia de contacto visual.
- Dificultad para usar expresiones faciales.
- Expresión de emociones incongruentes con el factor desencadenante.
- Llanto.
- Llanto exagerado sin sentir tristeza.

Llanto incontrolable.
Llanto involuntario.
Risa exagerada sin sentir alegría.
Risa incontrolable.
Risa involuntaria.
Vergüenza respecto a la expresión emocional.

www.naiHla.org

Factores relacionados

- Abuso de sustancias.
- Agentes farmacológicos.
- Alteración de la autoestima.
- Alteración emocional.
- Conocimiento insuficiente sobre el control de síntomas.
- Conocimiento insuficiente sobre la enfermedad.
- Daño cerebral.
- Deterioro funcional.
- Deterioro musculoesquelético.
- Discapacidad física.
- Enfermedad psiquiátrica.
- Factores estresantes.
- Fatiga.
- Fuerza muscular insuficiente.
- Sufrimiento social.
- Trastorno del estado de ánimo.

Deterioro de la memoria
(1994)

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

Características definitorias

- Incapacidad para aprender nueva información.
- Incapacidad para aprender nuevas habilidades.
- Incapacidad para realizar una habilidad previamente aprendida.
- Incapacidad para recordar acontecimientos.
- Incapacidad para recordar información objetiva.
  Incapacidad para recordar si se ha realizado una conducta.
- Incapacidad para retener nueva información.
- Mala memoria.
- Olvida realizar una conducta en el momento programado.

Factores relacionados

- Alteración del volumen de líquidos.
- Anemia.
- Desequilibrio electrolítico.
- Deterioro neurológico (p. ej., electroencefalograma [EEG] positivo, traumatismo craneal, convulsiones).
- Disminución del gasto cardíaco.
- Distracciones en el entorno.
- Hipoxia.

00222
Control de impulsos ineficaz
(2010; NDE2.1)

Definición
Patrón de reacciones rápidas, no planeadas, ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones para la persona impulsiva o para los demás.

Características definitorias

- Actuar sin pensar.
- Adicción al juego.
- Arrebatos de mal genio.
- Búsqueda de sensaciones.
- Compartir datos personales de manera inapropiada.
- Conducta violenta.
- Hacer preguntas personales a pesar del malestar del otro.

Incapacidad para ahorrar o controlar la economía.
Irritabilidad.
Promiscuidad sexual.
Tomarse demasiadas confianzas con extraños.

Factores relacionados

- Abuso de sustancias.
- Alteración de la función cognitiva.
- Alteración del desarrollo.
- Desesperanza.
- Enfermedad cerebral orgánica.
- Tabaquismo.
- Trastorno de la personalidad.
- Trastorno del estado de ánimo.

www.namla.org

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Disposición para mejorar la comunicación
(2002, 2013; NDE 2.1)

Definición
Patrón de intercambio de información e ideas con otros, que puede ser reforzado.

Características definitorias

- Expresa deseo de mejorar
- la comunicación.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00051

Deterioro de la comunicación verbal

(1983, 1996, 1998)

Definición

Capacidad reducida, retardada o ausente para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

Características definitorias

- Ausencia de contacto visual.
- Déficit visual parcial.
- Déficit visual total.
- Desorientación en el espacio.
- Desorientación en el tiempo.
- Desorientación en lo referente a personas.
- Dificultad para comprender la comunicación.
- Dificultad para expresar pensamientos verbalmente (p. ej., afasia, disfasia, apraxia, dislexia).
- Dificultad para formar frases.
- Dificultad para formar palabras (p. ej., afonía, dislalia, disartria).
- Dificultad para hablar.
- Dificultad para mantener la comunicación.
- Dificultad para prestar atención selectiva.
- Dificultad para usar expresiones corporales.
- Dificultad para usar expresiones faciales.
- Dificultad para verbalizar.
- Disnea.
- Incapacidad para hablar.
- Incapacidad para hablar el idioma del cuidador.
- Incapacidad para usar expresiones corporales.
- Incapacidad para usar expresiones faciales.
- Negativa a hablar.
- No habla.
- Pronunciación poco clara.
- Tartamudeo.
- Verbalización inapropiada.

Factores relacionados

- Alteración de la percepción.
- Alteración del autoconcepto.
- Alteración del desarrollo.
- Alteración emocional.
- Ausencia de personas significativas.
- Autoestima baja.
- Barreras físicas (p. ej., traqueostomía, intubación).
- Defecto orofaríngeo.
- Deterioro del sistema nervioso central.
- Enfermedad fisiológica (p. ej., tumor cerebral, disminución de la circulación cerebral, debilidad del sistema musculoesquelético).
- Estímulos insuficientes.
- Incongruencia cultural.
- Información insuficiente.
- Obstáculos ambientales.
- Régimen terapéutico.
- Trastorno psicótico.
- Vulnerabilidad.

Dominio 6
Autopercepción

DOMINIO 6. **AUTOPERCEPCIÓN** *Conciencia de si mismo*		
Clase 1. Autoconcepto *Percepción (percepciones) sobre el yo total*		
Código	Diagnóstico	Página
00167	Disposición para mejorar el autoconcepto	265
00124	Desesperanza	266
00174	Riesgo de compromiso de la dignidad humana	267
00185	Disposición para mejorar la esperanza	268
00121	Trastorno de la identidad personal	269
00225	Riesgo de trastorno de la identidad personal	270
Clase 2. Autoestima *Evaluación de la propia valía, capacidad, significado y éxito*		
Código	Diagnóstico	Página
00119	Baja autoestima crónica	271
00120	Baja autoestima situacional	272
00224	Riesgo de baja autoestima crónica	273
00153	Riesgo de baja autoestima situacional	274

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heathcr Herdman y Shigemi Kamitsuru.
©2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley 6- Sons. Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Clase 3. Imagen corporal *Imagen mental del propio cuerpo*		
Código	Diagnóstico	Página
00118	Trastorno de la imagen corporal	275

Disposición para mejorar el autoconcepto
(2002, 2013; NDE 2.1)

Definición
Patrón de percepciones o ideas sobre el yo, que puede ser reforzado.

Características definitorias

- Acciones congruentes con las expresiones verbales.
- Aceptación de las fortalezas.
- Aceptación de las limitaciones. Expresa confianza en las propias habilidades.
- Expresa deseo de mejorar el autoconcepto.
- Expresa deseo de mejorar la ejecución del rol.
- Expresa satisfacción con la identidad personal.
- Expresa satisfacción con la imagen corporal.
- Expresa satisfacción con la sensación de valía personal.
- Expresa satisfacción con los pensamientos sobre sí mismo.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Desesperanza
(1986)

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

Características definitorias

- Cambios en el patrón de sueño.
- Claves verbales pesimistas (p. ej., «no puedo», suspiros).
- Contacto visual escaso.
- Disminución de la iniciativa.
- Disminución de la respuesta a estímulos.
- Disminución de la verbalización.
- Disminución de las emociones.
- Disminución del apetito.
- Encogerse de hombros en respuesta al interlocutor.
- Implicación en el cuidado inadecuada.
- Pasividad.
- Volverse hacia el lado contrario del interlocutor.

Factores relacionados

- Aislamiento social.
- Antecedentes de abandono.
- Deterioro de la afección fisiológica.
- Estrés crónico.
- Pérdida de confianza en el poder espiritual.
- Pérdida de confianza en los valores trascendentales.
- Restricción de la actividad prolongada.

Riesgo de compromiso de la dignidad humana
(2006, 2013; NDE 2.1)

Definición
Vulnerable a la percepción de pérdida del respeto y el honor, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Comprensión insuficiente de la información sobre la salud.
- Estigmatización.
- Experiencia limitada en la toma de decisiones.
- Exposición corporal.
- Humillación.
- Incongruencia cultural.
- Intrusión por parte de los profesionales clínicos.
- Invasión de la intimidad.
- Pérdida de control de las funciones corporales.
- Revelación de información confidencial.
- Tratamiento deshumanizador.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Disposición para mejorar la esperanza
(2006, 2013; NDE 2.1)

Definición
Patrón de expectativas y deseos para movilizar energía en beneficio propio, que puede ser reforzado.

Características definitorias

Expresa deseo de mejorar el sentimiento de sentido de su vida.
Expresa deseo de mejorar la conexión con los demás.
Expresa deseo de mejorar la confianza en las posibilidades.
Expresa deseo de mejorar la congruencia entre las expectativas y el objetivo.
Expresa deseo de mejorar la esperanza.
Expresa deseo de mejorar la espiritualidad.
Expresa deseo de mejorar la habilidad para fijar objetivos alcanzables.
Expresa deseo de mejorar la resolución de problemas para alcanzar los objetivos.

Trastorno de la identidad personal
(1978, 2008; NDE 2.1)

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

Características definitorias

- Alteración de la imagen corporal.
- Conducta inconsistente.
- Confusión de género.
- Confusión sobre los objetivos.
- Confusión sobre los valores culturales.
- Confusión sobre los valores ideológicos.
- Descripciones delirantes del yo.
- Ejecución inefectiva del rol.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Incapacidad para distinguir entre estímulos internos y externos.
- Relaciones ineficaces.
- Sentimientos de extrañeza.
- Sentimientos de varío.
- Sentimientos fluctuantes sobre el yo.

Factores relacionados

- Adoctrinamiento de culto.
- Agentes farmacológicos.
- Alteración del rol social.
- Autoestima baja.
- Crisis situacional.
- Discriminación.
- Enfermedad cerebral orgánica.
- Enfermedad psiquiátrica.
- Estados maníacos.
- Etapas de crecimiento.
- Exposición a químicos tóxicos.
- Incongruencia cultural.
- Percepción de prejuicios.
- Procesos familiares disfuncionales.
- Transición del desarrollo.
- Trastorno disociativo de la identidad.

www.nandn.org

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Riesgo de trastorno de la identidad personal
(2010, 2013; NDE 2.1)

Definición
Vulnerable a una incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Adoctrinamiento de culto.
- Agentes farmacológicos.
- Alteración del rol social.
- Autoestima baja.
- Crisis situacional.
- Discriminación.
- Enfermedad cerebral orgánica.
- Enfermedad psiquiátrica.
- Estados maníacos.
- Etapas de crecimiento.
- Exposición a químicos tóxicos.
- Incongruencia cultural.
- Percepción de prejuicios.
- Procesos familiares disfuncionales.
- Transición del desarrollo.
- Trastorno disociativo de la identidad.

Baja autoestina crónica
(1988, 1996, 2008; NDE 2.1)

Definición
Autoevaluación o sentimientos negativos de larga duración sobre uno mismo o sus propias capacidades.

Características definitorias

- Búsqueda de reafirmación excesiva.
- Conducta indecisa.
- Conducta no asertiva.
- Conformista.
- Contacto visual escaso.
- Culpabilidad.
- Depende de las opiniones de los demás.
- Exagera la retroalimentación negativa sobre sí mismo.
- Fracasos repetidos en eventos vitales.
- Indecisión para probar nuevas experiencias.
- Pasividad.
- Rechazo a la retroalimentación positiva sobre sí mismo.
- Subestima su habilidad para gestionar la situación.
- Vergüenza.

Factores relacionados

- Adaptación ineficaz a la pérdida.
- Afecto recibido inadecuado.
- Enfermedad psiquiátrica.
- Exposición a una situación traumática.
- Fracasos repetidos.
- Incongruencia cultural.
- Incongruencia espiritual.
- Pertenencia inadecuada.
- Pertenencia inadecuada a un grupo.
- Recibir aprobación insuficiente por parte de los demás.
- Refuerzos negativos repetidos.
- Respeto inadecuado por parte de los demás.

O Eisevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Baja autoestima situacional
(1988, 1996, 2000)

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

Características definitorias

- Conducta indecisa.
- Conducta no asertiva.
- Falta de propósito.
- Indefensión.
- Reto situacional a la propia valía.
- Subestima su habilidad para gestionar la situación.
- Verbalizaciones de negación de sí mismo.

Factores relacionados

- Alteración de la imagen corporal.
- Alteración del rol social.
- Antecedentes de pérdida.
- Antecedentes de rechazo.
- Conducta inconsistente con los valores.
- Deterioro funcional.
- Patrón de fracasos.
- Reconocimiento inadecuado.
- Transición del desarrollo.

Riesgo de baja autoestima crónica
(2010, 2013; NDE 2.1)

Definición
Vulnerable a una autoevaluación o sentimientos negativos de larga duración sobre uno mismo o sus propias capacidades, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Adaptación ineficaz a la pérdida.
- Enfermedad psiquiátrica.
- Exposición a una situación traumática.
- Fracasos repetidos.
- Incongruencia cultural.
- Incongruencia espiritual.

Pertenencia inadecuada a un grupo.
Recibir afecto insuficiente.
Refuerzos negativos repetidos.
Respeto inadecuado por parte de los demás.
Sentimiento de pertenencia insuficiente.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00153
Riesgo de baja autoestima situacional
(2000, 2013)

Definición
Vulnerable al desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación concreta, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Alteración de la imagen corporal.
- Alteración del rol social.
- Antecedentes de abandono.
- Antecedentes de abuso (p. ej., físico, psicológico, sexual).
- Antecedentes de desatención.
- Antecedentes de pérdida.
- Antecedentes de rechazo.
- Conducta inconsistente con los valores.
- Deterioro funcional.
- Disminución en el control del entorno.
- Enfermedad física.
- Expectativas irreales sobre uno mismo.
- Patrón de fracasos.
- Patrón de impotencia.
- Reconocimiento inadecuado.
- Transición del desarrollo.

Trastorno de la imagen corporal (1973, 1998)

Definición
Confusión en la imagen mental del yo físico.

Características definitorias

- Alteración de la estructura corporal.
- Alteración de la visión del propio cuerpo (p. ej., estructura, función).
- Alteración del funcionamiento corporal.
- Ausencia de una parte del cuerpo.
- Cambio en el estilo de vida.
- Cambio en la habilidad para realizar una estimación espacial de la relación entre el cuerpo y el entorno.
- Cambio en la implicación social.
- Centra la atención en la apariencia anterior.
- Centra la atención en la fortaleza anterior.
- Centra la atención en la función anterior.
- Conducta de reconocimiento del propio cuerpo.
- Conducta de vigilancia del propio cuerpo.
- B Despersonalización de la pérdida mediante el uso de pronombres impersonales.
- B Despersonalización de una parte del cuerpo mediante el uso de pronombres impersonales.
- Énfasis en las fortalezas restantes.
- Evita mirar el propio cuerpo.
- Evita tocar el propio cuerpo.
- Exagera los logros.
- Extensión de los límites corporales (p. ej., incluye objetos externos).
- Oculta una parte del cuerpo.
- Percepciones que reflejan una visión alterada de la apariencia del propio cuerpo.
- Personalización de la pérdida mediante un nombre.
- Personalización de una parte del cuerpo mediante un nombre.
- Preocupación por el cambio.
- Preocupación por la pérdida.
- Rechazo a reconocer el cambio.
- Respuesta no verbal a cambios corporales (p. ej., apariencia, estructura, función).
- Respuesta no verbal a la percepción de cambios corporales (p. ej., apariencia, estructura, función).
- B Sentimientos negativos sobre el cuerpo.
- B Sobreexposición de una parte del cuerpo.
- Temor a la reacción de los demás.
- Traumatismo de la parte que no funciona.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Factores relacionados

- Alteración de la autopercepción.
- Alteración de la función cognitiva.
- Alteración de la función corporal (a causa de una anomalía, enfermedad, medicación, embarazo, radiación, cirugía, traumatismo, etc.).
- Deterioro del funcionamiento psicosocial.
- Enfermedad.
- Incongruencia cultural.
- Incongruencia espiritual.
- Lesión.
- Procedimiento quirúrgico.
- Régimen terapéutico.
- Transición del desarrollo.
- Traumatismos.

Dominio 7
Rol/relaciones

DOMINIO 7. ROL/RELACIONES *Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran*		
Clase 1. Roles de cuidador *Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que proporcionan los cuidados y que no son profesionales de la salud*		
Código	Diagnóstico	Página
00061	Cansancio del rol de cuidador	279
00062	Riesgo de cansancio del rol de cuidador	282
00056	Deterioro parental	283
00164	Disposición para mejorar el rol parental	286
00057	Riesgo de deterioro parental	287
Clase 2. Relaciones familiares *Asociaciones de personas que están biológicamente relacionadas o relacionadas por elección*		
Código	Diagnóstico	Página
00063	Procesos familiares disfuncionales	289
00159	Disposición para mejorar los procesos familiares	292

NANDA International. Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley 8- Sons. Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Clase 2. Relaciones familiares *(cont.)*		
Código	Diagnóstico	Página
00060	Interrupción de los procesos familiares	293
00058	Riesgo de deterioro de la vinculación	294
Clase 3. Desempeño del rol *Calidad del funcionamiento según los patrones de conducta socialmente esperados*		
Código	Diagnóstico	Página
00064	Conflicto del rol parental	295
00055	Desempeño ineficaz del rol	296
00052	Deterioro de la interacción social	298
00223	Relación ineficaz	299
00207	Disposición para mejorar la relación	300
00229	Riesgo de relación ineficaz	301

00061
Cansancio del rol de cuidador
(1992, 1998, 2000)

Definición

Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas.

Características definitorias

Actividades de cuidados

- Aprensión sobre el bienestar del receptor de los cuidados si el cuidador es incapaz de proporcionar el cuidado.
- Aprensión sobre la habilidad futura para proporcionar el cuidado.
- Aprensión sobre la potencial institucionalización del receptor de los cuidados.

Estado de salud del cuidador: emocional

- Cambios en el patrón de sueño.
- Depresión.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Factores estresantes.
- Frustración.
- Impaciencia.

Estado de salud del cuidador: fisiológico

- Cambios en el peso.
- Cefaleas.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad cardiovascular.

Estado de salud del cuidador: socioeconómico

- Aislamiento social. B
- Productividad laboral baja.
- Cambios en las actividades de ocio. B Rechaza promociones profesionales.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

- Aprensión sobre la salud futura del receptor de los cuidados.
- Cambio disfuncional en las actividades del cuidador.
- Dificultad para completar las tareas requeridas.
- Dificultad para realizar las tareas requeridas.
- Preocupación por las rutinas del cuidado.

- Inestabilidad emocional.
- Ira.
- Nerviosismo.
- Somatización.
- Tiempo insuficiente para satisfacer las necesidades personales.

Erupción.
Fatiga.
Hipertensión.
Malestar gastrointestinal.

Procesos familiares

■ Conflicto familiar.

■ Preocupación por los miembros de la familia.

Relación cuidador-receptor del cuidado

m Aflicción a causa de los cambios en la relación con el receptor de los cuidados.

■ Dificultad para vigilar al receptor de los cuidados.

■ Incertidumbre a causa de los cambios en la relación con el receptor de los cuidados.

Factores relacionados

Actividades de cuidados

m Actividades de cuidados excesivas.

■ Alta domiciliaria reciente con necesidades importantes de cuidados.

■ Cambio en la naturaleza de las actividades de cuidados.

■ Complejidad de las actividades de cuidados.

■ Duración del cuidado.

■ Imprevisibilidad de la situación de cuidados.

■ Responsabilidades de cuidados durante las 24 horas.

7. Rol/relaciones

Estado de salud del cuidador

■ Abuso de sustancias.

■ Afecciones físicas.

■ Alteración de la función cognitiva.

■ Codependencia.

■ Cumplimiento insuficiente de las expectativas de los demás.

■ Cumplimiento insuficiente de las propias expectativas.

■ Estrategias de afrontamiento ineficaces.

■ Expectativas irreales sobre uno mismo.

Estado de salud del receptor de cuidados

■ Abuso de sustancias.

■ Afección de salud inestable.

■ Alteración de la función cognitiva.

■ Aumento en las necesidades de cuidados.

■ Codependencia.

Procesos familiares

■ Patrón de adaptación familiar ineficaz.

- Conducta problemática.
- Dependencia.
- Enfermedad crónica.
- Enfermedad psiquiátrica.
- Gravedad de la enfermedad.
- Imprevisibilidad de la evolución de la enfermedad.

- Patrón de disfunción familiar.

Recursos

m Apoyo social insuficiente.
- Asistencia insuficiente.
- Conocimiento insuficiente sobre los recursos comunitarios.
- Crisis financiera (p. ej., deudas, finanzas insuficientes).
- Desarrollo madurativo del cuidador insuficiente.
- Dificultad para acceder a apoyo.
- Dificultad para acceder a la asistencia.
- Dificultad para acceder a recursos comunitarios.
- Energía insuficiente.
- Entorno físico inadecuado para proporcionar el cuidado.
- Equipamiento para proporcionar el cuidado insuficiente.
- Falta de experienda con los cuidados.
- Intimidad insufidente del cuidador.
- Recursos comunitarios insuficientes (p. ej., períodos de descanso, recursos recreativos, apoyo social).
- Resilienda emocional insufidente.
- Tiempo insuficiente.
- Transporte inadecuado.

Relación cuidador-receptor de cuidados

m Expectativas no realistas del receptor de cuidados.
- La afección del receptor de los cuidados inhibe la conversación.
- Patrón de relación ineficaz.
- Relación violenta.
- Relaciones abusivas.

Socioeconómico

m Actividades de odo insufidentes.
- Aislamiento social.
- Alienación.

m Conflicto en el desarrollo de roles.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00062
Riesgo de cansancio del rol de cuidador
(1992, 2010, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a tener dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Abuso de sustancias.
- Actividades de cuidados excesivas.
- Adaptación familiar ineficaz.
- Aislamiento del cuidador.
- Aislamiento familiar.
- Alteración del funcionamiento cognitivo del receptor de los cuidados.
- Ampliación de la duración del cuidado requerido.
- Codependencia.
- Complejidad de las tareas de cuidados.
- Conflicto entre diferentes compromisos del rol del cuidador.
- Desarrollo madurativo del cuidador insuficiente.
- Deterioro de la salud del cuidador.
- El cuidador es la pareja.
- El cuidador es una mujer.
- El receptor de los cuidados muestra una conducta atípica.
- El receptor de los cuidados muestra una conducta desviada.
- Entorno físico inadecuado para proporcionar el cuidado.
- Exposición a violencia.
- Factores estresantes.
- Falta de experiencia con los cuidados.
- Gravedad de la enfermedad del receptor del cuidado.
- Imprevisibilidad de la evolución de la enfermedad.
- Patrón de adaptación del cuidador ineficaz.
- Patrón de disfunción familiar anterior a la situación de cuidado.
- Patrón de relación entre el cuidador y el receptor del cuidado ineficaz.
- Prematuridad.
- Presencia de abuso (p. ej., físico, psicológico, sexual).
- Receptor de los cuidados dado de alta al domicilio con necesidades de cuidados importantes.
- Retraso en el desarrollo del cuidador.
- Retraso en el desarrollo del receptor del cuidado.
- Salud inestable del receptor de los cuidados.
- Tiempo de descanso del cuidador insuficiente.
- Tiempo de ocio del cuidador insuficiente.
- Trastorno congénito.
- Trastorno psicológico del cuidador.
- Trastorno psicológico del receptor del cuidado.

00056
Deterioro parental
(1978, 1998)

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

Características definitorias

Lactante o niño
- Accidentes frecuentes.
- Antecedentes de abuso (p. ej., físico, psicológico, sexual).
- Antecedentes de traumatismo (p. ej., físico, psicológico, sexual).
- Conducta de vinculación insuficiente.
- Deterioro del funcionamiento social.
- Disminución de la ansiedad por separación.

Parental
- Antecedentes de abuso infantil (p. ej., físico, psicológico, sexual).
- Conducta punitiva.
- Cuidado inconsistente.
- Desamparo.
- Desatención a las necesidades del niño.
- Disminución de la habilidad para manejar al niño.
- Disminución en las demostraciones afectivas.
- Disposición para los cuidados del niño inapropiada.
- Estimulación inapropiada (p. ej., visual, táctil, auditiva).
- Falta de flexibilidad para satisfacer las necesidades del niño.

©9 Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

- Enfermedades frecuentes.
- Huida.
- Rendimiento académico bajo.
- Retraso en el desarrollo.
- Retraso en el desarrollo cognitivo.
- Trastorno conductual (p. ej., déficit de atención, oposición desafiante).

- Fracaso en la provisión de un entorno doméstico seguro.
- Frustración con el niño.
- Habilidades de cuidados inapropiadas.
- Hostilidad.
- Inhabilidad percibida para satisfacer las necesidades del niño.
- Interacción parento-filial deficiente.
- Manejo de la conducta inconsistente.
- Mantenimiento inadecuado de la salud del niño.
- Percepción de inadecuación del rol.
- Rechazo del niño.
- Se expresa de forma negativa sobre el niño.

Factores relacionados

Conocimientos
- Alteración de la función cognitiva.
- Conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño.
- Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño.
- Conocimiento insuficiente sobre las habilidades parentales.
- Expectativas poco realistas.
- Habilidades comunicativas ineficaces.
- Nivel educativo bajo.
- Preferencia por los castigos físicos.
- Preparación cognitiva para la paternidad insuficiente.
- Respuesta insuficiente a las señales del niño.

Fisiológicos
- Enfermedad física.

Lactante o niño
- Afección discapacitante.
- Alteración en las habilidades perceptuales.
- Conflicto entre el temperamento del niño y las expectativas parentales.
- Enfermedad crónica.
- Nacimiento múltiple.
- Prematuridad.
- Retraso en el desarrollo.
- Separación padres-niño.
- Sexo distinto al deseado.
- Temperamento difícil.
- Trastorno conductual (p. ej., déficit de atención, oposición desafiante).

Psicológicos
- Afección discapacitante.
- Antecedentes de abuso de sustancias.
- Antecedentes de enfermedad mental.
- Cambios en el patrón de sueño.
- Cuidado prenatal insuficiente.
- Depresión.
- Deprivación del sueño.
- Dificultad en el proceso del parto.
- Embarazos muy seguidos.
- Juventud de los padres.
- Número de embarazos elevado.

Sociales
- Aislamiento social.
- Antecedentes de abuso (p. ej., físico, psicológico, sexual).
- Antecedentes de haber cometido abusos.
- Apoyo social insuficiente.
- Autoestima baja.
- Cambio en la unidad familiar.
- Cohesión familiar insuficiente.
- Conflicto entre la pareja.
- Desempleo.
- Dificultades laborales.
- Dificultades legales.
- Disposición inadecuada para el cuidado del niño.
  - Económicamente desfavorecidos.
- Embarazo no deseado.
- Embarazo no planificado.

- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Factores estresantes.
- Falta de implicación de la madre.
- Falta de implicación del padre.
- Familia monoparental.
- Habilidades de resolución de problemas insuficientes.
- Incapacidad para poner las necesidades del niño por delante de las propias.
- Modelo de rol parental inadecuado.
- Recursos insuficientes (p. ej., económicos, sociales, conocimientos).
- Transporte inadecuado.
- Traslado.
- Valoración insuficiente de la paternidad.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00164
Disposición para mejorar el rol parental
(2002, 2013; NDE 2.1)

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

Características definitorias

- Los niños expresan deseo de mejorar el entorno del hogar.
- Los padres expresan deseo de mejorar el apoyo emocional a los niños.
- Los padres expresan deseo de mejorar el apoyo emocional a otras personas dependientes.
- Los padres expresan deseo de mejorar el rol parental.

Dominio 7. *Rol/relaciones*

00057
Riesgo de deterioro parental
(1978, 1998, 2013)

Definición

Vulnerabilidad del cuidador principal a la incapacidad para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, que puede comprometer su bienestar.

Factores de riesgo

Conocimientos

- Alteración de la función cognitiva.
- Conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño.
- Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño.
- Conocimiento insuficiente sobre las habilidades parentales.
- Expectativas poco realistas.
- Habilidades comunicativas ineficaces.
- Nivel educativo bajo.
- Preferencia por los castigos físicos.
- Preparación cognitiva para la paternidad insuficiente.
- Respuesta insuficiente a las señales del niño.

Fisiológicos

- Enfermedad física.

Lactante o niño

- Afección discapacitante.
- Alteración en las habilidades perceptuales.
- Conflicto entre el temperamento del niño y las expectativas parentales.
- Enfermedad.
- Nacimiento múltiple.
- Prematuridad.
- Retraso en el desarrollo.
- Separación prolongada de los padres.
- Sexo distinto al deseado.
- Temperamento difícil.
- Trastorno conductual (p. ej., déficit de atención, oposición desafiante).

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Psicológicos

- Afección discapacitante.
- Antecedentes de abuso de sustancias.
- Antecedentes de enfermedad mental.
- Depresión.
- Deprivación del sueño.
- Dificultad en el proceso del parto.

Sociales

m Acceso insuficiente a recursos.

- Aislamiento social.
- Antecedentes de abuso (p. ej., físico, psicológico, sexual).
- Antecedentes de haber cometido abusos.
- Apoyo social insuficiente.
- Autoestima baja.
- Cambio en la unidad familiar.
- Cohesión familiar insuficiente.
- Conflicto entre la pareja.
- Cuidado prenatal insuficiente.
- Cuidados prenatales del último período del embarazo.

a Desempleo.

B Dificultades laborales.

B Dificultades legales.

B Disposición inadecuada para el cuidado del niño.

B Económicamente desfavorecidos.

- Embarazo no deseado.
- Embarazo no planificado.
- Embarazos muy seguidos.
- Juventud de los padres.
- Número de embarazos elevado.
- Patrón de sueño no reparador (p. ej., a causa de las responsabilidades del cuidador, prácticas paternales, molestias debidas a la persona que duerme con el cuidador).
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Factores estresantes.
- Falta de implicación de la madre.
- Falta de implicación del padre.
- Familia monoparental.
- Fracaso en la provisión de un entorno doméstico seguro.
- Habilidades de resolución de problemas insuficientes.
- Modelo de rol parental inadecuado.
- Recursos insuficientes (p. ej., económicos, sociales, conocimientos).
- Separación de los padres y el niño.
- Tensión en el desempeño del rol.
- Transporte inadecuado. Traslado.
- Valoración insuficiente de la paternidad.

00063
Procesos familiares disfuncionales
(1994, 2008; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

Conductas

- Abuso de sustancias.
- Abuso verbal de la pareja.
- Abuso verbal de los niños.
- Abuso verbal de los padres.
- Adicción a la nicotina.
- Agitación.
- Aislamiento social.
- Alteración en el rendimiento académico en los niños.
- Alteración en la concentración.
- Autoculpabilizadón.
- Autojuicio severo.
- Búsqueda de afirmación.
- Búsqueda de aprobación.
- Caos.
- Conducta poco fiable.
- Conflictos crecientes.
- Conocimiento insuficiente sobre el abuso de sustancias.
- Crítica.
- Culpabilización.
- Dependencia.
- Dificultad en las transiciones del ciclo vital.
- Dificultad para divertirse.
- Dificultad para establecer relaciones íntimas.
- Disminución del contacto físico.
- B Duelo complicado.
- Enfermedades físicas relacionadas con el estrés.
- Evitación de conflictos.
- Expresión inapropiada de la ira.
- Fracaso en el cumplimiento de tareas de desarrollo.
- Habilidades comunicativas ineficaces.
- Habilidades de resolución de problemas insuficientes.
- Incapacidad para aceptar ayuda.
- Incapacidad para aceptar un amplio rango de sentimientos.
- Incapacidad para adaptarse al cambio.
- Incapacidad para expresar un amplio rango de sentimientos.
- Incapacidad para recibir ayuda de manera apropiada.
- Incapacidad para satisfacer las necesidades de seguridad de los miembros.
- Incapacidad para satisfacer las necesidades emocionales de los miembros.
- Incapacidad para satisfacer las necesidades espirituales de los miembros.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Incapacidad para tratar de forma constructiva con experiencias traumáticas.
- Inmadurez.
- La orientación favorece la relajación de la tensión en lugar de la consecución de los objetivos.
- Luchas de poder.
- Manipulación.
- Mentir.
- Negación de problemas.
- No mantenimiento de las promesas.
- Ocasiones especiales centradas en el uso de sustancias.
- Patrón de comunicación contradictorio.
- Patrón de comunicación controlador.
- Patrón de comunicación paradójica.
- Permitir patrones de utilización de sustancias.
- Racionalización.
- Rechaza la obtención de ayuda.

Rol y relaciones

- Alteración de las dinámicas familiares.
- Alteración de las rutinas familiares.
- Alteración de los roles familiares.
- Cambio en el rol.
- Cohesión insuficiente.
- Comunicación ineficaz con la pareja.
- Conflicto entre la pareja.
- Desatención de las obligaciones hacia un miembro de la familia.
- Deterioro de las relaciones familiares.
- Disfunción de la intimidad.
- Disminución de la habilidad de los miembros de la familia para relacionarse entre ellos para conseguir objetivos de crecimiento y maduración conjuntos.
- Económicamente desfavorecidos.
- Habilidades relaciónales insuficientes.
- Negación familiar.
- Patrón de rechazo.
- Percepción de apoyo parental insuficiente.
- Problemas familiares crónicos.
- Relaciones familiares triangulares.

B Respeto familiar insuficiente por la autonomía de sus miembros.

B Respeto familiar insuficiente por la individualidad de sus miembros.

- Rol parental inconsistente.
- Sistemas de comunicación cerrados.

Sentimientos

- Aislamiento emocional.
- Ansiedad.
- Asumir la responsabilidad del abuso de sustancias de otro miembro de la familia.
- Autoestima baja.
- Confunde el amor y la compasión.
- Confusión.
- Culpabilidad.
- Daño.
- Depresión.
- Desamparo.
- Desconcierto.
- Desconfianza.
- Desesperanza.
- Emocionalmente controlados por los demás.
- Emociones reprimidas.
- Fracaso.
- Frustración.
- Hostilidad.
- Impotencia.
- Infelicidad.
- Insatisfacción.
- Inseguridad.
- Inutilidad.
- Ira.
- Malhumor.
- No sentirse querido.
- Pérdida.
- Pérdida de identidad.
- Procedimiento quirúrgico.
- Rechazo.
- Resentimiento prolongado.
- Sentirse diferente de los demás.
- Sentirse incomprendido.
- Soledad.
- Sufrimiento.
- Temor.
- Tensión.
- Vergüenza.
- Vulnerabilidad.

Factores relacionados

- Abuso de sustancias.
- Antecedentes familiares de abuso de sustancias.
- Antecedentes familiares de resistencia al tratamiento.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Factores biológicos.
- Habilidades de resolución de problemas insuficientes.
- Personalidad adictiva.
- Predisposición genética al abuso de sustancias.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

00159
Disposición para mejorar los proceson familiares
(2002, 2013; NDE 2.1)

Definición
Patrón de funcionamiento familiar para mantener el bienestar de los miembros de la familia, que puede ser reforzado.

Características definitorias

- Expresa deseo de mejorar el crecimiento de los miembros de la familia.
- Expresa deseo de mejorar el equilibrio entre autonomía y cohesión.
- Expresa deseo de mejorar el mantenimiento de los límites entre los miembros de la familia.
- Expresa deseo de mejorar el nivel de energía de la familia para sustentar las actividades de la vida diaria.
- Expresa deseo de mejorar el patrón de comunicación.
- Expresa deseo de mejorar el respeto por los miembros de la familia.
- Expresa deseo de mejorar la adaptación familiar al cambio.
- Expresa deseo de mejorar la dinámica familiar.
- Expresa deseo de mejorar la interdependencia con la comunidad.
- Expresa deseo de mejorar la resiliencia familiar.
- Expresa deseo de mejorar la seguridad de los miembros de la familia.

Interrupción de los procesos familiares
(1982, 1998)

Definición
Cambio en las relaciones y/o en el funcionamiento familiar.

Características definitorias

- Alteración de la resolución de conflictos familiares.
- Alteración en la disponibilidad para las respuestas afectivas.
- Alteración en la intimidad.
- Alteración en la participación en la resolución de problemas.
- Alteración en la satisfacción familiar.
- Cambio en el patrón de relaciones.
- Cambio en la participación en la toma de decisiones.
- Cambio en la somatización.
- Cambio en las alianzas de poder.
- Cambio en las conductas de reducción del estrés.

Cambio en las expresiones de aislamiento respecto de los recursos comunitarios.
Cambio en las expresiones de conflicto con los recursos comunitarios.
Cambio en las tareas asignadas.
Cambio en los patrones de comunicación.
Cambio en las rutinas.
Disminución del apoyo mutuo.
Disminución en la disponibilidad de apoyo emocional.
Realización ineficaz de las tareas.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Factores relacionados

- Alteración en las finanzas familiares.
- Cambio de los roles familiares.

B Cambio de poder entre los miembros de la familia.

a Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia.

a Cambio en el estatus social de la familia.

Cambio en la interacción con la comunidad.
Crisis de desarrollo.
Crisis situacional.
Situaciones de transición.
Transición del desarrollo.

Riesgo de deterioro de la vinculación
(1994, 2008, 2013; NDE 2.1)

Definición
Vulnerabilidad a una interrupción del proceso interactivoentre los padres o persona significativa y el niño, proceso que fomenta el desarrollo de una relación de protección enriquecedora y reciproca.

Factores de riesgo

- Abuso de sustancias.
- Ansiedad.
- « Conducta desorganizada del niño.
- Conflicto parental a causa de la conducta desorganizada del niño.
- Falta de intimidad.
- Incapacidad de los padres para satisfacer las propias necesidades personales.
- La enfermedad del niño impide la iniciación eficaz del contacto parental.
- Obstáculos físicos (p. ej., niño en incubadora).
- Prematuridad.
- Separación de los padres y el niño.

Conflicto del rol parental
(1988)

Definición
Experiencia parental de confusión y conflicto en el rol en respuesta a una crisis.

Características definitorias

- Alteración en las rutinas del cuidador.
- Ansiedad.
- Culpabilidad.
- Frustración.
- Percepción de inadecuación para satisfacer las necesidades del niño (p. ej., físicas, emocionales).
- Percepción de pérdida de control sobre las decisiones relativas al niño.

Preocupación por la familia (p. ej., funcionamiento, comunicación, salud).
Preocupación sobre el cambio en el rol parental.
Resistencia a participar en las actividades habituales de cuidados.
Temor.

Factores relacionados

- Cambio en el estado civil.
- Cuidados domiciliarios de un niño con necesidades especiales.
- Interrupciones en la vida familiar a causa del régimen de cuidados domiciliarios (p. ej., tratamientos, cuidadores, falta de tiempo de descanso).

H Intimidación por tratamientos invasivos (p. ej., intubación).

Intimidación por tratamientos restrictivos (p. ej., aislamiento).
Separación entre los padres y el niño.
Vivir en un entorno no tradicional (p. ej., casa de acogida, grupo de cuidados, institución).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Desempeño ineficaz del rol
(1978, 1996, 1998)

Definición
Patrón de conducta y expresión propia que no concuerda con el contexto ambiental, las normas y las expectativas.

Características definitorias

- Acoso.
- Adaptación al cambio ineficaz.
- Alteración de la percepdón del rol.
- Ambivalencia del rol.
- Ansiedad.
- Apoyo externo insuficiente para la asunción del rol.
- Autogestión insuficiente. Cambio en el patrón habitual de responsabilidad.
- Cambio en la autopercepción del rol.
- Cambio en la capacidad de retomar el rol.
- Cambio en la percepción que los demás tienen del rol.
- Confianza insuficiente.
- Conflicto con el sistema.
- Conflicto del rol.
- Confusión del rol.
- Conocimiento insuficiente de los requisitos del rol.
- Depresión.
- Discriminación.
- Ejecución inefectiva del rol.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Expectativas de desarrollo inapropiadas.
- Habilidades insuficientes.
- Impotencia.
- Incertidumbre.
- Insatisfacción con el rol.
- Motivación insuficiente.
- Negación del rol.
- Oportunidades insuficientes para la asunción del rol.
- Pesimismo.
- Tensión en el desempeño del rol.
- Violencia doméstica.

Factores relacionados

Conocimientos

m Expectativas del rol poco realistas.

a Modelo de rol inadecuado.

H Nivel educativo bajo.

B Preparación insuficiente para el desempeño del rol (p. ej., transición del rol, ensayo de habilidades, validación).

Fisiológicos

- Abuso de sustancias.
- Alteración de la imagen corporal.
- Autoestima baja.
- Defecto neurológico.
- Depresión.
- Dolor.
- Enfermedad física.
- Fatiga.
- Problemas de salud mental (p. ej., depresión, psicosis, trastornos de la personalidad, abuso de sustancias).

Sociales

- Altas demandas del horario laboral.
- Conflicto.
- Económicamente desfavorecidos.
- Factores estresantes.
- Juventud.
- Nivel de desarrollo inapropiado para las exigencias del rol.
- Recompensa insuficiente.
- Recursos insuficientes (p. ej., económicos, sociales, conocimientos).
- Sistema de apoyo insuficiente.
- Socialización del rol insuficiente.
- Vinculación inapropiada con el sistema sanitario.
- Violencia doméstica.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Deterioro de la interacción social
(1986)

Definición

Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social.

Características definitorias

- Deterioro del funcionamiento social.
- Disconfort en situaciones sociales.
- Insatisfacción con los compromisos sociales (p. ej., pertenencia, cariño, interés, historia compartida).

Factores relacionados

- Aislamiento terapéutico.
- Alteración en el autoconcepto.
- Alteración en los procesos de pensamiento.
- Ausencia de personas significativas.
- Conocimiento insuficiente sobre cómo fomentar la reciprocidad.

- Interacción disfuncional con otras personas.
- La familia expresa cambios en la interacción (p. ej., estilo, patrón).

- Deterioro de la movilidad.
- Disonancia sociocultural.
- Habilidades insuficientes para mejorar la reciprocidad.
- Obstáculos ambientales.
- Obstáculos para la comunicación.

Relación ineficaz
(2010; NDE 2.1)

Definición
Patrón de colaboración mutua que es insuficiente para cubrir las necesidades del otro.

Características definitorias

- Apoyo insuficiente mutuo en las actividades de la vida diaria entre la pareja.
- Comprensión inadecuada de los compromisos de funcionamiento de la pareja (p. ej., físicos, psicológicos, sociales).
- Comunicación insatisfactoria con la pareja.
- Equilibrio insuficiente en la autonomía de la pareja.
- Equilibrio insuficiente en la colaboración entre la pareja.
- Insatisfacción con el cumplimiento de las necesidades emocionales entre la pareja.
- Insatisfacción con el cumplimiento de las necesidades físicas entre la pareja.
- Insatisfacción con el intercambio de ideas entre la pareja.
- Insatisfacción con el intercambio de información entre la pareja.
- Insatisfacción con la relación complementaria entre la pareja.
- La pareja no se identifica como la persona de apoyo.
- Respeto mutuo insuficiente entre la pareja.
- Retraso en la satisfacción de los objetivos de desarrollo apropiados para la etapa del ciclo vital de la familia.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Factores relacionados

- Abuso de sustancias.
- Alteración del funcionamiento cognitivo en un miembro de la pareja.
- Antecedentes de violencia doméstica.
- Crisis de desarrollo.
- Encarcelamiento de un miembro de la pareja.
- Expectativas poco realistas
- Factores estresantes.
- Habilidades comunicativas ineficaces.

wwvv.namla.oig

00207

Disposición para mejorar la relación

(2006, 2013; NDE 2.1)

Definición

Patrón de colaboración mutua para satisfacer las necesidades de cada uno, que puede ser reforzado.

Características definitorias

- Expresa deseo de mejorar el cumplimiento de las necesidades emocionales entre la pareja.
- Expresa deseo de mejorar el respeto mutuo entre la pareja.
- Expresa deseo de mejorar la autonomía entre la pareja.
- Expresa deseo de mejorar la colaboración entre la pareja.
- Expresa deseo de mejorar la comprensión de los déficits de funcionamiento del miembro de la pareja (p. ej., físicos, psicológicos, sociales).
- Expresa deseo de mejorar la comunicación entre la pareja.
- Expresa deseo de mejorar la satisfacción con el cumplimiento de las necesidades físicas para cada miembro de la pareja.
- Expresa deseo de mejorar la satisfacción con el intercambio de ideas entre la pareja.
- Expresa deseo de mejorar la satisfacción con el intercambio de información entre la pareja.
- Expresa deseo de mejorar la satisfacción de la relación complementaria entre la pareja.
- Expresa deseo de mejorar la satisfacción de las necesidades emocionales para cada miembro de la pareja.

Riesgo de relación ineficaz
(2010, 2013; NDE 2.1)

Definición
Vulnerable a desarrollar un patrón de colaboración mutua que es insuficiente para satisfacer las necesidades de cada uno.

Factores de riesgo

- Abuso de sustancias.
- Alteración del funcionamiento cognitivo en un miembro de la pareja.
- Antecedentes de violencia doméstica.
- Crisis de desarrollo.
- Encarcelamiento de un miembro de la pareja.
- Expectativas poco realistas.
- Factores estresantes.
- Habilidades comunicativas ineficaces.

vvvvw.namla.org

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

p
J

Dominio 8
Sexualidad

DOMINIO 8. SEXUALIDAD *Identidad sexual, función sexual y reproducción*		
Clase 1. Identidad sexual *Reconocerse como una persona específica en relación con la sexualidad y lo el género*		
Ninguno, por el momento		
Clase 2. Función sexual *Capacidad o habilidad para participar en actividades sexuales*		
Código	Diagnóstico	Página
00059	Disfunción sexual	305
00065	Patrón sexual ineficaz	306
Clase 3. Reproducción *Proceso por el cual se reproducen los seres humanos*		
Código	Diagnóstico	Página
00209	Riesgo de alteración de la diada matemo/fetal	307
00221	Proceso de maternidad ineficaz	308
00208	Disposición para mejorar el proceso de maternidad	310
00227	Riesgo de proceso de maternidad ineficaz	311

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.

Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Disfunción sexual (1980, 2006; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Alteración de la excitación sexual.
- Alteración de la satisfacción sexual.
- Alteración en la actividad sexual.
- Búsqueda de confirmación de ser deseable.
- Cambio en el interés hacia los demás.
- Cambio en el interés hacia sí mismo.
- Cambio en el rol sexual.
- Cambio no deseado en la función sexual.
- Disminución del deseo sexual.
- Percepción de limitación

Factores relacionados

- Abuso psicosocial (p. ej., control manipulación, abuso verbal).
- Alteración de la estructura corporal (a causa de anomalías, enfermedad, embarazo, radiación, cirugía, traumatismo, etc.).
- Alteración de la función corporal (a causa de una anomalía, enfermedad, medicación, embarazo, radiación, cirugía, traumatismo, etc.).

sexual.

- Ausencia de intimidad.
- Ausencia de personas significativas.
- Conflicto de valores.
- Conocimiento insuficiente sobre la función sexual.
- Información errónea sobre la función sexual.
- Modelo de rol inadecuado.
- Presencia de abuso (p. ej., físico, psicológico,

w ww.iianda.ii i g

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

sexual).
B Vulnerabilidad.

Patrón sexual ineficaz (1986, 2006; NDE2.1)

Definición
Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

Características definitorias

- Alteración de las relaciones con personas significativas.
- Alteración en la actividad sexual.
- Alteración en la conducta sexual.

Cambio en el rol sexual.
Conflicto de valores.
Dificultad con la actividad sexual.
Dificultad con la conducta sexual.

Factores relacionados

con la sexualidad.

- Ausencia de intimidad.
- Ausencia de personas significativas.
- Conflicto debido a preferencias cambiantes.
- Conflicto sobre la orientación sexual.
- Conocimiento insuficiente sobre alternativas relacionadas

Deterioro de la relación con una persona significativa.
Habilidades deficientes sobre alternativas relacionadas con la sexualidad.
Modelo de rol inadecuado.
Temor a las infecciones de transmisión sexual.
Temor al embarazo.

Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (2008, 2013; NDE2.1)

Definición

Vulnerabilidad a la alteración de la diada simbiótica materno/fetal como resultado de comorbilidad o afecciones relacionadas con el embarazo, que puede comprometer la salud del feto.

Factores de riesgo

- Abuso de sustancias.
- Alteración del metabolismo de la glucosa (p. ej., diabetes mellitus, uso de esteroides).
- Complicaciones del embarazo (p. ej., rotura prematura de membranas, placenta previa/ desprendimiento de placenta, gestación múltiple).
- Compromiso del transporte fetal de oxígeno (a causa de anemia, asma, enfermedad cardíaca, hipertensión, convulsiones, parto prematuro, hemorragia, etc.).
- Cuidados prenatales inadecuados.
- Presencia de abuso (p. ej., físico, psicológico, sexual).
- Régimen terapéutico.

w-. w.iiiimla.orií

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00221

Proceso de maternidad ineficaz

(2010; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

Después del nacimiento

- Acceso insuficiente a sistemas de apoyo.
- Conducta de vinculación insuficiente.
- Cuidados de los pechos inadecuados.
- Entorno inseguro para un lactante.

Estilo de vida en el posparto inadecuado (p. ej., eliminación, ejercicio, nutrición, higiene personal, sueño).
Técnicas de alimentación del bebé inadecuadas.
Técnicas de cuidado del bebé inadecuadas.

Durante el embarazo

- Acceso insuficiente a sistemas de apoyo.
- Cuidados prenatales inadecuados.
- Estilo de vida prenatal inadecuado (p. ej., eliminación, ejercicio, nutrición, higiene personal, sueño).
- Gestión ineficaz de los síntomas molestos durante el embarazo.

Planes de alumbramiento no realistas.
Preparación inadecuada de los objetos para el cuidado del recién nacido.
Preparación inadecuada del entorno domiciliario.
Respeto insuficiente por el bebé no nacido.

Durante el parto y el alumbramiento

- Acceso insuficiente a sistemas de apoyo.
- Conducta de vinculación insuficiente.
- Disminución de la proactividad durante el parto y alumbramiento.

Estilo de vida inadecuado para la etapa del parto (p. ej., eliminación, ejercicio, nutrición, higiene personal, sueño).
Respuesta inadecuada al inicio del parto.

Factores relacionados

- Abuso de sustancias.
- Confianza materna baja.
- Conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad.
- Cuidado prenatal insuficiente.
- Distrés psicológico materno.
- Embarazo no deseado.
- Embarazo no planificado.
- Entorno inseguro.
- Impotencia materna.
- Modelo de rol parental insuficiente.
- Nutrición materna inadecuada.
- Planes de alumbramiento no realistas.
- Sistema de apoyo insuficiente.
- Violencia doméstica.
- Visitas sanitarias prenatales inconsistentes.

www.natnla.org

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Disposición para mejorar el proceso de maternidad (2008, 2013; NDE 2.1)

Definición

Patrón de preparación y mantenimiento de un embarazo, parto y cuidado del recién nacido saludables, que puede ser reforzado.

Características definitorias

Después del nadmiento

- Expresa deseo de mejorar el cuidado de los pechos.
- Expresa deseo de mejorar el estilo de vida en el posparto (p. ej., eliminación, ejercicio, nutrición, higiene personal, sueño).
- Expresa deseo de mejorar el uso de sistemas de apoyo.

Expresa deseo de mejorar la conducta de vinculación.
Expresa deseo de mejorar la seguridad del entorno para el bebé.
Expresa deseo de mejorar las técnicas de alimentación del bebé.
Expresa deseo de mejorar las técnicas de cuidado del bebé.

Durante el embarazo

m Expresa deseo de mejorar los síntomas molestos durante el embarazo.

- Expresa deseo de mejorar el conocimiento sobre el proceso de maternidad.
- Expresa deseo de mejorar el estilo de vida prenatal (p. ej., eliminación, ejercicio, nutrición, higiene personal, sueño).

Expresa deseo de mejorar la preparación para el recién nacido.

Durante el parto y el alumbramiento

■ Expresa deseo de mejorar el estilo de vida apropiado para la fase del parto (p. ej., eliminación, ejercicio, nutrición, higiene personal, sueño).

Expresa deseo de mejorar la proactividad durante el parto y alumbramiento.

Dominio 8. *Sexualidad*

00227
Riesgo de proceso de maternidad ineficaz (2010, 2013; NDE 2.1)

Definición

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

Factores de riesgo

- Abuso de sustancias.
- Confianza materna baja.
- Conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad.
- Cuidado prenatal insuficiente.
- Distrés psicológico materno.
- Embarazo no deseado.
- Embarazo no planificado.
- Impotencia materna.
- Modelo de rol parental
- insuficiente.

Nutrición materna inadecuada.
Planes de alumbramiento no realistas.
Preparación cognitiva para la maternidad insuficiente.
Sistema de apoyo insuficiente.
Violencia doméstica.
Visitas sanitarias prenatales inconsistentes.

vvvvw.iKimla.org

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Dominio 9
Afrontamiento/tolerancia al estrés

DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS *Convivir con los eventos/procesos vitales*		
Clase 1. Respuestas postraumáticas *Reacciones tras un trauma físico o psicológico*		
Código	Diagnóstico	Página
00114	Síndrome de estrés del traslado	315
00149	Riesgo de síndrome de estrés del traslado	316
00142	Síndrome del trauma posviolación	317
00141	Síndrome postraumático	318
00145	Riesgo de síndrome postraumático	320
Clase 2. Respuestas de afrontamiento *Procesos de gestión del estrés del entorno*		
Código	Diagnóstico	Página
00137	Aflicción crónica	321
00071	Afrontamiento defensivo	322
00069	Afrontamiento ineficaz	323
00158	Disposición para mejorar el afrontamiento	324
00077	Afrontamiento ineficaz de la comunidad	325
00076	Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad	326

NANDA International. Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
©2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.

Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Clase 2. Respuestas de afrontamiento *(cont.)*		
Código	Diagnóstico	Página
00074	Afrontamiento familiar comprometido	327
00073	Afrontamiento familiar incapacitante	329
00075	Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	330
00146	Ansiedad	331
00147	Ansiedad ante la muerte	333
00136	Duelo	334
00135	Duelo complicado	335
00172	Riesgo de duelo complicado	336
00177	Estrés por sobrecarga	337
00072	Negación ineficaz	338
00199	Planificación ineficaz de las actividades	339
00226	Riesgo de planificación ineficaz de las actividades	340
00187	Disposición para mejorar el poder	341
00125	Impotencia	342
00152	Riesgo de impotencia	343
00241	Deterioro de la regulación del estado de ánimo	344
00210	Deterioro de la resiliencia	345
00212	Disposición para mejorar la resiliencia	346
00211	Riesgo de deterioro de la resiliencia	347
00148	Temor	348
Clase 3. Estrés neurocomportamental *Respuestas comportamentales que reflejan la función nerviosa y cerebral*		
Código	Diagnóstico	Página
00049	Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	350
00116	Conducta desorganizada del lactante	351
00115	Riesgo de conducta desorganizada del lactante	353
00117	Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante	354
00009	Disreflexia autónoma	355
00010	Riesgo de disreflexia autónoma	356

00114

Síndrome de estrés del traslado

(1992, 2000)

Definición

Trastorno físico y/o psicológico tras el traslado de un entorno a otro.

Características definitorias

- Abandono.
- Alienación.
- Ansiedad (00146).
- Aumento de enfermedades.
- Aumento de la verbalización de necesidades.
- Aumento de los síntomas físicos.
- Autoestima baja.
- Cambios en el patrón de sueño.
- Dependencia.
- Depresión.
- Deseo de soledad.
- Frustración.
- Inseguridad.
- Ira.
- No tiene deseos de trasladarse.
- Pérdida de identidad.
- Pérdida de la autoestima.
- Pesimismo.
- Preocupación.
- Preocupación por el traslado.
- Soledad.
- Temor (00148).

Factores relacionados

- Aislamiento social.
- Antecedente de pérdida.
- Barreras lingüísticas.
- Deterioro del funcionamiento
- psicosocial.
- Estado de salud comprometido.
- Estrategias de afrontamiento
- ineficaces.
- Impotencia.
- Imprevisibilidad de la experiencia.
- Orientación insuficiente antes del traslado.
- Sistema de apoyo insuficiente.
- Traslado de un entorno a otro.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00149

Riesgo de síndrome de estrés del traslado (2000, 2013)

Definición

Vulnerable a sufrir un trastorno físico y/o psicológico tras el traslado de un entorno a otro, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Antecedentes de pérdida.
- Cambio de entorno significativo.
- Competencia mental deficiente.
- Estado de salud comprometido.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Impotencia.
- Imprevisibilidad de la experiencia.
- Orientación insuficiente antes del traslado.
- Sistema de apoyo insuficiente.
- Traslado de un entorno a otro.

00142

Síndrome del trauma posviolación

(1980, 1998)

Definición

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

Características definitorias

- Abuso de sustancias.
- Agitación.
- Agresión.
- Ansiedad (00146).
- Antecedentes de intento de suicidio.
- Autoculpabilización.
- Autoestima baja.
- Cambio en la(s) relación(es).
- Cambios de humor.
- Cambios en el patrón de sueño.
- Confusión.
- Culpabilidad.
- Dependencia.
- Depresión.
- Desconcierto.
- Desorganización.
- Deterioro en la toma de decisiones.
- Disfunción sexual (00059).

Espasmo muscular.
Estados de hiperalerta.
Fobias.
Humillación.
Impotencia (00125).
Indefensión.
Ira.
Negación.
Paranoia.
Pensamientos de venganza.
Percepción de vulnerabilidad.
Pesadillas.
Shock.
Temor (00148).
Tensión muscular.
Trastorno disociativo de la identidad.
Traumatismo físico.
Vergüenza.

Factores relacionados

- Violación.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

00141

Síndrome postraumático

(1986, 1998, 2010; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Abuso de sustancias.
- Agresión.
- Alienación.
- Alteración en la concentración.
- Amnesia disociativa.
- Ansiedad (00146).
- Antecedentes de desvinculación.
- Ataques de pánico.
- Cambios de humor.
- Cefaleas.
- Conducta compulsiva.
- Conductas de evitación.
- Culpabilidad.
- Depresión.
- Desesperanza (00124).
- Duelo (00136).
- Enuresis.

Flashbacks.
Hipervigilancia.
Horror.
Ira.
Irritabilidad.
Irritabilidad neurosensorial.
Irritación gastrointestinal.
Manifiesta sentirse entumecido.
Negación.
Palpitaciones cardíacas.
Pensamientos inquietantes.
Pesadillas.
Rabia.
Represión.
Respuesta de alarma exagerada.
Sueños inquietantes.
Temor (00148).
Vergüenza.

Factores relacionados

- Accidente grave (p. ej., industrial, vehículo a motor).
- Acontecimientos fuera de la gama de experiencias humanas habituales.
- Amenaza grave a persona querida.
- Amenaza grave a sí mismo.
- Antecedentes de abuso (p. ej., físico, psicológico, sexual).
- Antecedentes de haber sido prisionero de guerra.
- Antecedentes de haber sido víctima de delincuencia.
- Antecedentes de tortura.
- Conducta autolesiva.
- Destrucción del propio hogar.

Exposición a acontecimientos que implican múltiples muertes.
Exposición a desastres (naturales o causados por el hombre).

m Exposición a epidemias.
B Exposición a la guerra.
- Lesión grave a persona querida.
- Presenciar una muerte violenta.
- Presenciar una mutilación.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00145
Riesgo de síndrome postraumático
(1998, 2013)

Definición

Vulnerabilidad a la persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Apoyo social insuficiente.
- Desplazamiento del hogar.
- Disminución de la fortaleza del ego.
- Duración del acontecimiento traumático.
- Entorno no favorable a las necesidades.
- Percepción del acontecimiento como traumático.
- Profesionales al servicio de la comunidad (p. ej., policía, bombero, rescate, correccionales, servicios de urgencias, salud mental).
- Rol de superviviente.
- Sentido de la responsabilidad exagerado.

00137

Aficción crónica

(1998)

Definición

Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza generalizada experimentado (por un padre o madre, cuidador, persona con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.

Características definitorias

- Sentimientos negativos abrumadores.
- Sentimientos que interfieren con el bienestar (p. ej,, personal, social).
- Tristeza (p. ej., periódica, recurrente).

Factores relacionados

- Cantidad de tiempo como cuidador.
- Crisis en la gestión de la discapacidad.
- Crisis en la gestión de la enfermedad.
- Crisis relacionada con la etapa de desarrollo.

Discapacidad crónica (p. ej., física, mental).
Enfermedad crónica.
Hitos perdidos.
Muerte de persona significativa.
Oportunidades perdidas.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00071

Afrontamiento defensivo

(1988, 2008; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

Actitud de superioridad respecto a los demás.
Alteración en la evaluación de la realidad.
Dificultad en el establecimiento de relaciones.
Dificultad en el mantenimiento de relaciones.
Distorsión de la realidad.
Grandiosidad.
Hipersensibilidad a la descortesía.
Hipersensibilidad a las críticas.
Negación de debilidades.
Negación de problemas.
Participación insuficiente en el tratamiento.
Proyección de la culpa.
Proyección de la responsabilidad.
Racionalización de los fracasos.
Ridiculización de los demás.
Risa hostil.
Seguimiento insuficiente del tratamiento.

Factores relacionados

- Autoconfianza insuficiente.
- Confianza insuficiente en los demás.
- Conflicto entre la
- autopercepción y el sistema de valores.
- Expectativas irreales sobre uno mismo.

Incertidumbre.
Resiliencia insuficiente.
Sistema de apoyo insuficiente.
Temor a la humillación.
Temor a las repercusiones.
Temor al fracaso.

vvww.nnnda.oi

00069

Afrontamiento ineficaz
(1978, 1998)

Definición
Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

Características definitorias

- Abuso de sustancias.
- Acceso insuficiente a apoyo social.
- Alteración en la concentración.
- Cambio en los patrones de comunicación.
- Cambios en el patrón de sueño.
- Capacidad de resolución de problemas insuficiente.

B Conducta de riesgo.

H Conducta destructiva hacia los demás.

- Conducta destructiva hacia sí mismo.
- Conducta dirigida al objetivo insuficiente.
- Dificultad para organizar la información.
- Enfermedades frecuentes.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Fatiga.
- Habilidades de resolución de problemas insuficientes.

Incapacidad para atender a la información.

- Incapacidad para manejar la situación.
- Incapacidad para pedir ayuda.
- Incapacidad para satisfacer las expectativas del rol.

H Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas.

Factores relacionados

- Alto grado de amenaza.
- Apoyo social insuficiente.
- Confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación.
- Crisis madurativa.
- Crisis situacional.
- Diferencias de sexo en estrategias de afrontamiento.
- Estrategias de relajación de la tensión ineficaces.
- Imprecisión en la apreciación de la amenaza.
- Incapacidad para conservar la energía adapta ti va.
- Incertidumbre.
- Oportunidades inadecuadas para prepararse para los estresores.

B Recursos inadecuados.

a Sentido de control insuficiente.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00158

Disposición para mejorar el afrontamiento

(2002, 2013; NDE 2.1)

Definición

Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para gestionar las demandas relacionadas con el bienestar, que puede ser reforzado.

Características definitorias

Expresa deseo de mejorar el

- Es consciente de posibles cambios ambientales.
- Expresa deseo de mejorar el apoyo social.
- Expresa deseo de mejorar el conocimiento sobre las estrategias de gestión del estrés.
- Expresa deseo de mejorar el manejo de los estresores.
- uso de estrategias orientadas a las emociones.
- Expresa deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a los problemas.
- Expresa deseo de mejorar el uso de los recursos espirituales.

00077

Afrontamiento ineficaz de la comunidad

(1994, 1998)

Definición

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

Características definitorias

- Conflictos excesivos en la comunidad.
- Estrés excesivo.
- Incidencia alta de problemas en la comunidad (p. ej., homicidios, vandalismo, terrorismo, robos, abusos, desempleo, pobreza, activismo, enfermedad mental).

índice de enfermedad elevado en la comunidad.
La comunidad no satisface las expectativas de sus miembros.
Participación comunitaria deficiente.
Percepción de impotencia en la comunidad.
Percepción de vulnerabilidad en la comunidad.

Factores relacionados

- Antecedentes de desastres (p. ej., naturales, causados por el hombre).
- Ausencia de organización comunitaria.
- Exposición a desastres (naturales o causados por el hombre).

Recursos comunitarios insuficientes (p. ej., períodos de descanso, recursos recreativos, apoyo social).
Recursos inadecuados para la resolución de problemas.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00076
Disposición para mejorar el frontamiento de la comunidad
(1994, 2013)

Definición

Patrón de actividades de la comunidad para la adaptación y solución de problemas que resulta adecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad, que puede ser reforzado.

Características definitorias

- Expresa deseo de mejorar la accesibilidad a programas de relajación para la comunidad.
- Expresa deseo de mejorar la accesibilidad a programas recreativos para la comunidad.
- Expresa deseo de mejorar la comunicación entre los subgrupos y la comunidad total.
- Expresa deseo de mejorar la comunicación entre los miembros de la comunidad.
- Expresa deseo de mejorar la planificación de estresores predecibles en la comunidad.
- Expresa deseo de mejorar la resolución de problemas para situaciones identificadas.
- Expresa deseo de mejorar la responsabilidad de la comunidad para gestionar el estrés.
- Expresa deseo de mejorar los recursos de la comunidad para gestionar los estresores.

00074
Afrontamiento familiar comprometido
(1980, 1996)

Definición
Una persona de referencia que habitualmente brinda apoyo (familiar, persona significativa o amigo íntimo), proporcionando confort, ayuda o estímulo, o una asistencia o estímulo necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en la salud, lo hace de manera insuficiente o ineficaz, o dicho apoyo se ve comprometido.

Características definitorias

- Conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las habilidades del paciente.
- Conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía del paciente.
- El paciente expresa una queja por la respuesta de la persona de referencia al problema de salud.
- La persona de referencia abandona al paciente.
- La persona de referencia manifiesta comprensión inadecuada que interfiere en las conductas eficaces.
- La persona de referencia manifiesta conocimiento insuficiente que interfiere en las conductas eficaces.
- La persona de referencia manifiesta preocupación por las propias reacciones ante las necesidades del paciente.
- Las conductas de asistencia de la persona de apoyo producen resultados insatisfactorios.
- Limitación de la comunicación entre la persona de referencia y el paciente.
- Preocupación del paciente por la respuesta de la persona de referencia al problema de salud.

Factores relacionados

- Agotamiento de la capacidad de apoyo de la persona de referencia.
- Apoyo insuficiente del paciente a la persona de referencia.
- Apoyo recíproco insuficiente.
- Cambio en el rol familiar.
- Comprensión errónea de la información por la persona de referencia.
- Comprensión insuficiente de la información por la persona de referencia.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Crisis de desarrollo experimentada por la persona de referencia.
- Desorganización familiar.
- Enfermedad prolongada que agota la capacidad de la persona de referencia.
- Información disponible para la persona de referencia insuficiente.
- Información errónea obtenida por la persona de referencia.
- La persona de referencia enfrenta una crisis situacional.
- Preocupación de la persona de referencia por cuestiones ajenas a la familia.
- Situaciones coexistentes que afectan a la persona de referencia.

00073
Afrontamiento familiar incapacitante
(1980, 1996, 2008; NDE 2.1)

Definición
Conducta de una persona de referencia (familiar, persona significativa o amigo íntimo) que inhabilita sus propias capacidades y las del paciente para abordar de forma eficaz las tareas esenciales para la adaptación de uno de ellos al cambio en la salud.

Características definitorias

- Abandono.
- Adopta los síntomas de enfermedad del paciente.
- Agitación.
- Agresión.
- Conductas de los familiares perjudiciales para el bienestar.
- Dependencia del paciente.
- Depresión.
- Desamparo.
- Desatención a las relaciones con el miembro de la familia.
- Desatención al régimen terapéutico.
- Desatención de las necesidades básicas del paciente.
- Deterioro de la habilidad para estructurar una vida con sentido.
- Deterioro de la individualización.
- Distorsión de la realidad sobre el problema de salud del paciente.
- Hiperatención prolongada al paciente.
- Hostilidad.
- Indiferencia hacia las necesidades del paciente.
- Intolerancia.
- Realización de las rutinas sin tener en cuenta las necesidades del paciente.
- Rechazo.
- Síntomas psicosomáticos.

Factores relacionados

- Estilos de afrontamiento diferentes entre la persona de referencia y el paciente.
- Estilos de afrontamiento diferentes entre las personas de referencia.
- Gestión incoherente de la oposición de la familia al tratamiento.
- Relaciones familiares ambivalentes.
- Sentimientos no expresados de forma crónica por la persona de referencia.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00075

Disposición para mejorar el afrontamiento familiar

(1980, 2013)

Definición

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 deseo de conectar con otros que hayan experimentado una situación similar.
Expresa deseo de escoger experiencias que optimicen el bienestar.
Expresa deseo de mejorar el enriquecimiento del estilo de vida.

- Expresa deseo de mejorar la promoción de la salud.
- Expresa deseo de reconocer el impacto de la crisis en el crecimiento.

Ansiedad
(1973, 1982, 1998)

Definición
Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es ¡nespecífico 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

Afectivas
- Angustia.
- Aprensión.
- Arrepentimiento.
- Atención centrada en el yo.
- Aumento de la desconfianza.
- Incertidumbre.
- Indefensión.
- Irritabilidad.
- Nerviosismo.
- Sentimiento de insuficiencia.
- Sobreexcitación.
- Sufrimiento.
- Temor.
- Trastornado.

Cognitivas
- Alteración de la atención.
- Alteración en la concentración.
- Bloqueo de pensamientos.
- Cavilación.
- Conciencia de los síntomas fisiológicos.
- Confusión.
- Disminución de la habilidad de aprendizaje.
- Disminución de la habilidad para resolver problemas.
- Disminución del campo perceptivo.
- Falta de memoria.
- Preocupación.
- Tendencia a culpar a los demás.

Conductuales
- Conducta de exploración.
- Contacto visual escaso.
- Disminución de la productividad.
- Hipervigilancia.

B Impaciencia.
- Inquietud.
- Insomnio.
- Lanzar miradas alrededor.
- Movimientos extraños.
- Preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Fisiológicas

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

Parasimpáticas

m Cambios en el patrón de sueño.
- Diarrea.
- Dificultad para iniciar el chorro de orina.
- Disminución de la frecuencia cardíaca.
- Disminución de la presión arterial.
- Dolor abdominal.
- Fatiga.
- Frecuencia urinaria.
- Hormigueo en las extremidades.
- Mareos.
- Náuseas.
- Urgencia urinaria.

Simpáticas
- Alteración del patrón respiratorio.
- Diarrea.
- Dilatación pupilar.
- Excitación cardiovascular.
- Palpitaciones.

Factores relacionados
- Abuso de sustancias.
- Amenaza al estatus habitual.
- Amenaza de muerte.
- Antecedentes familiares de ansiedad.
- Conflicto de valores.
- Conflicto entre los objetivos vitales.
- Contagio interpersonal.
- Crisis madurativa.
- Crisis situacional.
- Exposición a toxinas.
- Factores estresantes.
- Grandes cambios (p. ej., estatus económico, entorno, estado de salud, rol, consideración social del rol).
- Herencia.
- Necesidades no satisfechas.
- Transmisión interpersonal.

- Anorexia.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Aumento de la tensión arterial.
- Debilidad.
- Palpitaciones cardíacas.
- Reflejos enérgicos.
- Rubor facial.
- Sequedad de boca.
- Vasoconstricción superficial.

00147

Ansiedad ante la muerte

(1998, 2006; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Impotencia.
- Pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía.
- Preocupación por el impacto de la propia muerte sobre las personas significativas.
- Preocupación por la sobrecarga del cuidador.
- Temor a la pérdida de las capacidades mentales durante la agonía.
- Temor a un proceso de agonía prolongado.
- Temor a una muerte prematura.
- Temor al desarrollo de una enfermedad terminal.
- Temor al dolor relacionado con la agonía.
- Temor al proceso de agonía.
- Temor al sufrimiento relacionado con la agonía.
- Tristeza profunda.

Factores relacionados

- Anticipación de las consecuencias adversas de la anestesia.
- Anticipación del dolor.
- Anticipación del impacto de la muerte sobre los demás.
- Anticipación del sufrimiento.
- Confrontación de la realidad de la enfermedad terminal.
- Discusiones sobre el tema de la muerte.
- Experiencia cercana a la muerte.
- Experimentar el proceso de agonía.
- Incertidumbre sobre el encuentro con un poder superior.
- Incertidumbre sobre el pronóstico.
- Incertidumbre sobre la existencia de un poder superior.
- Incertidumbre sobre la vida después de la muerte.
- No aceptación de la propia mortalidad.
- Observaciones de hechos relacionados con la muerte.
- Percepción de muerte inminente.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00136

Duelo
(1980, 1996, 2006; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Alteración en el funcionamiento inmunitario.
- Alteración en el funcionamiento neuroendocrino .
- Alteración en el nivel de actividad.
- Alteración en el patrón de sueño.
- Búsqueda del significado de la pérdida.
- Cambios en el patrón de sueño.
- Conducta de pánico.
- Crecimiento personal.
- Culpabilidad por la sensación de alivio.
- Culpabilización.
- Desapego.
- Desesperación.
- Desorganización.
- Distrés psicológico.
- Dolor.
- Ira.
- Mantener una conexión con el fallecido.
- Sufrimiento.
- Muerte de persona significativa
- Pérdida de objeto significativo (p. ej., posesión, trabajo, estatus, casa, parte del cuerpo).

Factores relacionados

- Anticipación de la pérdida de objetos significativos (p. ej., posesiones, trabajo, estatus).
- Anticipación de la pérdida de personas significativas.

vv vww.n.Hiela.ni g

00135

Duelo complicado

(1980, 1986, 2004, 2006; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Anhelo de la persona fallecida.
- Ansiedad.
- Autoculpabilización.
- Búsqueda de la persona fallecida.
- Cavilación.
- Depresión.
- Desconfianza.
- Disminución en el desempeño de los roles vitales.
- Distrés traumático.
- Estrés excesivo.
- Evitación del duelo.
- Experimenta síntomas que había padecido el fallecido.
- Fatiga.
- Incredulidad.
- Ira.
- Malestar en relación con la persona fallecida.
- Niveles bajos de intimidad.
- No aceptación de la muerte.
- Persistentes recuerdos dolorosos.
- Preocupación con pensamientos sobre la persona fallecida.
- Sensación de bienestar insuficiente.
- Sentimiento de shock.
- Sentimiento de vado.
- Sentirse abrumado.
- Sentirse aturdido.
- Sentirse desvinculado de los demás.
- Sufrimiento por la separadón.

Factores relacionados

- Alteración emocional.
- Apoyo social insuficiente.
- Muerte de persona significativa.

v r. . rUIHIa.OI•:

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00172
Riesgo de duelo complicado
(2004, 2006, 2013; NDE 2.1)

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

Factores de riesgo

- Alteración emocional.
- Apoyo social insuficiente.
- Muerte de una persona significativa.

vvvv.niUH.Li.>! g

00177

Estrés por sobrecarga

(2006; NDE 3.2)

Definición

Excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción.

Características definitorias

- Aumento de conductas coléricas.
- Aumento de la impaciencia.
- Aumento de la ira.
- Deterioro del funcionamiento.
- Deterioro en la toma de decisiones.
- Estrés excesivo.
- Impacto negativo del estrés (p. ej., síntomas físicos, distrés psicológicos, sensación de malestar).
- Sensación de presión.
- Tensión.

Factores relacionados

- Estresores repetidos.
- Factores estresantes.
- Recursos insuficientes (p. ej., económicos, sociales, conocimientos).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00072

Negación ineficaz

(1988, 2006; NDE2.1)

Definición

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

- Desplaza el origen de los síntomas.
- Desplaza el temor del impacto de la afección.
- Emociones inapropiadas.
- Minimiza los síntomas.
- Negación del temor a la invalidez.
- Negación del temor a la muerte.
- No acepta el impacto de la enfermedad sobre la vida.
- No percibe la relevancia de los síntomas.
- Estrés excesivo.

Factores relacionados

- Amenaza de una realidad desagradable.
- Ansiedad.
- Apoyo emocional insuficiente.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.

- No percibe la relevancia del peligro.
- Rechaza los cuidados sanitarios.
- Retraso en la búsqueda de atención sanitaria.
- Usa comentarios de rechazo al hablar de acontecimientos dolorosos.
- Usa gestos de rechazo al hablar de acontecimientos dolorosos.
- Usa tratamientos no prescritos por profesionales de la salud.
- Percepción de incapacidad al tratar con emociones fuertes.
- Sentido de control insuficiente.
- Temor a la muerte.
- Temor a la pérdida de autonomía.
- Temor a la separación.

00199

Planificación ineficaz de las actividades

(2008; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Ansiedad excesiva sobre la tarea a realizar.
- Ausencia de un plan.
- Falta de logros para la tarea elegida.
- Habilidades organizativas insuficientes.
- Patrón de dilación.
- Patrón de fracasos.
- Preocupación por la tarea a realizar.
- Recursos insuficientes (p. ej., económicos, sociales, conocimientos).
- Temor a la tarea a realizar.

Factores relacionados

- Apoyo social insuficiente.
- Conducta de huida cuando se enfrenta a la solución propuesta.
- Habilidad insuficiente para procesar la información.
- Hedonismo.
- Percepción no realista de las habilidades personales.
- Percepción no realista del acontecimiento.

www.n.t! «la -m»

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00226

Riesgo de planificación ineficaz de las actividades

(2010, 2013; NDE 2.1)

Definición

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

- Apoyo social insuficiente.
- Conducta de huida cuando se enfrenta a la solución propuesta.
- Habilidad insuficiente para procesar la información.
- Hedonismo.
- Patrón de dilación.
- Percepción no realista de las habilidades personales.
- Percepción no realista del acontecimiento.

"i':,1 ■!-«

00187

Disposición para mejorar el poder

(2006, 2013; NDE 2.1)

Definición

Patrón de participación consciente en el cambio para el bienestar, que puede ser reforzado.

Características definitorias

- Expresa deseo de aumentar el poder.
- Expresa deseo de mejorar el conocimiento para participar en el cambio.
- Expresa deseo de mejorar la consciencia sobre posibles cambios.
- Expresa deseo de mejorar la identificación de las elecciones que se pueden realizar para el cambio.
- Expresa deseo de mejorar la implicación en el cambio.
- Expresa deseo de mejorar la independencia en las acciones para el cambio.
- Expresa deseo de mejorar la participación en las elecciones de ia vida diaria.
- Expresa deseo de mejorar la participación en las elecciones para la salud.

vvvvvv.namia.org

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00125

Impotencia

(1982, 2010; NDE 2.1)

Definición

Experiencia vivida de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.

Características definitorias

- Alienación.
- Dependencia.
- Depresión.
- Dudas sobre la ejecución del rol.
- Frustración por la incapacidad para realizar actividades previas.
- Participación inadecuada en el cuidado.
- Sentido de control insuficiente.
- Vergüenza.

Factores relacionados

- Entorno institucional disfuncional.
- Interacciones interpersonales insuficientes.

Régimen terapéutico complejo.

00152
Riesgo de impotencia
(2000, 2010, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a vivir una experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Ansiedad.
- Apoyo social insuficiente.
- Autoestima baja.
- Conocimiento insuficiente para gestionar una situación.
- Dolor.
- Económicamente desfavorecidos.
- Enfermedad.
- Enfermedad progresiva.
- Estigmatización.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Imprevisibilidad de la evolución de la enfermedad.
- Marginalización social.
- Rol de cuidador.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00241

Deterioro de la regulación del estado de ánimo

(2013; NDE 2.1)

Definición

Estado mental caracterizado por cambios de humor o afecto, formado por una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y/o fisiológicas que varían de leves a graves.

u”.v v n¿m<lu.cn'

Características definitorias

- Abandono.
- Actitud triste.
- Agitación psicomotora.
- Autoconciencia excesiva.
- Autoestima afectada.
- Autoinculpación excesiva.
- Cambios en la conducta verbal.
- Culpa excesiva.
- Desesperanza.
- Desinhibición.
- Deterioro de la concentración.
- Disforia.
- Irritabilidad.
- Pensamientos de huida.
- Retraso psicomotor.

Factores relacionados

- Aislamiento social.
- Ansiedad.
- Cambio en el apetito.
- Cambios en el patrón de sueño.
- Cambios en el peso.
- Deterioro del funcionamiento social.
- Deterioro funcional.
- Dolor.
- Enfermedad crónica.
- Hipervigilancia.
- Pensamientos recurrentes de muerte.
- Pensamientos recurrentes de suicidio.
- Psicosis.
- Soledad.
- Uso inadecuado de sustancias.

Deterioro de la resiliencia (2008; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Aislamiento social.
- Autoestima baja.
- Culpabilidad.
- Depresión.
- Deterioro del estado de salud.
- Disminución del interés en actividades académicas.
- Disminución del interés en actividades vocacionales.
- Elevación renovada del distrés.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Vergüenza.

Factores relacionados

- Abuso de sustancias.
- Capacidad intelectual baja.
- Características demográficas que aumentan la posibilidad de desadaptación.
- Control insuficiente de los impulsos.
- Económicamente desfavorecidos.
- Enfermedad mental parental.
- Exposición a violencia.
- Familia numerosa.
- Minoría étnica.
- Nivel educativo materno bajo.
- Percepción de vulnerabilidad.
- Rol parental inconsistente.
- Sexo femenino.
- Trastorno psicológico.
- Violencia en la comunidad.

wvvw'.n.i mla.org

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00212
Disposición para mejorar la resiliencia
(2008, 2013; NDE2.1)

Definición

Patrón de respuesta positiva ante una situación adversa o crisis, que puede ser reforzado.

Características definitorias

- Expresa deseo de mejorar el establecimiento de objetivos.
- Expresa deseo de mejorar el progreso hacia los objetivos.
- Expresa deseo de mejorar el sistema de apoyo.
- Expresa deseo de mejorar el uso de estrategias de gestión de conflictos.
- Expresa deseo de mejorar el uso de habilidades de afrontamiento.
- Expresa deseo de mejorar el uso de recursos.
- Expresa deseo de mejorar la asunción de responsabilidad por las propias acciones.
- Expresa deseo de mejorar la autoestima.
- Expresa deseo de mejorar la implicación en las actividades.
- Expresa deseo de mejorar la perspectiva positiva.
- Expresa deseo de mejorar la resiliencia.
- Expresa deseo de mejorar la seguridad del entorno.
- Expresa deseo de mejorar la sensación de control.
- Expresa deseo de mejorar las habilidades de comunicación.
- Expresa deseo de mejorar las relaciones con los demás.
- Expresa deseo de mejorar los recursos disponibles.

00211

Riesgo de deterioro de la resiliencia

(2008, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a una disminución de la habilidad para mantener un patrón de respuesta positiva ante una situación adversa o crisis, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Coexistencia de múltiples situaciones adversas.
- Cronicidad de la crisis existente.
- Nueva crisis (p. ej., embarazo no planificado, pérdida del hogar, muerte de un miembro de la familia).

www.naiwlíMírg

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00148

Temor
(1980, 1996, 2000)

Definición

Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Características definitorias

Aprensión.
Aumento de la tensión.
Aumento de la tensión arterial.
Dilatación pupilar.
Disminución de la seguridad en sí mismo.
Exaltado.
Impaciencia.
Náuseas.
Palidez.
Sentimiento de alarma.
Sentimiento de pánico.
Sentimiento de pavor.
Sentimiento de temor.
Sentimiento de terror.
Tensión muscular.
Vómitos.

Cognitivas

- Disminución de la capacidad de aprendizaje.
- Disminución de la capacidad de resolución de problemas.
- Disminución de la productividad.
- Identifica el objeto del temor.
- Los estímulos se consideran una amenaza.

Conductuales

- Aumento de la alerta.
- Conductas de ataque.
- Conductas de evitación.
- Focalización limitada a la fuente de temor.
- Impulsividad.

Fisiológicas

- Anorexia.
- Aumento de la sudoración.
- Cambio en la respuesta fisiológica (p. ej., tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, y dióxido de carbono final-tital [COJ).
- Diarrea.
- Disnea.
- Fatiga.
- Sequedad de boca.

Factores relacionados

- Barreras lingüísticas.
- Déficit sensorial (p. ej., visual, auditivo).
- Entorno desconocido.
- Estímulos fóbicos.
- Mecanismos desencadenantes innatos a estímulos externos (p. ej., neuretransmisores).
- Respuesta aprendida.
- Respuesta innata a estímulos (p. ej., ruido súbito, altura).
- Separación del sistema de apoyo.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

00049

Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal
(1994)

Definición

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

- Aumento desproporcionado de la presión intracraneal (PIC) tras un estímulo.
- Aumento repetido de la presión intracraneal (PIC) >10 mmHg durante >5 minutos tras un *u* estímulo externo.
- Curva tidal de presión intracraneal elevada (P2 PIC).

Factores relacionados

- Aumento sostenido de la presión intracraneal (PIC) de 10-15 mmHg.
- Disminución de la perfusión cerebral £50-60 mmHg.
- Hipotensión sistémica con hipertensión intracraneal.

- Ensanchamiento de la curva de presión intracraneal (PIC).
- Presión intracraneal basal (PIC) ¿10 mmHg.
- Variación en la prueba de respuesta volumen/presión (relación volumen/presión, 2; índice volumen/presión <10).

- Lesión cerebral (p. ej., deterioro cerebrovascular, enfermedad neurológica, traumatismo, tumor).

00116

Conducta desorganizada del lactante
(1994, 1998)

Definición
Falta de integración de las respuestas fisiológicas y neurocomportamentales del lactante respecto al entorno.

Características definitorias

Fisiológicas

m Arritmia.
- Bradicardia.
- Color de la piel anormal (p. ej., pálida, oscura, cianótica).
- Desaturación de oxígeno.
- Intolerancia a la alimentación.
- Señales extemporáneas (p. ej., mirada, hipo, tos, estornudos, mandíbula floja, boca abierta, lengua colgando).
- Taquicardia.

Problemas de regulación

- Incapacidad para inhibir el sobresalto.
- Irritabilidad.

Sistema atención-interacción

m Deterioro de la respuesta a los estímulos sensoriales (p. ej., dificultad para calmarlo, incapaz de mantener el estado de alerta).

Sistema estado-organización

m Actividad alfa difusa en el electroencefalograma (EEG) con los ojos cerrados.
- Activo-despierto (p. ej., mirada preocupada, nerviosa).
- Llanto irritable.
- Oscilación del estado.
- Quieto-despierto (p. ej., mirada fija, aparta la mirada).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

Sistema motor

- Alteración de los reflejos primarios.
- Dedos extendidos.
- Deterioro del tono motor.
- Hiperextensión de las extremidades.
- Impaciencia.
- Manos en la cara.
- Movimientos descoordinados.
- Palpitaciones.
- Puños apretados.
- Respuesta de alarma exagerada.
- Temblor.

Factores relacionados

Ambientales

- Contención insuficiente en el entorno.
- Entorno físico inadecuado.
- Estimulación sensorial insuficiente.
- Privación sensorial.
- Sobrestimulación sensorial.

Cuidador

- Conocimiento insuficiente de las señales conductuales.
- Interpretación errónea de los indicadores.
- Sobrestimulación del entorno.

Del lactante

- Enfermedad.
- Funcionamiento neurológico inmaduro.
- Menor edad gestacional.
- Prematuridad.

Postnatales

- Deterioro del funcionamiento motor.
- Deterioro oral.
  Dolor.
- Intolerancia a la alimentación.
- Malnutrición.
- Procedimiento invasivo.

Prenatales

- Exposición a teratógenos.
- Trastorno congénito.
- Trastorno genético.

00115
Riesgo de conducta desorganizada del lactante
(1994, 2013)

Definición

Vulnerable a sufrir una alteración en la integración y modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y conductual (p. ej., sistemas autonómico, motor, estado-organización, autorregulación y de atención-interacción) que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Contención insuficiente en el entorno.
- Deterioro del funcionamiento motor.
- Deterioro oral.

Dolor.
Prematuridad.
Procedimientos.
Procedimiento invasivo.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00117

Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante

(1994, 2013)

Definición

Patrón de modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y conductual de un lactante (p. ej., sistemas autonómico, motor, estado-organización, autorregulación y de atención-interacción), que puede ser reforzado.

Características definitorias

Los padres expresan deseo de mejorar el reconocimiento de las conductas autorreguladoras del lactante.

Los padres expresan deseo de mejorar el reconocimiento de señales.

Los padres expresan deseo de mejorar las condiciones ambientales.

00009

Disreflexia autónoma

(1988)

Definición

Respuesta no inhibida, amenazadora para la vida, del sistema nervioso simpático ante un estímulo nocivo tras una lesión medular a nivel de la séptima vértebra dorsal (D7) o superior.

Características definitorias

- Bradicardia.
- Cefalea (dolor difuso en diferentes áreas de la cabeza y no limitado a ninguna área de distribución nerviosa específica).
- Congestión conjuntival.
- Congestión nasal.
- Diaforesis (por encima de la lesión).
- Dolor torácico.
- Escalofríos.
- Hipertensión paroxística.
- Manchas rojas en la piel (por encima de la lesión).
- Palidez (por debajo de la lesión).
- Parestesia.
- Reflejo pilomotor.
- Sabor metálico en la boca.
- Síndrome de Horner.
- Taquicardia.
- Visión borrosa.

Factores relacionados

- Conocimiento insuficiente del cuidador sobre el proceso de enfermedad.
- Conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad.
- Distensión intestinal.
- Distensión vesical.
- Irritación de la piel.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

00010

Riesgo de disrefiexia autónoma
(1998, 2000, 2013)

Definición

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 vértebra dorsal [D7] y la octava vértebra dorsal [D8]), que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Estímulos cardiopulmonares

- Embolia pulmonar.
- Trombosis venosa profunda.

Estímulos cutáneos y musculoesqueléticos

- Ejercicios de amplitud máxima de movimientos.
- Espasmos.
- Estimulación cutánea (p. ej., úlcera por presión, uña encarnada, apósitos, quemaduras, erupciones).
- Fractura.
- Heridas.
- Hueso heterotópico.
- Presión sobre los genitales.
- Presión sobre prominencia ósea.
- Quemaduras solares.

Estímulos del aparato reproductor

- Coito.
- Embarazo.
- Eyaculación.
- Menstruación.
- Período de parto y alumbramiento.
- Quiste ovárico.

Estímulos del sistema regulador

- Fluctuación en la temperatura.
- Temperaturas ambientales extremas.

Estímulos gastrointestinales

- Dificultad para la defecación.
- Distensión intestinal.
- Enemas.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Estimulación digital.
- Estreñimiento.
- Hemorroides.
- Impactación fecal.
- Litiasis biliar.
- Patología del sistema gastrointestinal.
- Supositorios.
- Úlcera gástrica.

Estímulos neurológicos

- Estímulos dolorosos por debajo del nivel de la lesión.
- Estímulos irritad vos por debajo del nivel de la lesión.

Estímulos situacionales

- Agentes farmacológicos.
- Postura.
- Procedimiento quirúrgico.
- Retirada de sustancias (p. ej., narcóticos, opiáceos).
- Ropa ajustada (p. ej., cinturones, calcetines, zapatos).

Estímulos urológicos

m Cálculos renales.

- Cateterización urinaria.
- Cistitis.
- Disinergia del esfínter detrusor.
- Distensión vesical.

B Epididimitis.

- Espasmo vesical.
- Infección del tracto urinario.
- Procedimiento quirúrgico.
- Uretritis.
- Uso de instrumentos.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Dominio 10
Principios vitales

DOMINIO 10. PRINCIPIOS VITALES
Principios subyacentes en la conducta, pensamientos y comportamientos sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de un valor intrínseco

Clase 1. Valores
Identificación y clasificación de los modos de conducta o estados finales preferidos

Ninguno, por el momento

Clase 2. Creencias
Opiniones, expectativas o juicios sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de valor intrínseco

Código	Diagnóstico	Página
00068	Disposición para mejorar el bienestar espiritual	361

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones
Correspondencia o equilibrio alcanzado entre valores, creencias y acciones

Código	Diagnóstico	Página
00083	Conflicto de decisiones	363
00169	Deterioro de la religiosidad	364
00171	Disposición para mejorar la religiosidad	365

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones *(cottí.)*		
Código	Diagnóstico	Página
00170	Riesgo de deterioro de la religiosidad	366
00066	Sufrimiento espiritual	367
00067	Riesgo de sufrimiento espiritual	369
00175	Sufrimiento moral	370
00184	Disposición para mejorar la toma de decisiones	371
00242	Deterioro de la toma de decisiones independiente	372
00243	Disposición para mejorar la toma de decisiones independiente	373
00244	Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente	374

00068

Disposición para mejorar el bienestar espiritual

(1994, 2002, 2013; NDE 2.1)

Definición

Patrón de experimentación e integración del sentido y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo, que puede ser reforzado.

Características definitorias

Conexión con un poder superior al yo m

- Expresa deseo de mejorar la participación en actividades religiosas.
- Expresa deseo de mejorar la plegaria.
- Expresa deseo de mejorar la veneración.
- Expresa deseo de mejorar las experiencias místicas.

Conexiones con el arte, la música, la literatura y la naturaleza

- Expresa deseo de mejorar el tiempo que pasa en el exterior.
- Expresa deseo de mejorar la energía creativa (p. ej., escritura, poesía, música).
- Expresa deseo de mejorar la
- lectura espiritual.

Conexiones con el yo

- Expresa deseo de mejorar el afrontamiento.
- Expresa deseo de mejorar el amor.
- Expresa deseo de mejorar el perdón de sí mismo.
- Expresa deseo de mejorar el propósito en la vida.
- Expresa deseo de mejorar el sentido de la vida.
- Expresa deseo de mejorar el valor.
- Expresa deseo de mejorar la aceptación.
- Expresa deseo de mejorar la alegría.
- Expresa deseo de mejorar la entrega.
- Expresa deseo de mejorar la esperanza.
- Expresa deseo de mejorar la satisfacción con la filosofía de vida.
- Expresa deseo de mejorar la serenidad (p. ej., paz).
- Expresa deseo de mejorar la práctica de la meditación.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Conexiones con otros

- Expresa deseo de mejorar el perdón de los demás.
- Expresa deseo de mejorar el servicio a los demás.
- Expresa deseo de mejorar la interacción con los líderes espirituales.
- Expresa deseo de mejorar la interacción con personas significativas.

vv wvv.iifinila.m g

00083

Conflicto de decisiones

(1988, 2006; NDE 2.1)

Definición

Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre las acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores y creencias.

Características definitorias

- Angustia mientras intenta tomar una decisión.
- Atención centrada en el yo.
- Cuestionamiento de las creencias personales 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.
- Cuestionamiento de los valores morales mientras se intenta tomar una decisión.

Cuestionamiento de los valores personales mientras se intenta tomar una decisión.
Incertidumbre sobre las posibilidades.
Reconoce las consecuencias no deseadas de las acciones consideradas.
Retraso en la toma de decisiones.
Signos físicos de sufrimiento (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca, inquietud).
Signos físicos de tensión.
Vacilación sobre las posibilidades.

Factores relacionados

- Conflicto con la obligación moral.
- Creencias personales poco claras.
- Falta de experiencia en la toma de decisiones.
- Fuentes de información contradictorias.
- Información insuficiente.
- Interferencia en la toma de decisiones.
- Las reglas morales apoyan distintas acciones mutuamente contradictorias.

Los principios morales apoyan distintas acciones mutuamente contradictorias.
Los valores morales apoyan distintas acciones mutuamente contradictorias.
Percepción de amenaza al sistema de valores.
Sistema de apoyo insuficiente.
Valores personales poco claros.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00169

Deterioro de la religiosidad
(2004; NDE 2.1)

Definición
Deterioro de la capacidad para confiar en las creencias y/o participar en los rituales de una tradición de fe en particular.

Características definitorias
- ■ Cuestionamiento de las costumbres religiosas.
- ■ Cuestionamiento de los patrones religiosos de creencias.
- ■ Deseo de reconectar con el patrón de creencias anterior.
- H Deseo de reconectar con las costumbres anteriores.
- H Dificultad de adherencia a las creencias religiosas prescritas.
- Dificultad de adherencia a los rituales religiosos prescritos (p. ej., ceremonias, preceptos, vestidos, rezos, servicios, observación de festividades).
- Sufrimiento por la separación de la comunidad de fe.

Factores relacionados
De *desarrollo y situaclonales*
- *u* Crisis de estados de final de vida. — Envejecimiento.
- Transiciones vitales.

Espirituales
- ■ Crisis espiritual. — Sufrimiento.

Físicos
- ■ Dolor. — Enfermedad.

Psicológicos
- *m* Ansiedad. — Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- ■ Antecedentes de manipulación religiosa. — Inseguridad.
- ■ Apoyo social insuficiente. — Temor a la muerte.
- ■ Crisis personal.

Socioculturales
- ■ Integración social insuficiente. — Obstáculos culturales para la práctica religiosa.
- H Interacción sociocultural insuficiente. — Obstáculos del entorno para la práctica religiosa.

00171

Disposición para mejorar la religiosidad

(2004, 2013; NDE 2.1)

Definición

Patrón de confianza en las creencias y/o participación en los rituales de una tradición de fe en particular, que puede ser reforzado.

Características definitorias

- Expresa deseo de mejorar el perdón.
- Expresa deseo de mejorar el uso de material religioso.
- Expresa deseo de mejorar la conexión con un líder religioso.
- Expresa deseo de mejorar la participación en experiencias religiosas.
- Expresa deseo de mejorar la participación en prácticas religiosas (p. ej., ceremonias, preceptos, vestido, rezos, observación de festividades).
- Expresa deseo de mejorar las costumbres religiosas adoptadas en el pasado.
- Expresa deseo de mejorar las opciones religiosas.
- Expresa deseo de mejorar los patrones de creencias abrazados en el pasado.

vv w\v.nan«i«t.org

© Elsevier Fotocopiar sin autorización es un delito.

00170

Riesgo de deterioro de la religiosidad
(2004, 2013; NDE 2.1)

Definición
Vulnerable a un deterioro en la confianza en las creencias religiosas y/o en la práctica en los rituales de una tradición de fe particular, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Ambientales
- Obstáculos para la práctica de la religión.
- Transporte inadecuado.

De desarrollo
- Transiciones vitales.

Espirituales
- Sufrimiento.

Físicos
- Dolor.
- Enfermedad.
- Hospitalización.

Psicológicos
- Apoyo social insuficiente.
- Cuidados ineficaces.
- Depresión.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Inseguridad.

Socioculturales
- Integración social insuficiente.
- Obstáculos culturales para la práctica religiosa.

00066

Sufrimiento espiritual

(1978, 2002, 2013; NDE2.1)

Definición

Estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para experimentar el sentido de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior.

Características definitorias

- Ansiedad.
- Cuestionamiento de la identidad.
- Cuestionamiento del sentido de la vida.
- Cuestionamiento del sentido del sufrimiento.
- Fatiga.
- Insomnio.
- Llanto.
- Temor.

Conexión con el arte, la música, la literatura y la naturaleza

- Desinterés por la lectura de
- literatura espiritual.
- Desinterés por la naturaleza.

Disminución de la expresión de patrones previos de creatividad.

Conexión con el yo

- Aceptación insuficiente.
- Culpabilidad.
- Disminución de la serenidad.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.

Ira.
No sentirse querido.
Percepción de sentido de la vida insuficiente
Valentía insuficiente.

Conexión con los otros

m Alienación.

- Rechaza la interacción con el líder espiritual.
- Rechaza la interacción con personas significativas.

Separación del sistema de apoyo.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Conexión con un poder superior al yo
u Demanda de un líder espiritual.
- Desesperanza.
- Incapacidad para experimentar
- la trascendencia.
- Incapacidad para la introspección.
- Incapacidad para orar.
- Incapacidad para participar en actividades religiosas.

Factores relacionados

- Acontecimiento vital inesperado.
- Alienación social.
- Aumento de la dependencia de otro.
- Autoalienación.
- Deprivación sociocultural.
- Dolor.
- Enfermedad.
- Envejecimiento.
- Exposición a la muerte.
- Muerte de persona significativa.
- Muerte inminente.
- Ira hacia un poder superior al yo.
- Percepción de sufrimiento.
- Repentino cambio en la práctica espiritual.
- Sentimiento de abandono.
- Nacimiento de un niño.
- Percepción de tener asuntos pendientes.
- Pérdida de la función de una parte del cuerpo.
- Pérdida de una parte del cuerpo.
- Proceso de agonía.
- Recibir malas noticias.
- Régimen terapéutico.
- Soledad.
- Transiciones vitales.

00067
Riesgo de sufrimiento espiritual
(1998, 2004, 2013; NDE 2.1)

Definición
Vulnerable al deterioro de la habilidad para experimentar e integrar sentido y propósito en la vida a través de la conexión con el yo, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior al yo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Ambientales
- Cambios del entorno.
- Desastres naturales.

De desarrollo
- Transiciones vitales.

Físicos
- Abuso de sustancias.
- Enfermedad crónica.
- Enfermedad física.

Psicosociales
- Ansiedad.
- Autoestima baja.
- Barreras a la experiencia del amor.
- Cambio en las prácticas espirituales.
- Cambio en los ritos religiosos.
- Conflicto cultural.
- Conflicto racial.
- Depresión.
- Factores estresantes.
- Incapacidad de perdonar.
- Pérdida.
- Relaciones ineficaces.
- Separación del sistema de apoyo.

vvvv nnml.i.crg

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00175

Sufrimiento moral
(2006; NDE 2.1)

Definición
Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/morales elegidas.

Características definitorias

- Angustia por actuar basándose en la propia elección moral (p. ej. impotencia, ansiedad, temor).

Factores relacionados

- Conflicto entre los que toman la decisión.
- Decisiones de final de vida.
- Decisiones sobre el tratamiento.
- Distancia física de la persona que toma la decisión.
- Incongruencia cultural.
- Información disponible contradictoria, para tomar la decisión ética.
- Información disponible contradictoria, para tomar la decisión moral.
- Limitación de tiempo para la toma de decisiones.
- Pérdida de autonomía.

wvvw. na iuta.org

00184

Disposición para mejorar la toma de decisiones

(2006, 2013; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Expresa deseo de mejorar el análisis riesgo-beneficio de las decisiones.
- Expresa deseo de mejorar el uso de evidencias fiables para la toma de decisiones.
- Expresa deseo de mejorar la comprensión de las elecciones para la toma de decisiones.
- Expresa deseo de mejorar la comprensión del significado de las opciones.
- Expresa deseo de mejorar la congruencia de la decisión con el objetivo.
- Expresa deseo de mejorar la congruencia de la decisión con el objetivo sociocultural.
- Expresa deseo de mejorar la congruencia de la decisión con los valores.
- Expresa deseo de mejorar la congruencia de la decisión con los valores socioculturales.
- Expresa deseo de mejorar la toma de decisiones.

www.nniiilci.oig

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00242

Deterioro de la toma de decisiones independientes
(2013; NDE 2.1)

Definición

Proceso de toma de decisiones en relación con los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible, teniendo como resultado una decisión insatisfactoria.

Características definitorias

- Angustia al escuchar las opiniones de otros.
- Incapacidad para describir de qué manera la opción se adaptará al estilo de vida habitual.
- Incapacidad para escoger una opción de cuidados sanitarios que se adapte mejor al estilo de vida habitual.
- Preocupación excesiva sobre lo que otros opinan que es la mejor decisión.

Factores relacionados

- Disminución en la comprensión de todas las opciones de cuidados sanitarios disponibles.
- Experiencia limitada en la toma de decisiones.
- Familia con una jerarquía tradicional.
- Incapacidad para verbalizar de manera adecuada las percepciones sobre las opciones de cuidados sanitarios.

- Retraso en la puesta en marcha de la opción de cuidados sanitarios escogida.
- Sentirse limitado al describir la propia opinión.
- Temor excesivo sobre lo que los demás piensan sobre una decisión.
- Verbalización limitada sobre la opción de cuidados sanitarios en presencia de otros.

- Intimidad insuficiente para discutir abiertamente las opciones de cuidados sanitarios.
- Sistemas de cuidados sanitarios con una jerarquía tradicional.
- Tiempo insuficiente para discutir las opciones de cuidados sanitarios.

00243

Disposición para mejorar la toma de decisiones independiente

(2013; NDE 2.1)

Definición

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 escoger opciones de cuidados sanitarios que mejor se adapten a su estilo de vida habitual.
- Expresa deseo de mejorar la capacidad de poner en marcha las opciones de cuidados sanitarios escogidas.
- 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 intimidad para discutir las opciones de cuidados sanitarios.
- Expresa deseo de mejorar la toma de decisiones.

w ww.iiand.i.oi^

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00244

Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente

(2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a un proceso de toma de decisiones sobre los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible, teniendo como resultado una decisión insatisfactoria.

Factores de riesgo

- Autoconfianza insuficiente en la toma de decisiones.
- Confianza insuficiente para discutir de manera abierta opciones de cuidados sanitarios.
- Experiencia limitada en la toma de decisiones.
- Familia con una jerarquía tradicional.
- Información insuficiente en relación a las opciones de cuidados sanitarios.
- Intimidad insuficiente para discutir abiertamente las opciones de cuidados sanitarios
- Sistemas de cuidados sanitarios con una jerarquía tradicional.
- Tiempo insuficiente para discutir las opciones de cuidados sanitarios.

www.iicindn.org

Dominio 11
Seguridad/protección

DOMINIO 11. SEGURIDAD/PROTECCION ***Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitarió; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección***		
Clase 1. Infección *Respuestas del huésped tras una invasión patógena*		
Código	Diagnóstico	Página
00004	Riesgo de infección	379
Clase 2. Lesión física *Lesión o herida corporal*		
Código	Diagnóstico	Página
00036	Riesgo de asfixia	380
00039	Riesgo de aspiración	381
00155	Riesgo de caídas	382
00048	Deterioro de la dentición	384
00086	Riesgo de disfunción neurovascular periférica	385
00046	Deterioro de la integridad cutánea	386
00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	387
00044	Deterioro de la integridad tisular	388

NANDA International. Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
©2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Clase 2. Lesión física *(cont.)*		
Código	Diagnóstico	Página
00248	Riesgo de deterioro de la integridad tisular	389
00035	Riesgo de lesión	390
00245	Riesgo de lesión corneal	391
00250	Riesgo de lesión del tracto urinario	392
00087	Riesgo de lesión postural perioperatoria	393
00220	Riesgo de lesión térmica	394
00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas	395
00045	Deterioro de la mucosa oral	396
00247	Riesgo de deterioro de la mucosa oral	398
00100	Retraso en la recuperación quirúrgica	399
00246	Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica	400
00206	Riesgo de sangrado	401
00219	Riesgo de sequedad ocular	402
00205	Riesgo de shock	403
00156	Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante	404
00038	Riesgo de traumatismo	405
00213	Riesgo de traumatismo vascular	407
00249	Riesgo de úlcera por presión	408
Clase 3. Violencia *Ejecución de fuerza o poder excesivo con la finalidad de causar lesión o abuso*		
Código	Diagnóstico	Página
00151	Automutilación	410
00139	Riesgo de automutilación	412
00150	Riesgo de suicidio	414
00140	Riesgo de violencia autodirigida	416
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	417

Clase 4. Peligros del entorno *Fuentes de peligro en los alrededores*		
Código	Diagnóstico	Página
00181	Contaminación	418
00180	Riesgo de contaminación	420
00037	Riesgo de intoxicación	421
Clase 5. Procesos defensivos *Procesos por los cuales el yo se protege de lo que es extemo al yo*		
Código	Diagnóstico	Página
00218	Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodados	422
00217	Riesgo de respuesta alérgica	423
00041	Respuesta alérgica al látex	424
00042	Riesgo de respuesta alérgica al látex	425
Clase 6. Termorregulación *Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía en el cuerpo con el propósito de proteger el organismo*		
Código	Diagnóstico	Página
00007	Hipertermia	426
00006	Hipotermia	427
00253	Riesgo de hipotermia	429
00254	Riesgo de hipotermia perioperatoria	431
00005	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	432
00008	Termorregulación ineficaz	433

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00004

Riesgo de infección

(1986, 2010, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos.
- Enfermedad crónica (p. ej., diabetes mellitus).
- Malnutrición.
- Obesidad.
- Procedimiento invasivo.

Aumento de la exposición a patógenos ambientales

- Exposición a brotes de enfermedades.

Defensas primarias insuficientes

- Alteración de la integridad de la piel.
- Alteración del peristaltismo.
- Alteración del pH de las secreciones.
- Disminución de la acción ciliar.
- Ruptura prematura de la membrana amniótica.
- Ruptura prolongada de la membrana amniótica.
- Tabaquismo.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

■ Retención de los fluidos corporales.

Defensas secundarias insuficientes

m Disminución de la hemoglobina.

■ Inmunosupresión.

■ Leucopenia.

■ Supresión de la respuesta inflamatoria (p. ej,, interleucina 6 [IL-6], proteína C reactiva [PCR1).

H Vacunación inadecuada.

www.r.-intUi.org

Dominio 11.

Seguridad/protección

00036
Riesgo de asfixia
(1980, 2013)

Definición

Vulnerable a una disponibilidad insuficiente de aire para la inhalación, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Externos

- Acceso a nevera/congelador vacío.
- Calefacción de gas sin ventilación.
- Colchón demasiado blando con objetos sueltos cerca del lactante.
- Colgar el chupete alrededor del cuello del niño.
- Dejar a un niño en el agua sin atención.
- Dejar un biberón en la cuna del niño.
- Fugas de gas.
- Fumar en la cama.
- Ingerir grandes bocados de comida.
- Jugar con bolsas de plástico.
- Pequeños objetos en las vías aéreas.
- Tendedero de ropa colgado bajo.
- Vehículo en marcha en un garaje cerrado.

Internos

- Alteración de la función cognitiva.
- Alteración emocional.
- Alteración en la función olfativa.
- Conocimiento insuficiente de las precauciones de seguridad.
- Deterioro del funcionamiento motor.
- Enfermedad de la cara/cuello.
- Lesión de la cara/cuello.

Dominio 11.

Seguridad/protección

00039

Riesgo de aspiración

(1988, 2013)

Definición

Vulnerable a la penetración en el árbol traqueobronquial de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Alimentación enteral.
- Aumento de la presión intragástrica.
- Aumento del residuo gástrico.
- Barreras para la elevación de la parte superior del cuerpo.
- Cerclaje mandibular.
- Cirugía del cuello.
- Cirugía facial.
- Cirugía oral.
- Deterioro de la deglución.
- Disminución de la motilidad gastrointestinal.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Disminución del reflejo nauseoso.
- Incompetencia del esfínter esofágico inferior.
- Intubación oral/nasal (p. ej., traqueal, alimentación).
- Régimen terapéutico.
- Retraso en el vaciado gástrico.
- Tos ineficaz.
- Traumatismo del cuello.
- Traumatismo facial.
- Traumatismo oral.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Dominio 11.
Seguridad/protección

00155

Riesgo de caídas
(2000, 2013)

Definición
Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.

Factores de riesgo

Adultos
- Antecedentes de caídas.
- Edad >65 años.
- Prótesis en extremidades inferiores.

Ambientales
- Entorno desconocido.
- Entorno desordenado.
- Exposición a condiciones climatológicas inseguras (p. ej., suelos húmedos, hielo).
- Uso de dispositivos de ayuda (p. ej., andador, bastón, silla de ruedas).
- Vivir solo.
- Iluminación insuficiente.
- Material antideslizante inadecuado en el baño.
- Uso de alfombras.
- Uso de sujeciones.

Cognitivos
- Alteración de la función
- cognitiva.

Fisiológicos
- Afección que afecta los pies.
- Alteración del nivel de glucosa en sangre.
- Anemia.
- Artritis.
- Déficit propioceptivo.
- Desvelo.
- Deterioro auditivo.
- Deterioro de la movilidad.
- Deterioro de la visión.
- Deterioro del equilibrio.
- Diarrea.
- Dificultades con la marcha.
- Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.
- Enfermedad aguda.
- Enfermedad vascular.
- Hipotensión ortostática.
- Incontinencia.
- Mareos al extender el cuello.
- Mareos al girar el cuello.

[a] Neoplasia.
[B] Neuropatía.
[m] Período de recuperación postoperatoria.
[H] Urgencia urinaria.

Medicación

- Agentes farmacológicos.

Niños

- Edad <*2* años.
- Falta de protección en las escaleras.
- Falta de protección en las ventanas.
- Sexo masculino cuando tiene <1 año de edad.
- Consumo de alcohol.
- Sujeciones insuficientes en el coche.
- Supervisión insuficiente.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Deterioro de la dentición (1998)

Definición

Alteración de los patrones de desarrollo/erupción de los dientes o de la integridad estructural de cada uno de ellos.

Características definitorias

- Asimetría facial.
- Ausencia de dientes.
- Cálculos orales excesivos.
- Caries dental.
- Caries en las raíces.
- Decoloración del esmalte.
- Dientes desgastados.
- Dolor dental.
- Erosión del esmalte.
- Erupción incompleta de los dientes para la edad.
- Fracturas dentales.
- Halitosis.
- Mala alineación dental.
- Mala oclusión.
- Pérdida de piezas dentales.
- Pérdida prematura de los dientes de leche.
- Placa oral excesiva.

Factores relacionados

- Agentes farmacológicos.
- Bruxismo.
- Conocimiento insuficiente sobre la salud dental.
- Dificultad para acceder a los cuidados dentales.
- Económicamente desfavorecidos.
- Hábitos dietéticos inadecuados.
- Higiene oral inadecuada.

B Ingesta excesiva de flúor.

- Malnutrición.
- Obstáculos para el autocuidado.
- Predisposición genética.
- Sensibilidad oral a la temperatura.
- Uso excesivo de agentes orales de limpieza abrasivos.
- Uso habitual de sustancias que manchan (p. ej,, café, vino tinto, té, tabaco).

m Vómitos crónicos.

00086
Riesgo de disfunción neurovascular periférica (1992, 2013)

Definición
Vulnerable a sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Cirugía ortopédica.
- Compresión mecánica (p. ej., torniquete, escayola, abrazadera, apósito, sujeción).
- Fractura.

Inmovilización.
Obstrucción vascular.
Quemaduras.
Traumatismos.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Deterioro de la integridad cutánea
(1975, 1998)

Definición
Alteración de la epidermis y/o de la dermis.

Características definitorias

- Alteración de la integridad de la piel.
- Materias extrañas que perforan la piel.

Factores relacionados

Externos
- Agentes farmacológicos.
- Edades extremas.
- Factor mecánico (p. ej., fuerzas de cizallamiento, presión, inmovilidad física).
- Hidratación.
- Hipertermia.
- Hipotermia.
- Humedad.
- Lesión por agente químico (p. ej., quemadura, capsaicina, cloruro metílico, sulfuro de mostaza).
- Radioterapia.

Internos
- Alteración de la pigmentación.
- Alteración de la turgencia de la piel.
- Alteración del metabolismo.
- Alteración del volumen de líquidos.
- Alteración sensorial (a consecuencia de lesión medular, diabetes mellitus, etc.).
- Cambio hormonal.
- Deterioro de la circulación.
- Inmunodeficiencia.
- Nutrición inadecuada.
- Presión sobre prominencia ósea.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
(1975, 1998, 2010, 2013; NDE 2.1)

Definición
Vulnerable a una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Externos
- Edades extremas.
- Excreciones.
- Factor mecánico (p. ej,, fuerzas de cizallamiento, presión, inmovilidad física).
- Hidratación.
- Hipertermia.
- Hipotermia.
- Humedad.
- Lesión por agente químico (p. ej,, quemadura, capsaicina, cloruro metílico, sulfuro de mostaza).
- Radioterapia.
- Secreciones.

Internos
u Agentes farmacológicos.
- Alteración de la pigmentación.
- Alteración de la turgencia de la piel.
- Alteración del metabolismo.
- Alteración sensorial (a consecuencia de lesión medular, diabetes mellitus, etc.).
- Cambio hormonal.
- Deterioro de la circulación.
- Factor psicogénico.
- Inmunodeficiencia.
- Nutrición inadecuada.
- Presión sobre prominencia ósea.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Deterioro de la integridad tisular
(1986, 1998, 2013; NDE 2.1)

Definición
Lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento.

Características definitorias

- Destrucción tisular.
- Lesión tisular.

Factores relacionados

- Agentes farmacológicos.
- Alteración de la sensibilidad.
- Alteración del metabolismo.
- Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la integridad tisular.
- Conocimiento insuficiente sobre la protección de la integridad tisular.
- Deterioro de la circulación.
- Deterioro de la movilidad.
- Edades extremas.
- Estado de desequilibrio nutricional (p. ej., obesidad, malnutrición).
- Factor mecánico.
- Fuente de alimentación eléctrica de alta tensión.
- Humedad.
- Lesión por agente químico (p. ej., quemadura, capsaicina, cloruro metílico, sulfuro de mostaza).
- Neuropatía periférica.
- Procedimiento quirúrgico.
- Radioterapia.
- Temperaturas ambientales extremas.
- Volumen de líquidos excesivo.
- Volumen de líquidos insuficiente.

Riesgo de deterioro de la integridad tisular

(2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a una lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Agentes farmacológicos.
- Alteración de la sensibilidad.
- Alteración del metabolismo.
- Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la integridad tisular.
- Conocimiento insuficiente sobre la protección de la integridad tisular.
- Deterioro de la circulación.
- Deterioro de la movilidad.
- Edades extremas.
- Estado de desequilibrio nutricional (p. ej., obesidad, malnutrición).
- Factor mecánico.
- Fuente de alimentación eléctrica de alta tensión.
- Humedad.
- Lesión por agente químico (p. ej., quemadura, capsaicina, cloruro metílico, sulfuro de mostaza).
- Neuropatía periférica.
- Procedimiento quirúrgico.
- Radioterapia.
- Temperaturas ambientales extremas.
- Volumen de líquidos excesivo.
- Volumen de líquidos insuficiente.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Riesgo de lesión
(1978, 2013)

Definición
Vulnerable a sufrir una lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Externos
m Agente nosocomial.
- Alteración de la función cognitiva.
- Alteración del funcionamiento psicomotor.
- Barrera física (p. ej., diseño, estructura, disposición de la comunidad, edificios, equipamientos).

Compromiso de la fuente nutricional (p. ej., vitaminas, tipo de alimentos).
Exposición a patógenos.
Exposición a químicos tóxicos.
Nivel de inmunización en la comunidad.
Sistema de transporte inseguro.

Internos
m Alteración de las inclinaciones afectivas.
- Alteración sensorial (a consecuencia de lesión medular, diabetes mellitus, etc.).
- Deterioro de los mecanismos de defensa primaria (p. ej., lesión tisular).
- Disfunción autoinmune.

Disfunción bioquímica.
Disfunción de la integración sensorial.
Disfunción efectora.
Disfunción inmune.
Edades extremas.
Hipoxia tisular.
Malnutrición.
Perfil hematológico anormal.

Riesgo de lesión corneal
(2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a sufrir una infección o lesión inflamatoria en las capas superficiales o profundas del tejido corneal, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Agentes farmacológicos.
- Edema periorbital.
- Exposición del globo ocular.
- Hospitalización prolongada.
- Intubación.
- Parpadear <5 veces por minuto.
- Puntuación en la escala de Glasgow <7.
- Traqueostomía.
- Ventilación mecánica.
- Oxigenoterapia.

wwvv. itanda. org

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Riesgo de lesión del tracto urinario
(2013; NDE 2.1)

Definición
Vulnerable a una lesión de las estructuras del tracto urinario a causa del uso de catéteres, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Afectación que impide la posibilidad de fijar el catéter (p. ej., quemadura, traumatismo, amputación).
- Alergia al látex.
- Balón de seguridad hinchado a £30 mi.
- Cateterizaciones múltiples.
- Confusión.
- Conocimientos deficientes por parte del paciente o del cuidador en relación a los cuidados de la sonda vesical.
- Deterioro cognitivo.
- Disinergia del esfínter detrusor.
- Edades extremas.
- Lesión medular.
- Obesidad.
- Uso de catéter urinario de gran calibre.
- Uso de catéter urinario durante tiempo prolongado.
- Variación anatómica en los órganos pélvicos.

. vvvv.namla.oig

00087
Riesgo de lesión postural perioperatoria
(1994, 2006, 2013; NDE 2.1)

Definición
Vulnerable a cambios anatómicos y físicos accidentales como consecuencia de la postura o equipo usado durante un procedimiento quirúrgico/ invasivo, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Alteraciones sensitivo-perceptivas debidas a la anestesia.
- Debilidad muscular.
- Desorientación.

Edema.
Emaciación.
Inmovilización.
Obesidad.

11. Seguridad/protección

00220

Riesgo de lesión térmica

(2010, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a sufrir daños en la piel y las membranas mucosas debidas a temperaturas extremas, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Alteración de la función cognitiva.
- Conocimiento insuficiente sobre las precauciones de seguridad (paciente, cuidador).
- Deterioro neuromuscular.
- Edades extremas.
- Entorno inseguro.
- Falta de atención.
- Fatiga.
- Intoxicación (alcohol, drogas).
- Neuropatía.
- Régimen terapéutico.
- Ropas insuficientemente protectoras (p. ej.. ropa de dormir ignífuga, guantes, orejeras).
- Supervisión insuficiente.
- Tabaquismo.
- Temperaturas ambientales extremas.

wwvv.nan<ln.oi'}¿

Limpieza ineficaz de las vías aéreas (1980, 1996, 1998)

Definición

Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

Características definitorias

- Alteración de la frecuencia respiratoria.
- Alteración del patrón respiratorio.
- Ausencia de tos.
- Cantidad excesiva de esputo.
- Cianosis.
- Dificultad para verbalizar.
- Disminución de los sonidos respiratorios.
- Disnea.
- Inquietud.
- Mirada con los ojos muy abiertos.
- Ortopnea.
- Sonidos respiratorios anormales.
- Tos ineficaz.

Factores relacionados

Ambientales

- Exposición a humo.
- Fumador pasivo.
- Tabaquismo.

Fisiológicos

- Alergia en la vía aérea.
- Asma.
- Deterioro neuromuscular.
- Infección.

Obstrucción de las vías aéreas

- Cuerpo extraño en la vía aérea.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Espasmo de la vía aérea.
- Exudado alveolar.
- Hiperplasia de la pared bronquial.
- Mucosidad excesiva.
- Retención de secreciones.
- Vía aérea artificial.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Deterioro de la mucosa oral
(1982, 1998, 2013)

Definición
Lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal y/o la orofaringe.

Características definitorias

- Agrandamiento de las amígdalas.
- Descamación.
- Descamación de la mucosa.
- Deterioro de la deglución.
- Dificultad para comer.
- Dificultad para hablar.
- Disminución del sentido del gusto.
- Dolor oral.
- Drenaje oro-nasal purulento.
- Edema oral.
- Estomatitis.
- Exposición a patógenos.
- Exudado blanco, como cuajada.
- Exudado oro-nasal purulento.
- Fisura oral.
- Halitosis.
- Hiperemia.
- Hiperplasia gingival.
- Lengua atrófica lisa.
- Lengua geográfica.
- Depresión.

Lengua saburral.
Lesión oral.
Macroplasia.
Mal sabor de boca.
Malestar oral.
Manchas blancas en la boca.
Nodulos orales.
Orificios gingivales con profundidad superior a 4 mm.
Palidez de la mucosa oral.
Palidez gingival.
Pápulas orales.
Placas blancas en la boca.
Placas esponjosas en la boca.
Presencia de masas (p. ej., hemangiomas).
Queilitis.
Recesión gingival.
Sangrado.
Úlceras orales.
Vesículas orales.
Xerostomía.

Factores relacionados

B Alergia.
B Alteración de la función cognitiva.
u Conocimiento insuficiente sobre la higiene oral.
- Consumo de alcohol.
- Deshidra tación.
- Dieta absoluta >24 horas.
- Disminución de la salivación.
- Disminución de plaquetas.
- Disminución del nivel hormonal en mujeres.
- Enfermedad autoinmune.

- Enfermedad autosómica.
- Factor mecánico (ortodoncia, instrumentos para ventilación o alimentación, dentadura mal adaptada).
- Factores estresantes.
- Higiene oral inadecuada.
- Infección.
- Inmunodeficiencia.
- Inmunosupresión.
- Labio leporino.
- Lesión por agente químico (p. ej., quemadura, capsaicina, cloruro metílico, sulfuro de mostaza).
- Malnutrición.
- Obstáculos para los autocuidados orales.
- Obstáculos para los cuidados dentales.
- Paladar hendido.
- Pérdida de las estructuras de soporte oral.
- Régimen terapéutico.
- Respiración bucal.
- Síndrome (p. ej., Sjógren).
- Tabaquismo.
- Trastorno conductual (p. ej., déficit de atención, oposición desafiante).
- Traumatismo oral.

w vvw.tt.niíla.or

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Riesgo de deterioro de la mucosa oral
(2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a una lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal y/o la orofaringe, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Alergia.
- Alteración de la función cognitiva.
- Conocimiento insuficiente sobre la higiene oral.
- Consumo de alcohol.
- Disminución del nivel hormonal en mujeres.
- Económicamente desfavorecidos.
- Enfermedad autoinmune.
- Enfermedad autosómica.
- Factor mecánico (p. ej., dentadura mal adaptada, puentes, intubación endotraqueal/nasogástrica, cirugía oral).
- Factores estresantes.
- Higiene oral inadecuada.
- Infección.
- Inmunodeficiencia.
- Inmunosupresión.
- Nutrición inadecuada.
- Obstáculos para los autocuidados orales.
- Obstáculos para los cuidados dentales.
- Procedimiento quirúrgico.
- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Síndrome (p. ej., Sjógren).
- Tabaquismo.
- Trastorno conductual (p. ej., déficit de atención, oposición desafiante).
- Traumatismos.

vvv vv.n<in<la.org

Dominio 11. *Seguridad/protección*

00100
Retraso en la recuperación quirúrgica
(1998, 2006, 2013; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Deterioro de la movilidad.
- Disconfort.
- Evidencia de interrupción de la curación de la herida quirúrgica.
- Incapacidad para reanudar la actividad laboral.
- Pérdida del apetito.
- Requiere ayuda para el autocuidado.
- Retraso en la reincorporación al trabajo.
- Tiempo requerido para la curación excesivo.

Factores relacionados

- Agentes farmacológicos.
- Antecedentes de retraso en la curación de las heridas.
- Contaminación de la herida quirúrgica.
- Deterioro de la movilidad.
- Diabetes mellitus.
- Dolor.
- Edades extremas.
- Edema en el lugar de incisión.
- Infección perioperatoria de la incisión quirúrgica.
- Malnutrición.
- Náuseas persistentes.
- Obesidad.
- Procedimiento de cirugía mayor.
- Procedimiento quirúrgico prolongado.
- Puntuación £3 según la clasificación del estado físico de la American Society of
- Anesthesiologists (ASA).
- Respuesta emocional postoperatoria.
- Trastorno psicológico en el período postoperatorio.
- Traumatismo de la herida quirúrgica.
- Vómitos persistentes.

wvvw.nandíi.org

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00246

Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica

(2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a un aumento del número de días de postoperatorio requeridos para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Agentes farmacológicos.
- Antecedentes de retraso en la curación de las heridas.
- Contaminación de la herida quirúrgica.
- Deterioro de la movilidad.
- Diabetes mellitus.
- Dolor.
- Edades extremas.
- Edema en el lugar de incisión.
- Infección perioperatoria de la incisión quirúrgica.
- Malnutrición.
- Náuseas persistentes.
- Obesidad.
- Procedimiento de cirugía mayor.
- Procedimiento quirúrgico prolongado.
- Puntuación £3 según la clasificación del estado físico de la American Society of
- Anesthesiologists (ASA).
- Respuesta emocional postoperatoria.
- Trastorno psicológico en el período postoperatorio.
- Traumatismo de la herida quirúrgica.
- Vómitos persistentes.

< v vv.nOilt ‘«M ! - ^

Riesgo de sangrado
(2008, 2013; NDE 2.1)

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

Factores de riesgo

- Afección gastrointestinal (p. ej., úlcera, pólipos, varices).
- Aneurisma.
- Antecedentes de caídas.
- Circuncisión.
- Coagulopatía esencial (p. ej., trombocitopenia).
- Coagulopatía intravascular diseminada.
- Complicaciones del embarazo (p. ej., rotura prematura de membranas, placenta previa/ desprendimiento de placenta, gestación múltiple).
- Complicaciones del posparto (p. ej., atonía uterina, retención de la placenta).
- Conocimiento insuficiente de las precauciones contra el sangrado.
- Régimen terapéutico.
- Trastorno de la función hepática (p. ej., cirrosis, hepatitis).
- Traumatismos.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Riesgo de sequedad ocular
(2010, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a sufrir molestias en los ojos o daños en la córnea y la conjuntiva debido a la reducida cantidad o calidad de las lágrimas para humedecer los ojos, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Antecedentes de alergia.
- Cambio hormonal.
- Déficit de vitamina A.
- Elecciones del estilo de vida (p. ej., fumador, uso de cafeína, lectura prolongada).
- Enfermedad autoinmune (p. ej., artritis reumatoide, diabetes mellitus, enfermedad tiroidea).
- Envejecimiento.
- Factor ambiental (p. ej., aire acondicionado, aire excesivo, exposición solar, polución ambiental, baja humedad).
- Lesión de la superficie ocular.
- Lesión neurológica con pérdida sensorial o de reflejos motores (p. ej., langoftalmos, falta de parpadeo espontáneo).
- Portador de lentes de contacto.
- Régimen terapéutico.
- Sexo femenino.
- Ventilación mecánica.

www.Miintia.org

Riesgo de shock
(2008, 2013; NDE 2.1)

Definición
Vulnerable a un aporte sanguíneo inadecuado para los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que constituya una amenaza para la vida, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Hipotensión.
- Hipovolemia.
- Hipoxemia.
- Hipoxia.

Infección.
Sepsis.
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS).

www.nanda.oiji

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

00156

Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante

(2002, 2013; NDE 3.2)

Definición

Vulnerabilidad a muerte súbita de un lactante (niño de edad inferior a 1 año).

Factores de riesgo

Modificables

- Colchón demasiado blando con objetos sueltos cerca del lactante.
- Cuidado prenatal insuficiente.
- Exposición a humo.
- Lactante en decúbito lateral para dormir.
- Lactante en decúbito prono para dormir.
- Lactante excesivamente acalorado.
- Lactante excesivamente arropado.
- Retraso en la atención prenatal.

No modificables

m Edad 2-4 meses.

- Estacionalidad (p. ej., invierno y otoño).
- Etnia (p. ej., afroamericana, o nativa americana).
- Sexo masculino.

Potencialmente modificables

- Bajo peso al nacer.
- Juventud de los padres.
- Prematuridad.

00038
Riesgo de traumatismo
(1980, 2013)

Definición
Vulnerable a una lesión tisular accidental (p. ej., herida, quemadura, fractura), que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Externos
m Acceso a armas.
- Aparatos defectuosos.
- Asas de recipientes que sobresalen del borde de la cocina.
- Ausencia de un dispositivo para solicitar ayuda.
- Baño en agua muy caliente.
- Barandillas para las escaleras insuficientes.
- Cables eléctricos sueltos.
- Cama en una posición muy elevada.
- Camino inseguro.
- Carámbanos de hielo colgando de los tejados.
- Carretera insegura.
- Combustible almacenado de manera inadecuada (p. ej., cerillas, trapos aceitosos).
- Corrosivos almacenados de manera inadecuada (p. ej., lejía).
- Dispositivo de demanda de ayuda que no funciona correctamente.
- Exposición a maquinaria peligrosa.
- Exposición a productos corrosivos.
- Exposición a químicos tóxicos.
- Exposición a radiación.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Falta de protección en las escaleras.
- Falta de protección en las ventanas.
- Forcejear con las sujeciones físicas.
- Fugas de gas.
- Fumar cerca de una fuente de oxígeno.
- Fumar en la cama.
- Grasa en la estufa.
- Iluminación insuficiente.
- Jugar con explosivos.
- Jugar con objetos peligrosos.
- Llevar ropas sueltas cerca de las llamas.
- Mal uso de las sujeciones en los asientos.
- Mal uso de los protectores para la cabeza (p. ej., cascos duros, cascos de moto).
- Manipulación poco segura de equipamiento pesado (p. ej., velocidad excesiva, estando intoxicado, sin las gafas necesarias).

Material antideslizante inadecuado en el baño.

Niños en el asiento delantero del coche.

- No usar las sujeciones en los asientos.
- Objetos inflamables (p. ej., ropa, juguetes).
- Obstrucción de los pasillos.
- Peligro eléctrico (p. ej., enchufe defectuoso, cable raído, caja de fusibles/toma de corriente sobrecargada).
- Protección de fuentes de calor insuficiente.
- Proximidad al paso de vehículos (p. ej., carretera, vía del tren).
- Retraso en el encendido de aparatos de gas.
- Suelo resbaladizo.
- Temperaturas ambientales extremas.
- Uso de alfombras.
- Uso de escaleras inestables.
- Uso de sillas inestables.
- Uso de vajilla resquebrajada. Vecindario con alto nivel de delincuencia.

Internos

- Alteración de la función cognitiva.
- Alteración emocional.
- Alteración sensorial (a consecuencia de lesión medular, diabetes mellitus, etc.).
- Antecedentes de traumatismo (p. ej., físico, psicológico, sexual).
- Conocimiento insuficiente de las precauciones de seguridad.
- Debilidad.
- Deterioro del equilibrio.
- Disminución de la coordinación muscular.
- Disminución de la coordinación ojo-mano.
- Económicamente desfavorecidos.
- Visión insuficiente.

Riesgo de taumatismo vascular
(2008, 2013; NDE 2.1)

Definición
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 puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Diámetro del catéter inadecuado.
- Dificultad en la visualización de la arteria o la vena.
- Fijación insuficiente del catéter.
- Lugar de la inserción.
- Ritmo rápido de inserción.
- Solución irritante (p. ej., concentración, temperatura, pH).
- Tiempo que el catéter estará insertado.
- Tipo de catéter inadecuado.

.'.11.1iHla.org

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00249
Riesgo de úlcera por presión
(2013; NDE 2.2)

Definición
Vulnerable a una lesión localizada de la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión combinada con cizallamiento (NPUAP, 2007).

Factores de riesgo

- NIÑO: escala Q de Braden £ 16.
- ADULTO: puntuación en la escala Braden <18.
- Agentes farmacológicos (p. ej., anestesia general, vasopresores, antidepresivos, norepinefrina).
- Alteración de la función cognitiva.
- Alteración en la sensibilidad.
- Anemia.
- Antecedentes de accidente cerebrovascular.
- Antecedentes de traumatismo.
- Antecedentes de úlceras por presión.
- Aumento de la temperatura 1-2 °C.
- Aumento del tiempo de inmovilidad sobre superficie dura (p. ej., procedimiento quirúrgico £2 horas).
- Clasificación funcional de la New York Heart
- Association (NYHA) £2.
- Conocimiento insuficiente del cuidador sobre la prevención de úlceras por decúbito.
- Déficit de autocuidados.
- Deshidratación.
- Deterioro de la circulación.

Disminución de la movilidad.
Disminución de la oxigenación tisular.
Disminución de la perfusión tisular.
Disminución del nivel de albúmina sérica.
Edades extremas.
Edema.
Enfermedad cardiovascular.
Fractura de cadera.
Fricción en la superficie.
Fuerzas de cizallamiento.
Hidratación cutánea.
Hipertermia.
Incontinencia.
Inmovilización física.
Linfopenia.
Nutrición inadecuada.
Pesos extremos.
Piel escamosa.
Piel seca.
Presión sobre prominencia ósea.
Puntuación £2 según la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA).

- Puntuación baja en la escala de valoración del riesgo de úlceras por presión (RAPS).

- Reducción del grosor del tejido que envuelve el tríceps.
- Sexo femenino.
- Uso de ropa de cama con insuficiente capacidad de absorción de la humedad.
- Tabaquismo.

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). (2007). Updated Pressure Ulcer Stages. Disponible en: http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-ulcer-categorystaging-illustrations/, consultada el 20 de marzo de 2014.

vvww.nanda.org

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00151
Automutilación
(2000)

Definición
Conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.

Factores relacionados

Características defmitorias

- Abrasiones.
- Arañarse el cuerpo.
- Autoamputación de una parte del cuerpo.
- Constreñir una parte del cuerpo.
- Cortes en el cuerpo.
- Golpearse.
- Hurgarse las heridas.
- Ingestión de sustancias nocivas.
- Inhalación de sustancias nocivas.
- Inserción de objetos en orificios corporales.
- Mordiscos.
- Quemaduras autoinfligidas.

- Abuso de sustancias.
- Abuso de sustancias en la familia.
- Adolescencia.
- Aislamiento de sus iguales.
- Alteración de la imagen corporal.
- Antecedentes de abuso infantil (p. ej., físico, psicológico, sexual).
- Antecedentes de violencia autodirigida.
- Antecedentes familiares de conducta autodestructiva.
- Ausencia de un confidente familiar.
- Autismo.
- Autoestima baja.
- Cirugía infantil.
- Compañeros que se automutilan,
- Comunicación insuficiente entre padres y adolescente.
- Conducta lábil.
- Crisis de identidad sexual.
- Despersonalización.
- Deterioro de la autoestima.
- Deterioro en las relaciones interpersonales.
- Disociación.
- Encarcelamiento.
- Enfermedad infantil.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Impulsividad.
- Incapacidad para expresar la tensión verbalmente.
- Patrón de incapacidad para planificar soluciones.
- Patrón de incapacidad para visualizar las consecuencias a largo plazo.
- Perfeccionismo.
- Perturbación emocional.

- Requiere reducción del estrés rápida.
- Retraso en el desarrollo.
- Ruptura familiar.
- Sentimientos negativos (p. ej., depresión, rechazo, odio hacia sí mismo, ansiedad por la separación, culpa, despersonalización).
- Sentirse amenazado por la pérdida de una relación significativa.
- Tensión creciente que es intolerable.
- Trastorno alimentario.
- Trastorno de personalidad borderline.
- Trastorno del carácter.
- Trastorno psicótico.
- Urgencia irresistible de cortarse a uno mismo.
- Urgencia irresistible de violencia autodirigida.
- Uso de la manipulación para obtener relaciones significativas con los demás.
- Violencia entre las figuras parentales.
- Vivir en un entorno no tradicional (p. ej., casa de acogida, grupo de cuidados, institución).

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Riesgo de automutilación

(1992, 2000, 2013)

Definición

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 de riesgo

- Abuso de sustancias.
- Abuso de sustancias en la familia.
- Adolescencia.
- Aislamiento de sus iguales.
- Alteración de la imagen corporal.
- Antecedentes de abuso infantil (p. ej., físico, psicológico, sexual).
- Antecedentes de violencia autodirigida.
- Antecedentes familiares de conducta autodestructiva.
- Autismo.
- Autoestima baja.
- Cirugía infantil.
- Compañeros que se automutilan.
- Crisis de identidad sexual.
- Despersonalización.
- Deterioro de la autoestima.
- Deterioro en las relaciones interpersonales.
- Disociación.
- Encarcelamiento.
- Enfermedad infantil.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.

w m Impulsividad.

- Incapacidad para expresar la
- tensión verbalmente.
- Niño maltratado.
- Patrón de incapacidad para planificar soluciones.
- Ruptura familiar.
- Sentimientos negativos (p. ej., depresión, rechazo, odio hacia sí mismo, ansiedad por la separación, culpa, despersonalización).
- Sentirse amenazado por la pérdida de una relación significativa.
- Tensión creciente que es intolerable.
- Trastorno alimentario.
- Trastorno de personalidad borderline.
- Trastorno del carácter.
- Trastorno psicótico.
- Urgencia irresistible de violencia autodirigida.

- Patrón de incapacidad para visualizar las consecuencias a largo plazo.
- Pérdida de control sobre una situación que requiere resolución de problemas.
- Pérdida de relaciones significativas.
- Perfeccionismo.
- Perturbación emocional.
- Requiere reducción del estrés rápida.
- Retraso en el desarrollo.

Uso de la manipulación para obtener relaciones significativas con los demás.
Violencia entre las figuras parentales.

- Vivir en un entorno no tradicional (p. ej., casa de acogida, grupo de cuidados, institución).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

Riesgo de suicidio
(2000, 2013)

Definición
Vulnerable a una lesión autoinfligida que amenaza la vida.

Factores de riesgo

Conductuales
- Acumulación de medicamentos.
- Antecedentes de intento de suicidio.
- Cambiar el testamento.
- Cambio notable de actitud.
- Cambio notable de conducta.
- Cambio notable en el rendimiento académico.
- Compra de un arma de fuego.
- Donar las posesiones.
- Hacer testamento.
- Impulsividad.
- Recuperación eufórica súbita de una depresión grave.

Demográficos
- Divorciado.
- Edad (p. ej., personas mayores, hombres adultos jóvenes, adolescentes).

Etnia (p. ej., blanco, nativo americano).
Sexo masculino.
Viudo.

Físicos
- Dolor crónico.
- Enfermedad física.

Enfermedad terminal.

Psicológicos
m Abuso de sustancias.
- Antecedentes de abuso infantil (p. ej., físico, psicológico, sexual).
- Antecedentes familiares de suicidio.

Culpabilidad.
Enfermedad psiquiátrica.
Jóvenes homosexuales.

Situacionales

- Acceso a armas.
- Adolescentes que viven en entornos no tradicionales (p. ej., centros de internamiento juvenil, prisión, centro de reinserción social, casa comunitaria).
- Económicamente desfavorecidos.
- Institucionalización.
- Jubilación.
- Pérdida de autonomía.
- Pérdida de independencia.
- Traslado.
- Vivir solo.

Sociales

- Aislamiento social.
- Alteración de la vida familiar.
- Apoyo social insuficiente.
- Desesperanza.
- Dificultades legales.
- Duelo.
- Indefensión.
- Pérdida de relaciones significativas.
- Problemas disciplinarios.
- Soledad.
- Suicidios en grupo.

Verbales

- Amenazas de matarse.
- Manifiesta deseos de morir.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Riesgo de violencia autodirigida (1994, 2013)

Definición

Vulnerable a conductas que demuestren que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma.

Factores de riesgo

- Actos sexuales autoeróticos.
- Aislamiento social.
- Antecedentes de múltiples intentos suicidas.
- Conflicto en las relaciones interpersonales.
- Conflicto sobre la orientación sexual.
- Edad ¿45 años.
- Edad 15-19 años.
- Estado civil (p. ej., soltero, viudo, divorciado).
- Ideas suicidas.
- Ocupación (p. ej., ejecutivo, administrador/propietario de un negocio, profesional, trabajador semicualificado).
- Patrón de dificultades en el entorno familiar (p. ej., caótico o conflictivo, antecedentes de suicidio).
- Plan suicida.
- Preocupación laboral (p. ej., desempleo, pérdida reciente del empleo, fracaso laboral).
- Problemas de salud física.
- Problemas de salud mental (p. ej., depresión, psicosis, trastornos de personalidad, abuso de sustancias).
- Recursos personales insuficientes (p. ej., logros, mala introspección, afectos escasos y mal controlados).
- Señales conductuales (p. ej., escribir notas melancólicas de amor, dirigir mensajes furiosos a personas significativas que le han rechazado, separarse de objetos personales, rescindir una póliza de seguro de vida).
- Señales verbales (p. ej., hablar sobre la muerte, «mejor sin mí», preguntar sobre dosis letales de medicación).
- Trastorno psicológico.

Riesgo de violencia dirigida a otros (1980, 1996, 2013)

Definición

Vulnerable a conductas en que la persona demuestra que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros.

Factores de riesgo

- Acceso a armas.
- Alteración de la función cognitiva.
- Antecedentes de abuso de sustancias.
- Antecedentes de abuso infantil (p. ej., físico, psicológico, sexual).
- Antecedentes de presenciar violencia familiar.
- Complicaciones perinatales.
- Complicaciones prenatales.
- Conducta suicida.
- Crueldad con los animales.
- Deterioro neurológico (p. ej., electroencefalograma [EEG] positivo, traumatismo craneal, convulsiones).
- Impulsividad.
- Infracciones con vehículos a motor (p. ej., infracciones de tráfico, uso de vehículo de motor para liberar la ira).
- Intoxicación patológica.
- Lenguaje corporal negativo (p. ej., postura rígida, puños y mandíbulas contraídos, hiperactividad, deambular, posturas amenazadoras).
- Patrón de amenaza de violencia (p. ej., amenaza verbal sobre propiedades/personas, amenazas sociales, maldiciones, notas/gestos de amenaza, amenazas sexuales).
- Patrón de conducta violenta antisocial (p. ej., robar, pedir prestado de forma insistente, demandas insistentes de privilegios, interrupciones insistentes, rechazo a la comida/medicación, ignorar las instrucciones).
- Patrón de violencia dirigida a otros (p. ej., pegar, dar patadas, escupir, arañar a otros, tirar objetos/morder a alguien, intentar violación, violar, molestar sexualmente, orinar/defecar sobre una persona).
- Patrón de violencia indirecta (p. ej., arrancar objetos de las paredes, orinar/defecar en el suelo, patalear, sufrir rabietas, tirar objetos, romper ventanas, golpear las puertas, insinuaciones sexuales).
- Piromanía.
- Trastorno psicótico.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Contaminación
(2006; NDE 2.1)

Definición
Exposición a contaminantes ambientales en dosis suficientes para causar efectos adversos para la salud.

Características definitorias

Pesticidas
- Efectos dermatológicos de la exposición a pesticidas.
- Efectos gastrointestinales de la exposición a pesticidas.
- Efectos neurológicos de la exposición a pesticidas.
- Efectos pulmonares de la exposición a pesticidas.
- Efectos renales de la exposición a pesticidas.

Polución
- Efectos neurológicos de la
- exposición a la polución.
- Efectos pulmonares de la exposición a la polución.

Productos biológicos
- Efectos dermatológicos de la exposición biológica.
- Efectos gastrointestinales de la exposición biológica.
- Efectos neurológicos de la exposición biológica.
- Efectos pulmonares de la exposición biológica.
- Efectos renales de la exposición biológica.

Productos de desecho
- Efectos dermatológicos de la exposición a productos de desecho.
- Efectos gastrointestinales de la exposición a productos de desecho.
- Efectos hepáticos de la exposición a productos de desecho.
- Efectos pulmonares de la exposición a productos de desecho.

Productos químicos
m Efectos dermatológicos de la exposición química.
- Efectos gastrointestinales de la exposición química.
- Efectos inmunológicos de la exposición química.
- Efectos neurológicos de la exposición química.
- Efectos pulmonares de la exposición química.
- Efectos renales de la exposición química.

Radiación

- Efectos genéticos de la exposición a la radiación.
- Efectos inmunológicos de la exposición a la radiación.
- Efectos neurológicos de la exposición a la radiación.
- Efectos oncológicos de la exposición a la radiación.
- Exposición a material radiactivo.

Factores relacionados

Externos

- Contaminación química de los alimentos.
- Contaminación química del agua.
- Descamación, desconchamiento de superficies en presencia de niños pequeños (p. ej., pintura, yeso).
- Descomposición insuficiente de los contaminantes.
- Económicamente desfavorecidos.
- Exposición a áreas con elevados niveles de contaminación.
- Exposición a bioterrorismo.
- Exposición a desastres (naturales o causados por el hombre).
- Exposición a polución atmosférica.
- Exposición a radiación.
- Exposición a sustancias químicas sin protección (p. ej., arsénico).
- Ingestión de material contaminado (p. ej., radiactivo, alimentos, agua).
- Jugar en lugares donde se usan contaminantes ambientales.
- Prácticas de higiene doméstica inadecuadas.
- Prácticas de higiene personal inadecuadas.

H Ropas de protección inadecuadas.

a Servicios municipales insuficientes (p. ej., retirada de basuras, tratamiento de aguas residuales).

- Suelos enmoquetados.
- Uso de contaminantes ambientales en el hogar.
- Uso de material nocivo en un área insuficientemente ventilada (p. ej., laca, pintura).
- Uso de material nocivo sin protección eficaz (p. ej., laca, pintura).

B Uso inadecuado de las ropas de protección.

Internos

- Características del desarrollo en los niños.
- Edad gestacional durante la exposición.
- Edad (p. ej., niños <5 años, adultos mayores).
- Embarazo.
- Enfermedades previas.
- Exposición concomitante.
- Exposiciones previas a contaminantes.
- Nutrición inadecuada.
- Sexo femenino.
- Tabaquismo.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Riesgo de contaminación
(2006, 2013; NDE 2.1)

Definición
Vulnerable a una exposición a contaminantes ambientales, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Externos
- Contaminación química de los alimentos.
- Contaminación química del agua.
- [a] Descamación, desconchamiento de superficies en presencia de niños pequeños (p. ej., pintura, yeso).
- Descomposición insuficiente de los contaminantes.
- Económicamente desfavorecidos.
- [H] Exposición a áreas con elevados niveles de contaminación.
- Exposición a bioterrorismo.
- Exposición a desastres (naturales o causados por el hombre).
- Exposición a metales pesados sin protección (p. ej., cromo, plomo).
- Exposición a polución atmosférica.
- Exposición a radiación.
- Exposición a sustancias químicas sin protección (p. ej., arsénico).

Internos
- Características del desarrollo en los niños.
- Edad gestacional durante la exposición.
- Edades extremas.
- Embarazo.
- Enfermedades previas.

- Jugar en lugares donde se usan contaminantes ambientales.
- Prácticas de higiene doméstica inadecuadas.
- Prácticas de higiene personal inadecuadas.
  Ropas de protección inadecuadas.
  Servicios municipales insuficientes (p. ej., retirada de basuras, tratamiento de aguas residuales).
- Suelos enmoquetados.
- Uso de contaminantes ambientales en el hogar.
- Uso de material nocivo en un área insuficientemente ventilada (p. ej., laca, pintura).
- Uso de material nocivo sin protección eficaz (p. ej., laca, pintura).

[a] Uso inadecuado de las ropas de protección.

[a] Exposición concomitante.
" Exposiciones previas a contaminantes.

- Nutrición inadecuada.
- Sexo femenino.
- Tabaquismo.

Riesgo de intoxicación

(1980, 2006, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a una ingestión o exposición accidental a drogas o productos peligrosos en dosis suficientes, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Externos

- Acceso a agentes farmacológicos.
- Acceso a drogas ilícitas, potencialmente contaminadas con aditivos venenosos.
- Acceso a productos peligrosos.

Internos

- Alteración emocional.
- Alteración de la función cognitiva.
- Conocimiento insuficiente de la prevención de la intoxicación.

Acceso a una gran cantidad de productos farmacéuticos en el hogar.
Entorno laboral sin las debidas medidas de seguridad.

Conocimiento insuficiente de los agentes farmacológicos.
Disminución de la visión.
Precauciones insuficientes contra la intoxicación.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodados

(2010, 2013; NDE 2.1)

Definición

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

Factores de riesgo

- Ansiedad.
- Antecedentes de alergia.
- Antecedentes previos de efectos adversos al medio de contraste yodado.
- Debilidad generalizada.
- Deshidra tación.
- Edades extremas.
- Efecto adverso del medio de contraste.
  - Enfermedad crónica.
  - Inconsciencia.

  " Uso concurrente de agentes farmacológicos (p. ej., betabloqueantes, interleucina 2, metmorfina, nefrotóxicos).

vvvvvv TIKIil.Ori!

- Venas frágiles (p. ej., quimioterapia/ radioterapia en la extremidad que debe inyectarse, canalización de vía venosa durante >24 horas, disección previa del nodulo linfático axilar de la extremidad en que se debe inyectar, acceso intravenoso distal).

Riesgo de respuesta alérgica

(2010, 2013; NDE 2.1)

Definición

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

Factores de riesgo

- Alergia a picaduras de insectos.
- Alergia alimentaria (p. ej., aguacate, plátano, castañas, kiwi, cacahuete, marisco, setas, frutas tropicales).
- Exposición a alérgenos ambientales (p. ej., caspa, polvo, moho, polen).
- Exposición a alérgenos (p. ej., agentes farmacológicos).
- Exposición a químicos tóxicos.
- Exposición repetida a sustancias ambientales alergénicas.

\v-YV'VV n m u l a t u g

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Respuesta alérgica al látex
(1998, 2006; NDE 2.1)

Definición
Reacción de hipersensibilidad a los productos de goma de látex natural.

Características definitorias

Características gastrointestinales
- Dolor abdominal.
- Náuseas.

Características generalizadas
- Edema generalizado.
- Inquietud.
- Malestar generalizado.
- Manifiesta calor en todo el cuerpo.
- Rubor.

Características orofaciales
- Congestión nasal.
- Edema periorbital.
- Eritema (p. ej., ocular, facial, nasal).
- Lagrimeo.
- Prurito (p. ej., ocular, facial, nasal, oral).
- Rinorrea.

Reacciones de amenaza vital en la primera hora tras la exposición
- Broncoespasmo.
- Disnea.
- Edema (p.ej., labios, garganta, lengua, úvula).
- Hipotensión.
- Infarto de miocardio.
- Opresión en el pecho.
- Paro respiratorio.
- Sibilancias.
- Síncope.
- Urticaria de contacto que progresa hasta síntomas generalizados.

Reacciones tipo IV que ocurren £ 1 hora después de la exposición
- Eczema.
- Enrojecimiento de la piel.
- Irritación de la piel.
- Reacción de malestar los aditivos (p. ej.,tiuram, carbamatos).

Factores relacionados

- Hipersensibilidad a la proteína

de la goma de látex natural.

Riesgo de respuesta alérgica al látex

(1998, 2006, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a una reacción de hipersensibilidad a los productos de goma de látex natural, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Alergia a la ponsetia.
- Alergia alimentaria (p. ej., aguacate, plátano, frutos secos, kiwi, cacahuete, marisco, setas, frutas tropicales).
- Antecedentes de alergia.
- Antecedentes de asma.
- Antecedentes de cirugía durante la infancia.
- Antecedentes de reacción al látex.
- Exposición frecuente a productos de látex.
- Múltiples procedimientos quirúrgicos.

wvviw. '.j-lli'

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Hipertermia
(1986, 2013; NDE 2.2)

Definición
Temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.

Características definitorias

- Apnea.
- Coma.
- Convulsiones.
- El lactante no mantiene la succión.
- Estupor.
- Hipotensión.
- Irritabilidad.
- Letargía.
- Piel caliente al tacto.
- Piel ruborizada.
- Postura anormal.
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Vasodilatación.

Factores relacionados

Isquemia.
Sepsis.
Temperatura ambiental

- Actividad vigorosa.
- Agentes farmacológicos.
- Aumento de la tasa metabólica.
- Deshidratación.
- Disminución de la respuesta sudorativa.
- Enfermedad.
- elevada.
- Traumatismos.
- Vestimenta inapropiada.

la

- wvvw.naiHla.org

Hipotermia
(1986, 1988, 2013; NDE 2.2)

Definición
Temperatura corporal central inferior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.

Características definitorias

- Aumento de la tasa metabólica.
- Aumento del consumo de oxígeno.
- Bradicardia.
- Cianosis de los lechos ungueales.
- Cianosis distai.
- Disminución de la ventilación.
- Disminución del nivel de glucosa en sangre.
- Escalofríos.
- Hipertensión.
- Hipoglucemia.
- Hipoxia.
- Piel fría al tacto.
- Piloerección.
- Relleno capilar lento.
- Taquicardia.
- Vasoconstricción periférica.

Neonatos

- Hipotermia grado 1, temperatura central 36-36,5 °C.
- Hipotermia grado 2, temperatura central 35-35,9 °C.
- Hipotermia grado 3, temperatura central 34-34,9 °C.
- Hipotermia grado 4, temperatura central <34 °C.
- Acidosis metabólica.
- Distrés respiratorio.

Niños y adultos: Baja temperatura acddental

- Hipotermia leve, temperatura central 32-35 °C.
- Hipotermia grave, temperatura central <30 °C.
- Hipotermia moderada, temperatura central 30-32 °C.

Niños y adultos: Pacientes lesionados

- Hipotermia, temperatura central <35 °C.

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

- Ictericia.
- Irritabilidad.
- Lactante con insuficiente energía para mantener la succión.
- Lactante con insuficiente ganancia de peso (<30 g/d).
- Palidez.

Hipotermia grave, temperatura central <32 °C.

- Agentes farmacológicos.
- Conocimiento insuficiente del cuidador sobre la prevención de la hipotermia.
- Consumo de alcohol.
- Disminución de la tasa metabólica.
- Económicamente desfavorecidos.
- Edades extremas.
- Inactividad.
- Lesión del hipotálamo.
- Malnutrición.
- Pesos extremos.
- Radioterapia.
- Reserva de grasa subcutánea insuficiente.
- Ropa de vestir insuficiente.
- Temperatura ambiental baja.
- Transferencia de calor (p. ej., conducción, convección, evaporación, radiación).
- Traumatismos.

Neonatos

- Aumento de la demanda de oxígeno.
- Aumento de la resistencia vascular pulmonar (RVP).
- Aumento de la superficie corporal en relación al peso.
- Baño precoz del recién nacido.
- Capa córnea inmadura.
- Control vascular ineficaz.
- Parto extrahospitalario de alto riesgo.
- Parto extrahospitalario no planificado.
- Retraso en la lactancia materna.
- Termogénesis sin temblor ineficaz.

www nnnd.t.r ■>:

00253

Riesgo de hipotermia

(2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a un fallo de la termorregulación que puede resultar en una temperatura corporal central inferior al rango diurno normal y que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Agentes farmacológicos.
- Conocimiento insuficiente del cuidador sobre la prevención de la hipotermia.
- Consumo de alcohol.
- Económicamente desfavorecidos.
- Edades extremas.
- Inactividad.
- Lesión del hipotálamo.
- Malnutrición.
- Pesos extremos.
- Radioterapia.
- Reserva de grasa subcutánea insuficiente.
- Ropa de vestir insuficiente.
- Temperatura ambiental baja.
- Transferencia de calor (p. ej., conducción, convección, evaporación, radiación).
- Traumatismos.

Neonatos

- Hipotermia grado 1, temperatura central cercana a 36,5 °C.
- Hipotermia grado 2, temperatura central cercana a 36 °C.
- Hipotermia grado 3, temperatura central cercana a 35 °C.
- Hipotermia grado 4, temperatura central cercana a 34 °C.
- Aumento de la demanda de oxígeno.
- Aumento de la resistencia vascular pulmonar (RVP).
- Aumento de la superficie corporal en relación al peso.
- Baño precoz del recién nacido.
- Capa córnea inmadura.
- Control vascular ineficaz.
- Disminución de la tasa metabólica.
- Parto extrahospitalario de alto riesgo.
- Parto extrahospitalario no planificado.
- Retraso en la lactancia materna.
- Termogénesis sin temblor ineficaz.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Niños y adultos: baja temperatura corporal accidental

- Hipotermia leve, temperatura central cercana a 35 °C.
- Hipotermia moderada, temperatura central cercana a 32 °C.
- Hipotermia grave, temperatura central cercana a 30 °C.

Niños y adultos: pacientes lesionados

- Hipotermia, temperatura central cercana a 35 °C.
- Hipotermia grave, temperatura central cercana a 32 °C.

vv w vv.tiamiii.iii i:

00254

Riesgo de hipotermia perioperatoria

(2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a un descenso accidental de la temperatura corporal central por debajo de 36 °C que puede ocurrir desde una hora antes hasta 24 horas después de la cirugía y que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Anestesia combinada, regional y general.
- Bajo peso corporal.
- Complicaciones cardiovasculares.
- Neuropatía diabética.
- Procedimiento quirúrgico.
- Puntuación >1 según la clasificación del estado físico de la American Society of
- Anesthesiologists (ASA).
- Temperatura ambiental baja.
- Temperatura preoperatoria baja (<36 °C).
- Transferencia de calor (p. ej., gran volumen de infusión fría, irrigación fría >20 litros).

ww'

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal

(1986, 2000, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a sufrir un fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Actividad vigorosa.
- Afección que perjudica la regulación de la temperatura.
- Agentes farmacológicos.
- Alteración de la tasa metabólica.
- Aumento de la demanda de oxígeno.
- Aumento de la superficie
- corporal en relación al peso.
- Deshidratación.
- Disminución de la respuesta sudorativa.
- Edades extremas.
- Inactividad.
- Lesión cerebral aguda.
- Pesos extremos.
- Reserva de grasa subcutánea insuficiente.
- Ropa inadecuada para la temperatura ambiental.
- Sedación.
- Sepsis.
- Temperaturas ambientales extremas.
- Termogénesis sin temblor ineficaz.

Termorregulación ineficaz
(1986)

Definición
Fluctuación de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.

Características definitorias

- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal.
- Cianosis de los lechos ungueales.
- Convulsión.
- Escalofríos leves.
- Fluctuación de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal.
- Hipertensión.
- Palidez moderada.
- Piel caliente al tacto.
- Piel fría al tacto.
- Piel ruborizada.
- Piloerección.
- Reducción de la temperatura corporal por debajo del rango normal.
- Relleno capilar lento.
- Taquicardia.

Factores relacionados

- Edades extremas.
- Enfermedad.

Fluctuación de la temperatura ambiental.
Traumatismos.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Dominio 12
Confort

DOMINIO 12. CONFORT *Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social*		
Clase 1. Confort físico *Sensación de bienestar, alivio y lo ausencia de dolor*		
Código	Diagnóstico	Página
00183	Disposición para mejorar el confort	437
00214	Disconfort	438
00132	Dolor agudo	439
00133	Dolor crónico	441
00256	Dolor de parto	443
00134	Náuseas	444
00255	Síndrome de dolor crónico	445
Clase 2. Confort del entorno *Sensación de bienestar o alivio en/con el propio entorno*		
Código	Diagnóstico	Página
00183	Disposición para mejorar el confort	437
00214	Disconfort	438

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Hcather Herdman y Shigemi Kamitsuru.

©2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.

Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Clase 3. Confort social *Sensación de bienestar o alivio con la situación social propia*		
Código	Diagnóstico	Página
00053	Aislamiento social	446
00183	Disposición para mejorar el confort	437
00214	Disconfort	438
00054	Riesgo de soledad	447

Clase 1. *Confort físico*
Clase 2. *Confort del entorno*
Clase 3. *Confort social*

00183

Disposición para mejorar el confort

(2006, 2013; NDE 2.1)

Definición

Patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social, que puede ser reforzado.

Características definitorias

- Expresa deseo de mejorar el confort.
- Expresa deseo de mejorar el sentimiento de satisfacción.
- Expresa deseo de mejorar la relajación.
- Expresa deseo de mejorar la resolución de quejas.

■v w w.n.nul.i orí»

<0 Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Clase 1. *Confort físico*
Clase 2. *Confort del entorno*
Clase 3. *Confort social*

00214
Disconfort
(2008,2010; NDE 2.1)

Definición
Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social.

Características definitorias

- Ansiedad.
- Cambios en el patrón de sueño.
- Gemidos.
- Incapacidad para relajarse.
- Inquietud.
- Insatisfacción con la situación.
- Intranquilidad en la situación.
- Irritabilidad.
- Llanto.
- Prurito.
- Sensación de calor.
- Sensación de disconfort.
- Sensación de frío.
- Sensación de hambre.
- Síntomas de malestar.
- Suspiros.
- Temor.

Factores relacionados

- Control insuficiente sobre el entorno.
- Control insuficiente sobre la situación.
- Estímulos ambientales nocivos.
- Falta de intimidad.
- Recursos insuficientes (p. ej., económicos, sociales, conocimientos).
- Régimen terapéutico.
- Síntomas relacionados con la enfermedad.

www.nnmIa.ori'

Dolor agudo
(1996, 2013; NDE 2.2)

Definición

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

Características definitorias

- Atención centrada en el yo.
- Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas (p. ej., escala de caras Wong-Baker, escala visual analógica, escala de puntuación numérica).
- Autoinforme de las características del dolor usando un instrumento estandarizado (p. ej., cuestionario del dolor de McGill, breve inventario del dolor).
- Cambio en el apetito.
- Cambio en parámetros fisiológicos (p. ej., tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y dióxido de carbono [$C0_2$] final-tital o dióxido de carbono de final de la espiración).
- Conducta de distracción.
- Conducta de protección.
- Conducta defensiva.
- Conducta expresiva (p. ej., inquietud, llanto, vigilancia).
- Desesperanza.
- Diaforesis.
- Dilatación pupilar.
- Estrechamiento del foco de atención (p. ej., percepción del tiempo, procesos de pensamiento, interacción con las personas y el entorno).
- Evidencia de dolor al usar una lista de verificación estandarizada de dolor en aquellos que no se pueden comunicar verbalmente (p. ej., escala de dolor neonatal para lactantes, lista de verificación del dolor para ancianos con habilidades de comunicación limitadas).
- Expresión facial de dolor (p. ej., ojos sin brillo, mirada abatida, movimientos fijos o escasos, muecas).
- Informes de personas próximas sobre cambios en conductas de dolor/cambios de actividades (p. ej., miembro de la familia, cuidador).
- Postura de evitación del dolor.

9 Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Factores relacionados

- Agentes lesivos biológicos (p. ej., infección, isquemia, cáncer).
- Agentes lesivos físicos (p. ej., absceso, amputación, quemadura, corte, levantar objetos pesados, procesos quirúrgicos, traumatismos, sobreentrenamiento).
- Agentes lesivos químicos (p. ej., quemadura, capsaicina, cloruro metílico, sulfuro de mostaza).

wvvw.noi nla.org

Dolor crónico
(1986, 1996, 2013; NDE 2.2)

Definición

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible con una duración superior a tres meses.

Características definítorias

- Alteración en la habilidad para continuar con las actividades previas.
- Anorexia.
- Atención centrada en el yo.
- Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas (p. ej., escala de caras Wong-Baker, escala visual analógica, escala de puntuación numérica).
- Autoinforme de las características del dolor usando un instrumento estandarizado (p. ej., cuestionario del dolor de McGill, breve inventario del dolor).

Cambios en el patrón de sueño.

Evidencia de dolor al usar una lista de verificación estandarizada de dolor en aquellos que no se pueden comunicar verbalmente (p. ej., escala de dolor neonatal para lactantes, lista de verificación del dolor para ancianos con habilidades de comunicación limitadas).
Expresión facial de dolor (p. ej., ojos sin brillo, mirada abatida, movimientos fijos o escasos, muecas).
Informes de personas próximas sobre cambios en conductas de dolor/cambios de actividades (p. ej., miembro de la familia, cuidador).

Factores relacionados

- Afección isquémica.
- Afección musculoesquelética crónica.

H Afección relacionada con postraumatismo (p. ej., infección, inflamación).

Agente lesivo* (*puede estar presente, pero no es necesario; el dolor puede ser de etiología desconocida).
Aislamiento social.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Antecedentes de abuso (p. ej., físico, psicológico, sexual).
- Antecedentes de abuso de sustancias.
- Antecedentes de ejercicio vigoroso.
- Antecedentes de mutilación genital.
- Antecedentes de posturas estáticas en el trabajo.
- Antecedentes de sobreendeudamiento.
- Aumento del índice de masa corporal.
- Aumento prolongado del nivel de cortisol.
- Cambios en el patrón de sueño.
- Compresión nerviosa.
- Contusión.
- Desequilibrio de neurotransmisores, neuromoduladores y receptores.
- Deterioro del funcionamiento metabólico.
- Distrés emocional.
- Edad >50 años.
- Fatiga.
- Fractura.
- Infiltración tumoral.
- Lesión de médula espinal.
- Lesión del sistema nervioso.
- Lesión muscular.
- Lesión por aplastamiento.
- Malnutrición.
- Manejo repetido de cargas pesadas.
- Patrón de sexualidad ineficaz.
- Sexo femenino.
- Trastorno genético.
- Trastorno inmunitario (p. ej., neuropatía asociada a virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], virus de la varicela-zóster).
- Uso prolongado del ordenador (>20 horas/semana).
- Vibración de todo el cuerpo.

www.nantJa.org

00256
Dolor de parto
(2013; NDE 2.1)

Definición
Experiencia sensorial y emocional que varía de agradable a desagradable, asociada al parto y el alumbramiento.

Características definitorias

- Alteración de la frecuencia cardíaca.
- Alteración de la frecuencia respiratoria.
- Alteración del funcionamiento urinario.
- Alteración del patrón de sueño.
- Alteración en la tensión muscular.
- Alteración en el funcionamiento neuroendocrino.
- Alteraciones en la presión arterial.
- Aumento del apetito.
- Conducta de distracción.
- Conducta de protección.
- Conducta expresiva.
- Contracción uterina.
- Diaforesis.
- Dilatación pupilar.
- Disminución del apetito.
- Dolor.
- Estrechamiento del foco.
- Expresión facial de dolor (p. ej., ojos sin brillo, mirada abatida, movimientos fijos o escasos, muecas).
- Náuseas.
- Postura de evitación del dolor.
- Presión perineal.
- Vómitos.

Factores relacionados

- Dilatación cervical.
- Expulsión fetal.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Náuseas
(1998, 2002, 2010; NDE 2.1)

Definición

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

Características definitorias

- Aumento de la deglución.
- Aumento de la salivación.
- Aversión hacia alimentos.

Náuseas.
Sabor amargo.
Sensación de náuseas.

Factores relacionados

Bioflsicos

- Aumento de la presión intracraneal (PIC).
- Disfunción bioquímica (p. ej., uremia, cetoacidosis diabética).
- Distensión gástrica.
- Embarazo.
- Enfermedad de Méniére.
- Enfermedad esofágica.
- Enfermedad pancreática.
- Exposición a toxinas.

Situacionales

u Ansiedad.

- Estímulos ambientales nocivos.
- Estímulos visuales desagradables.

Irritación gastrointestinal.
Laberintitis.
Mareo por el movimiento.
Meningitis.
Régimen terapéutico.
Tensión de la cápsula esplénica.
Tensión en la cápsula hepática.
Tumor localizado
(p. ej., neuroma acústico, tumor cerebral, metástasis ósea).
Tümores intraabdominales.

Sabores desagradables.
Temor.
Trastorno psicológico.

00255
Síndrome de dolor crónico
(2013; NDE2.2)

Definición

Dolor recurrente o persistente que ha durado un mínimo de tres meses, y que ha afectado de manera significativa el funcionamiento diario o el bienestar.

Características definitorias

- Aislamiento social (00053).
- Ansiedad (00146).
- Conocimientos deficientes (00126).
- Deterioro de la movilidad física (00085).
- Deterioro de la regulación del estado de ánimo (00241).
- Estreñimiento (00011).
- Estrés por sobrecarga (00177).
- Fatiga (00093).
- Insomnio (00095).
- Obesidad (00232).
- Temor (00148).
- Trastorno del patrón del sueño (00198).

w w IH IÍ!,I MI y

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

00053
Aislamiento social (1982)

Definición
Soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o amenazador.

Características definitorias

- Acciones repetitivas.
- Acciones sin sentido.
- Actitud triste.
- Afección discapacitante.
- Antecedentes de rechazo.
- Ausencia de sistema de apoyo.
- Contacto visual escaso.
- Deseo de estar solo.
- Enfermedad.
- Falta de propósito.
- Hostilidad.
- Incapacidad para satisfacer las expectativas de otros.
- Incongruencia cultural.
- Inexpresividad.
- Inseguridad en público.
- Miembro de una subcultura.
- Preocupación por los propios pensamientos.
- Retraimiento.
- Retraso en el desarrollo.
- Sentirse diferente de los demás.
- Soledad impuesta por otros.
- Valores incongruentes con las normas culturales.

Factores relacionados

Alteración de la apariencia física.
Alteración del bienestar.
Alteración del estado mental.
Conducta social incongruente con las normas.
Factores que causan un impacto en las relaciones personales (p. ej., retraso en el desarrollo).
Incapacidad para comprometerse en relaciones personales satisfactorias.
Intereses inadecuados para la etapa de desarrollo del individuo.
Recursos personales insuficientes (p. ej., logros, mala introspección, afectos escasos y mal controlados).
Valores incongruentes con las normas culturales.

Dominio 12. *Confort*

00054
Riesgo de soledad
(1994, 2006, 2013; NDE 2.1)

Definición

Vulnerable a experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Aislamiento físico.
- Aislamiento social.
- Deprivación afectiva.
- Deprivación emocional.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

I

Dominio 13
Crecimiento/desarrollo

DOMINIO 13. CRECIMIENTO Y DESARROLLO
Aumentos apropiados según edad de las dimensiones físicas, la maduración de los sistemas orgánicos yfo la progresión en las etapas del desarrollo

Clase 1. Crecimiento
Progreso o regresión a través de una semencia de etapas establecidas en la vida

Código	Diagnóstico	Página
00113	Riesgo de crecimiento desproporcionado	451

Clase 2. Desarrollo
Aumento de las dimensiones físicas o maduración de los sistemas orgánicos

Código	Diagnóstico	Página
00112	Riesgo de retraso en el desarrollo	452

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
©2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Riesgo de crecimiento desproporcionado

(1998, 2013)

Definición

Vulnerable a un crecimiento por encima del percentil 97 o por debajo del percentil 3 para la edad, cruzando percentiles de dos fuentes distintas, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Deprivación ambiental.
- Desastres naturales.
- Económicamente desfavorecidos.

Ambientales

- Envenenamiento por plomo.
- Exposición a teratógenos.
- Exposición a violencia.

Del individuo

Del cuidador

- Alteración de la función cognitiva.
- Dificultad para el aprendizaje.
- Presencia de abuso (p. ej., físico, psicológico, sexual).

m Abuso de sustancias.

- Anorexia.
- Apetito insaciable.
- Enfermedad crónica.
- Hábitos de alimentación incorrectos por parte del cuidador.

- Problemas de salud mental (p. ej., depresión, psicosis, trastornos de personalidad, abuso de sustancias).
- Hábitos incorrectos de autoalimentación.
- Infección.
- Malnutrición.
- Prematuridad.

Prenatales

- Abuso de sustancias.
- Exposición a teratógenos.
- Gestación múltiple.
- Infección materna.
- Nutrición materna inadecuada.
- Trastorno congénito.
- Trastorno genético.

Nota: Este diagnóstico se retirará de la Taxonomía NANDA-I en la edición de 2018-2020, *a menos que se haya completado el trabajo adicional para separar el foco en (1) el crea-miento que está por encima del percentil* 97 *y (2) el creámiento que está por debajo*

O Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

del I
percentil 3 en conceptos diagnósticos separados. *

Riesgo de retraso en el desarrollo

(1998, 2013)

Definición

Vulnerable a sufrir un retraso del 25% o más en las áreas de la conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras gruesas o finas, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Ambientales

- Económicamente
- desfavorecidos.

Exposición a violencia.

Del cuidador

- Dificultad para el aprendizaje.
- Presencia de abuso (p. ej., físico, psicológico, sexual).

Problemas de salud mental (p. ej., depresión, psicosis, trastornos de personalidad, abuso de sustancias).

Del individuo

- Abuso de sustancias.
- Antecedentes de adopción.
- Crisis convulsivas.
- Dependencia de la tecnología (p. ej., ventilador, comunicación aumentativa).
- Desastres naturales.

Nutrición inadecuada.
Otitis media recurrente.
Participación en el sistema de acogida.
Prematuridad.
Prueba de cribaje de drogas positiva.
Régimen terapéutico.
Retraso en el desarrollo.
Trastorno conductual (p. ej., déficit de atención, oposición desafiante).
Trastorno congénito.
Trastorno genético.

I*m* Deterioro auditivo.

- Deterioro de la visión.
- Enfermedad crónica.
- Envenenamiento por plomo.
- Lesión cerebral (p. ej., abuso, accidente, hemorragia, síndrome del niño maltratado).

Prenatales

- Abuso de sustancias por parte de la madre.
- Analfabetismo funcional de los padres.
- Cuidado prenatal insuficiente.
- Cuidados prenatales del último período del embarazo.
- Económicamente desfavorecidos.
- Edad materna <15 años.
- Edad materna >35 años.
- Embarazo no deseado.
- Embarazo no planificado.
- Infección.
- Nutrición inadecuada.
- Trastorno endocrino.
- Trastorno genético.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Diagnósticos enfermeros aceptados para desarrollo y validación clínica 2015-2017

Un diagnóstico, *perturbación del campo de energía* (00050), ha sido recalifi-
cado a un nuevo nivel de evidencia: nivel teórico (1.3). La razón de esta recalificación, que retira el diagnóstico de la taxonomía, es que toda la literatura utilizada para fundamentar el diagnóstico estaba relacionada con intervenciones, no con el concepto de campo de energía en sí mismo o el concepto de perturbación del campo de energía.

Para poder ser considerado en este nivel de evidencia se deben proporcionar la definición, las características definitorias y los factores relacionados o factores de riesgo juntamente con las citas bibliográficas disponibles. La opinión de expertos se puede usar para justificar la necesidad de un diagnóstico. La intención de los diagnósticos recibidos en este nivel es facilitar la discusión del concepto, probar la utilidad y aplicabilidad clínica y estimular la investigación. En este momento la etiqueta y sus componentes se categorizan como «Aceptados para desarrollo y validación clínica», y se identifican como tal en la página web de NANDA-I (www.nanda.org) y en una sección separada del texto *Definiciones y clasificación.*

Perturbación del campo de energía (anteriormente con el código 00050); *retirado de la taxonomía, categorizado como NDE 1.3* 2073(1994, 2004)

Definición

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

Características definitorias

Percepción de cambios en los patrones de flujo de energía como:
Movimiento (ondulante, dentado, titilante, denso, fluido).
Sonidos (tono, palabras).
Cambios de temperatura (calor, frío).

NANDA International, lnc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.

© 2014 NANDA International lnc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

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

Factores relacionados

■ Enlentecimiento o bloqueo de los flujos de energía que conducen a:

- □ Factores madurativos:
  - Crisis de desarrollo relacionadas con la edad.
  - Dificultades de desarrollo relacionadas con la edad.
- □ Factores fisiopatológicos:
  - Enfermedad.
  - Lesión.
  - Embarazo.
- □ Factores situacionales:
  - Ansiedad.
  - Temor.
  - Duelo.
  - Dolor.
- □ Factores relacionados con el tratamiento:
  - Quimioterapia.
  - Inmovilidad.
  - Parto y alumbramiento.
  - Experiencia perioperatoria.

Parte 4
NANDA Internacional, Inc. 2015-2017

Posicionamiento de NANDA International 459
Procesos y procedimientos para el envío y revisión de diagnósticos a NANDA International 461
Glosario de términos 464
Invitación a unirse a NANDA International 470

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
©2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Posicionamiento de NANDA International

De vez en cuando la Junta de Directores de NANDA International proporciona posicionamientos como resultado de demandas de miembros o usuarios de la taxonomía n de NANDA-I. Actualmente existen dos posicionamientos: uno se refiere al uso de la taxonomía II de NANDA-I como marco de valoración y el otro se refiere a la estructura de la formulación de los diagnósticos enfermeros cuando se incluyen en un plan de cuidados. NANDA-I publica estos posicionamientos en un intento de prevenir que otros puedan interpretar la postura de NANDA-I sobre cuestiones importantes y al mismo tiempo para evitar interpretaciones o comprensiones erróneas.

Posicionamiento n.° 1 de NANDA International. El uso de la taxonomía 11 como marco para la valoración

La valoración enfermera constituye el punto de inicio para determinar el diagnóstico enfermero. Es vital que se utilice un marco de valoración reconocido en la práctica para identificar los problemas del paciente*, los riesgos y los resultados para mejorar la salud.

NANDA International no avala un único método o instrumento de valoración. El uso de un marco de valoración basado en la evidencia como la valoración por Patrones Funcionales de Salud de Gordon debería guiar las valoraciones que ayudan a las enfermeras en la determinación de los diagnósticos enfermeros de NANDA-I.

Para una determinación precisa de los diagnósticos enfermeros la mejor práctica es un marco de valoración útil y basado en la evidencia.

Posicionamiento n.° 2 de NANDA International. La estructura de la formulación del diagnóstico enfermero cuando está incluido en un plan de cuidados

NANDA International cree que la estructura de la formulación de un diagnóstico enfermero debe incluir la etiqueta diagnóstica y los factores relacionados manifestados por las características definitorias. Ésta es la mejor práctica y también puede ser una estrategia de enseñanza eficaz.

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017,
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
©2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

La precisión del diagnóstico enfermero se valida cuando una enfermera es capaz de identificar claramente una relación entre las características definitorias y factores relacionados y/o factores de riesgo encontrados en la valoración del paciente1.

Aunque ésta se reconoce como la mejor práctica, es posible que algunos sistemas de información no proporcionen la oportunidad de hacerlo de esta manera. Los líderes de enfermería y las enfermeras informáticas deben trabajar conjuntamente para asegurar que existen soluciones informáticas que permiten a la enfermera validar la precisión de los diagnósticos a través de la identificación clara de la formulación diagnóstica, factores relacionados y/o de riesgo y características definitorias.

1NANDA International define paciente como «personas, familia, grupo o comunidad».

Actualizado en octubre de 2010 por la Junta de Directores de NANDA International.

Procesos y procedimientos para el envío y revisión de diagnósticos a NANDA International

Los diagnósticos propuestos y las revisiones de diagnósticos pasan por una revisión sistemática para determinar la consistencia con los criterios establecidos para un diagnóstico enfermero. Todos los envíos son organizados a continuación en función de la evidencia que o bien apoya el nivel de desarrollo o el nivel de validación.

Los diagnósticos pueden ser enviados en distinto estado de desarrollo (p. ej., etiqueta y definición; etiqueta, definición, características definitorias o factores de riesgo; nivel teórico para desarrollo y validación clínica; o etiqueta, definición, características definitorias y factores relacionados).

Las guías para el envío de diagnósticos NANDA-I están disponibles en la página web NANDA-I (www.nanda.org). Los diagnósticos deberían ser enviados por vía electrónica usando el formato disponible en la página web de NANDA-I.

A su recepción los diagnósticos son adjudicados a un revisor principal del Comité de Desarrollo Diagnóstico (CDD). Esta persona trabajará con el remitente a la vez que el CDD revisa el envío.

La información sobre el *proceso completo de revisión* y el *proceso rápido de revisión* para todos los diagnósticos nuevos y revisados enviados está disponible en nuestra web (www.nanda.org) en la sección de desarrollo diagnóstico. Recomendamos vivamente a todos los remitentes potenciales revisar esta información antes del envío.

También está disponible en nuestra página web información en relación al *procedimiento para apelar una decisión del CDD en relación a la revisión*
de un diagnóstico. Este proceso explica los recursos de los que dispone un remitente si su envío no es aceptado.

Envío de diagnósticos a NANDA 1: criterios de nivel de evidencia

El Comité de Educación e Investigación de NANDA-I ha estado revisando y analizando los criterios apropiados para reflejar mejor el estado de la ciencia relacionada con la enfermería basada en la evidencia. Las personas interesadas en enviar un diagnóstico deberían consultar la página web de NANDA-I para las actualizaciones, a medida que éstas estén disponibles (www.nanda.org).

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Hearher Herdman y Shigemi Kamitsuru.
O 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.

Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

1.1 Solamente etiqueta

La etiqueta es clara, formulada en un nivel básico y refrendada por referencias bibliográficas que están identificadas. El CDD consultará con el remitente y proporcionará formación relacionada con el desarrollo diagnóstico a través de las guías editadas y talleres. En este nivel la etiqueta es categorizada como «recibida para desarrollo» e identificada como tal en la página web de NANDA.

1.2 Etiqueta y definición

La etiqueta es clara y está formulada en un nivel básico. La definición es consistente con la etiqueta. La etiqueta y la definición son distintas de otros diagnósticos y definiciones de NANDA-I. La definición es diferente de las características definitorias y la etiqueta, y estos componentes no están incluidos en la definición. En este nivel el diagnóstico debe ser consistente con la definición de diagnóstico enfermero de NANDA-I (v. «glosario de términos»). La etiqueta y la definición están refrendadas por referencias bibliográficas y éstas están identificadas. En este nivel la etiqueta y su definición son categorizadas como «recibidas para desarrollo» e identificadas como tales en la página web de NANDA-I.

1.3 Nivel teórico

Se proporciona la definición, características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo junto con referencias teóricas si están disponibles. Se puede usar la opinión de expertos para justificar la necesidad del diagnóstico.
La intención del diagnóstico que se recibe en este nivel es facilitar la discusión del concepto, probar la utilidad clínica y la aplicabilidad y estimular la investigación. En este nivel la etiqueta y sus componentes son categorizados como «recibidos para desarrollo y validación clínica», identificados como tal en la página web de NANDA-I y en una sección aparte de este libro.

2. Aceptado para publicación e inclusión en la taxonomía II de NANDA-I

2.1 Etiqueta, definición, características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo y referencias bibliográficas.

Se citan las referencias bibliográficas para la definición, cada característica definitoria y cada factor relacionado o factor de riesgo. Además se requiere la identificación de resultados e intervenciones con una terminología estandarizada de enfermería para cada diagnóstico (p. ej., NOC, NIC).

2.2 Análisis conceptual

Se han cumplido los criterios en 2.1. Además se requiere una revisión

descriptiva de la literatura relevante que finalice en un análisis conceptual

que demuestre la existencia de un cuerpo de conocimientos sustantivo subyacente al diagnóstico. La revisión de la literatura/análisis conceptual proporciona consistencia a la etiqueta y la definición, e incluye la discusión y refrenda las características definitorias y los factores relacionados (para los diagnósticos focalizados en problemas), factores de riesgo (para los diagnósticos de riesgo), o las características definitorias (para los diagnósticos de promoción de la salud).

2.3 Estudios de consenso relacionados con el uso del diagnóstico por expertos

Se cumplen los criterios en 2.1. Los estudios incluyen aquellos que utilizan una metodología en la que se solicita la opinión de expertos, Delphi y similares acerca de los componentes diagnósticos en los que los sujetos son las enfermeras.

3. ***Fundamentados clínicamente (validación y prueba)***

3.1 Síntesis de la literatura

Se cumplen los criterios en 2.2. El formato de la síntesis es una revisión integrada de la literatura. Se proporciona la búsqueda de términos/ MESH usada en la revisión para ayudar a futuros investigadores.

3.2 Estudios clínicos relacionados con el diagnóstico pero no generalizabas a la población

Se cumplen los criterios en 2.2. La exposición incluye una descripción de los estudios relacionados con el diagnóstico que contiene características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo. Los estudios pueden ser cualitativos o cuantitativos y se utilizan muestras no aleatorias en las cuales los sujetos son los pacientes.

3.3 Estudios clínicos bien diseñados con muestras de pequeño tamaño

Se cumplen los criterios en 2.2. La exposición incluye una descripción de los estudios relacionados con el diagnóstico que contiene características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo. Se utilizan muestras aleatorias pero el tamaño de la muestra es limitado.

3.4 Estudios clínicos bien diseñados con muestras aleatorias de suficiente tamaño para permitir la generalización a la población general

Se cumplen los criterios en 2.2. La exposición contiene una descripción de los estudios relacionados con el diagnóstico que incluye características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo. Se utilizan muestras aleatorias y el tamaño de la muestra es suficiente para permitir la generalización de los resultados a la población general.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Glosario de términos

Diagnóstico enfermero

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 2013.)

Diagnóstico enfermero focalizado en el problema

Juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital.

Diagnóstico enfermero de promoción de la salud

Juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud humano. Estas respuestas se expresan por una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud y pueden ser utilizados en cualquier estado de salud. Las respuestas de promoción de la salud se pueden dar en una persona, familia, grupo o comunidad.

Diagnóstico enfermero de riesgo

Juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital.

Síndrome

Juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares.

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
©2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

Ejes diagnósticos

Ejes

Un eje se define operativamente como una dimensión de la respuesta humana que es considerada en el proceso diagnóstico. Existen siete ejes para un diagnóstico enfermero, que son paralelos a los definidos por el Modelo de Referencia de Estándares Internacional:

Eje 1: foco del diagnóstico.
Eje 2: sujeto del diagnóstico (persona, familia, grupo, cuidador, comunidad, etc.).
Eje 3: juicio (deterioro, ineficaz, etc.).
Eje 4: localización (vejiga, auditivo, cerebral, etc.).
Eje 5: edad (lactante, niño, adulto, etc.).
Eje 6: tiempo (crónico, agudo, intermitente).
Eje 7: estado del diagnóstico (focalizado en el problema, de riesgo, de promoción de la salud).

Los ejes están representados en la etiqueta de los diagnósticos enfermeros a través de sus valores. En algunos casos se nombran explícitamente, como en el diagnóstico *afrontamiento ineficaz de ¡a comunidad* y *afrontamiento familiar comprometido.* En los cuales el sujeto del diagnóstico (en el primer caso la «comunidad» y en el segundo la «familia») se nombra usando los dos valores «comunidad» y «familia» tomados del eje 2 (sujeto del diagnóstico), *«ineficaz»* y *«comprometido»* son dos de los valores contenidos en el eje 3 (juicio).

En algunos casos el eje está implícito, como ocurre con *intolerancia a la actividad,* en el cual el sujeto del diagnóstico (eje 2) es siempre el paciente. En algunos casos un eje puede no ser pertinente para un diagnóstico en particular, y por tanto no forma parte de la etiqueta diagnóstica. Por ejemplo, el eje tiempo puede no ser relevante para todos los diagnósticos. En el caso de diagnósticos sin identificación explícita del sujeto del diagnóstico puede resultar de ayuda recordar que NANDA-I define el paciente como *«un individuo, familia, grupo o comunidad».*

El eje 1 (el foco) y el eje 3 (el juicio) son componentes esenciales de un diagnóstico enfermero. En algunos casos, sin embargo, el foco contiene el juicio (p. ej., *náuseas);* en estos casos el juicio no está explícitamente separado de la etiqueta diagnóstica. El eje 2 (sujeto del diagnóstico) también es esencial, aunque tal como se mencionó anteriormente puede estar implícito, y por tanto no incluido en la etiqueta. El Comité de Desarrollo Diagnóstico requiere estos ejes para el envío de un diagnóstico; los otros ejes pueden ser usados cuando sean relevantes para mayor claridad.

e Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Eje 1 Foco del diagnóstico

El foco es el principal elemento o la parte fundamental y esencial, la raíz, del diagnóstico enfermero. Describe la «respuesta humana» que es la esencia del diagnóstico.

El foco del diagnóstico puede constar de uno o más nombres. Cuando se usa más de un nombre (p. ej., *intolerancia a la actividad),* cada uno de ellos aporta un significado único al diagnóstico, como si entre los dos formaran un nombre único; el significado del término combinado, sin embargo, es diferente del significado de los dos nombres por separado. Con frecuencia se puede usar un adjetivo *(espiritual)* con un nombre *(sufrimiento)* para denotar el foco *sufrimiento espiritual* (v. cap. 4, tabla 1, p. 95).

Eje 2 Sujeto del diagnóstico

Se define el sujeto del diagnóstico como la(s) persona(s) para quien(es) se determina el diagnóstico enfermero. Los valores del eje 2 que representan la definición de N AND A-I de «paciente» son:

Individuo: ser humano individual distinto de otros, una persona.
Cuidador: miembro de la familia o ayudante que cuida regularmente de un niño o una persona enferma, anciano o persona discapacitada.
Familia: dos o más personas que mantienen relaciones continuadas, que perciben obligaciones recíprocas, sentimiento de significado en común y comparten ciertas obligaciones hacia otros; con relación consanguínea o por elección.
Grupo: un número de personas con unas características comunes.
Comunidad: un grupo de personas que viven en una misma localidad bajo el mismo gobierno. Algunos ejemplos incluyen barrios y ciudades.

Eje 3 Juicio

Un juicio es un descriptor o modificador que limita o especifica el significado del foco del diagnóstico. El foco del diagnóstico, juntamente con el juicio enfermero sobre el mismo, forman el diagnóstico. Los valores del eje 3 se muestran en el capítulo 4, tabla 2, p. 98.

Eje 4 Localización

La localización describe las partes/regiones del cuerpo y/o sus funciones relacionadas, es decir, todos los tejidos, órganos, lugares anatómicos o estructuras. Los valores del eje 4 se muestran en el capítulo 4, tabla 3, p. 100.

Se refiere a la edad de la persona que es sujeto del diagnóstico (eje 2). Los valores del eje 5 se enumeran más abajo, con todas las definiciones, *excepto* la de anciano, tomadas de la Organización Mundial de la Salud (2013):

Feto: humano no nacido a partir de las ocho semanas de su concepción hasta su nacimiento.
Neonato: niño menor de 28 días de edad.
Lactante: niño >28 días y <1 año de edad.
Niño: persona entre 1 y 9 años, ambos incluidos.
Adolescente: persona entre 10 y 19 años, ambos incluidos.
Adulto: persona mayor de 19 años, a no ser que las leyes nacionales definan la persona como adulta a una edad más temprana.
Anciano: persona >65 años.

Eje 6 Tiempo

El tiempo describe la duración del foco del diagnóstico enfermero (eje 1). Los valores del eje 6 son:

Agudo: duración <3 meses.
Crónico: duración >3 meses.
Continuo: ininterrumpido, que continua sin interrupción.
Intermitente: se interrumpe y vuelve a comenzar a intervalos, periódico, cíclico.
Perioperatorio: ocurre o se ejecuta durante o cercano al tiempo de una intervención quirúrgica.
Situacional: relacionado con un conjunto de circunstancias en las cuales uno se encuentra.

Eje 7 Estado del diagnóstico

El estado del diagnóstico se refiere a la existencia o potencialidad del problema/síndrome, o a la categorización del diagnóstico como un diagnóstico de promoción de la salud. Los valores del eje 7 son *focalizado en problema, promoción de la salud* y *riesgo.*

Componentes de un diagnóstico enfermero

Etiqueta diagnóstica

Proporciona un nombre para el diagnóstico que refleja, como mínimo, el foco del diagnóstico (eje 1) y el juicio enfermero (eje 3). Es un término o frase concisa que representa un patrón o pistas relacionadas. Puede incluir modificadores.

O Elsevier. Fotocopiar «¡n »' •«"lación es un

Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de otros diagnósticos similares.

Características definitorías

Pistas o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de diagnósticos focalizados en problemas, de promoción de la salud o síndromes. Esto no sólo implica aquellas cosas que las enfermeras pueden ver, también aquellas que son vistas, oídas (p. ej., lo que el paciente/familia nos dice), y aquello que tocamos o que olemos.

Factores de riesgo

Factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a sufrir un evento no saludable. Sólo los diagnósticos de riesgo presentan factores de riesgo.

Factores relacionados

Son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (p. ej., causa, factor contribuyente). Estos factores se pueden describir como antecedentes, asociados, relacionados, contribuyentes o conducentes al diagnóstico. Sólo los diagnósticos enfermeros focalizados en el problema y los síndromes focalizados en el problema deben presentar factores relacionados; los diagnósticos de promoción de la salud pueden presentar factores relacionados si éstos contribuyen a clarificar el diagnóstico.

Definiciones para la clasificación de los diagnósticos enfermeros

Clasificación

Organización sistemática de fenómenos relacionados en grupos o clases basados en características que los fenómenos tienen en común.

Nivel de abstracción

Describe la concreción/abstracción de un concepto:

Los conceptos muy abstractos son teóricos, pueden no ser directamente mensurables, son definidos y pueden incluir conceptos concretos, están disociados de cualquier ejemplo específico, son independientes del tiempo y el espacio, tienen descriptores más generales y pueden no ser clínicamente útiles para la planificación del tratamiento.

Los conceptos concretos son observables y mensurables, limitados en el tiempo y el espacio, constituyen una categoría específica, son más exclusivos, nombran fenómenos reales o clases de fenómenos reales, están restringidos por naturaleza y pueden ser clínicamente útiles para la planificación del tratamiento.

Nomenclatura

Sistema o conjunto de términos o símbolos, especialmente en una ciencia en concreto, una disciplina o un arte; acto, proceso o ejemplo de nombrar (Merriam-Webster, 2009).

Taxonomía

«Clasificación; especialmente clasificación ordenada de plantas o animales de acuerdo con sus relaciones naturales supuestas»; la palabra se deriva de la raíz taxón, «el nombre aplicado a un grupo taxonómico en un sistema formal de nomenclatura» (Merriam-Webster, 2009).

Referencias bibliográficas

Merriam-Webster, lnc. (2009). *Merriam- Webster's Collegiate Dictionary* (llth ed.) Springfield, MA: Author.

Oxford Dictionary On-Line. British and World Versión. (2013). Oxford University Press. Disponible en: http://www.oxforddictionaries.com/

Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in Nttrsing practice*
(5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.

World Health Organization (2013). Health topics: Infant, newborn. Disponible en: http://www.who.int/topics/infant_newborn/en/.

World Health Organization (2013). Definition of key terms. Disponible en: http://www. who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/¡ntro/keyterms/ew/.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

Invitación a unirse a NANDA International

Las palabras son poderosas. Nos permiten comunicar ideas y experiencias a otros de manera que puedan compartir nuestro conocimiento. Los diagnósticos enfermeros son un ejemplo de una terminología poderosa y precisa que refleja y hace visible la contribución única de la enfermería a la salud global. Los diagnósticos enfermeros comunican los juicios profesionales que las enfermeras realizan a diario a nuestros pacientes, nuestros colegas, miembros de otras disciplinas y el público en general. Ellos son nuestras palabras.

NANDA International: una organización dirigida por sus miembros

Nuestra visión

NANDA International, Inc. (NANDA-I) será una fuerza global para el desarrollo y uso de la terminología estandarizada de diagnósticos enfermeros para mejorar los cuidados sanitarios de todas las personas.

Nuestra misión

Para facilitar el desarrollo, perfeccionamiento, difusión y uso de la terminología estandarizada de diagnósticos enfermeros:

Proporcionamos los diagnósticos líderes en el mundo basados en la evidencia para su uso en la práctica, así como para la determinación de las intervenciones y resultados.
Financiamos investigación a través de la Fundación NANDA-I.
Somos una red global de apoyo de enfermeras muy activa, implicada en la mejora de la calidad de los cuidados enfermeros a través de la práctica basada en la evidencia.

Nuestro objetivo

La implementación de los diagnósticos enfermeros mejora cada uno de los aspectos de la práctica enfermera, desde la adquisición de respeto profesional a la garantía de una documentación precisa para el pago.

NANDA International. Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

NANDA International existe para desarrollar, mejorar y promover terminología que refleje fielmente el juicio clínico de las enfermeras. Esta perspectiva única, basada en la evidencia, incluye las dimensiones social, psicológica, fisiológica y espiritual del cuidado.

Nuestra historia

NANDA International, Inc. se denominaba originalmente North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y fue fundada en 1982. La organización surgió a partir del National Conference Group, que había sido creado en la Primera Conferencia Nacional sobre Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros celebrada en St. Louis, Missouri, USA, en 1973. Esta conferencia, junto con el grupo surgido de ella, encendió el interés por el concepto de terminología estandarizada de enfermería. En 2002 NANDA renació como NANDA International para reflejar el aumento del interés mundial en el campo del desarrollo de la terminología enfermera. Aunque ya no usamos el nombre «North American Nursing Diagnosis Association», y no es apropiado referirse a la organización por este nombre a no ser que se realice una cita anterior a 2002 (tampoco es correcto usar *North American Nursing Diagnosis Association International)*, mantenemos «NANDA» como nombre de marca por su reconocimiento internacional como líder en la terminología de diagnósticos enfermeros.

Hasta esta edición NANDA-I ha aprobado 235 diagnósticos para el uso clínico, prueba y perfeccionamiento. Un proceso dinámico e internacional de revisión diagnóstica y clasificación aprueba y actualiza los términos y definiciones para las respuestas humanas identificadas.

NANDA-I posee redes internacionales en Brasil, Colombia, Ecuador, México, Nigeria-Ghana, Perú y Portugal, así como un grupo germanohablante; otros países, especialidades y/o grupos de lenguajes interesados en formar redes NANDA-I deberían contactar con la CEO/Directora ejecutiva de NANDA-I en execdir@nanda.org. NANDA-I también mantiene relaciones de colaboración con sociedades de enfermería que trabajan con terminologías en otros lugares del mundo, incluyendo: la Japan Society of Nursing Diagnosis (JSND), la Association for Common European Nursing Diagnoses Interventions and Outcomes (ACENDIO), la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos Enfermeros (AENTDE), la Association Francophone Européenne des Diagnostiques Interventions, Résultats Infirmiers (AFEDI), la Nursing Interventions Clasificadora (NIC) y la Nursing Outcomes Classifications (NOC).

El compromiso de NANDA International

NANDA-I es una organización dirigida por sus miembros, cuya base está comprometida con el desarrollo de la terminología de los diag-

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

nósticos enfermeros. El resultado esperado del trabajo de la asociación es proporcionar a las enfermeras de todos los niveles y en todas las áreas de la práctica una terminología estandarizada de enfermería con la que:

- Nombrar respuestas humanas reales o potenciales a problemas de salud y procesos vitales.
- Desarrollar, perfeccionar y difundir terminología basada en la evidencia que represente los juicios clínicos realizados por las enfermeras profesionales.
- Facilitar el estudio de los fenómenos que preocupan a las enfermeras con el propósito de mejorar el cuidado, la seguridad y los resultados de los pacientes sobre los cuales las enfermeras tienen responsabilidad.
- Documentar los cuidados para el pago de los servicios enfermeros.
- Contribuir al desarrollo de la informática y los estándares de información, asegurando la inclusión de la terminología enfermera en el dosier electrónico de salud.

La terminología enfermera es la clave para definir el futuro de la práctica enfermera y para asegurar que el conocimiento enfermero está representado en el expediente del paciente. NANDA-I es el líder mundial en este esfuerzo. Únase a nosotros y forme parte de este estimulante proceso.

Oportunidades de participación

La participación de los miembros de NANDA-1 es crucial para el crecimiento y desarrollo de la terminología enfermera. Existen muchas oportunidades de participación en los comités así como en el desarrollo, uso, y mejora de los diagnósticos y en la investigación. También existen oportunidades para trabajos de coordinación internacional y trabajos en red con los principales actores del sector de la enfermería.

¿Por que unirse a NANDA-I?

Trabajo en red

- Las relaciones profesionales se construyen formando parte de los comités, participando en las conferencias, en los foros de discusión de los diagnósticos, estando en el directorio de miembros y participando en nuestras redes sociales (p. ej., Facebook, Twitter).
- La red de grupos de miembros de NANDA-1 conecta colegas en un país en concreto, con un idioma en concreto de una región o de una determinada especialidad.

Las contribuciones especiales y los logros se reconocen a través de nuestros premios: Premio de los Fundadores, Premio de los Mentores, Premio a una Contribución Única y Premio del Editor. También se ofrecen becas de investigación a través de la Fundación NANDA-I. NANDA-I reconoce a sus miembros como líderes de la enfermería con experiencia en lenguajes de enfermería estandarizados en las áreas de educación, administración, práctica clínica, informática e investigación.

Recursos

Los miembros reciben una subscripción gratuita a nuestra revista científica *Online, The International Journal of Nursing Knowledge* (IJNK).
IJNK comunica los esfuerzos en el desarrollo y la implementación del lenguaje enfermero en el mundo. La página web NANDA-I ofrece recursos para el desarrollo de diagnósticos enfermeros, el perfeccionamiento y el envío, actualizaciones de la taxonomía II de NANDA-I y el directorio de miembros de NANDA-I *online.*

Beneficios para los miembros

Los miembros reciben descuentos en las publicaciones de la taxonomía II de NANDA-I, incluyendo el formato papel, electrónico y las versiones reducidas de listas de *NANDA-I Diagnósticos y clasificación.*
Tenemos acuerdos con organizaciones para ofrecer productos/servicios de interés a la comunidad enfermera, con un precio ventajoso para los miembros. Se aplican descuentos para los miembros en nuestra conferencia bianual y en los productos NANDA-I como camisetas y bolsas.
Nuestras cuotas de miembros se basan en la clasificación de países de la Organización Mundial de la Salud. Creemos que de esta manera facilitamos la participación de más personas interesadas en el trabajo de NANDA-I y en la colaboración en el establecimiento del rumbo futuro de la organización.

Cómo hacerse miembro

Consulte www.nanda.org para más información e instrucciones para registrarse como miembro.

¿Quién usa la taxonomía de NANDA International?

Compatible con International Standards Organization.
Registrada en Health Level 7 International.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Disponible en SNOMED-CT.
Compatible con el Unified Medical Language System.
Terminología reconocida por la American Nurses Association.

La taxonomía II de NANDA-I está actualmente disponible en los siguientes idiomas: indonesio bahasa, euskera, chino tradicional, checo, holandés, inglés, estonio, francés, alemán, italiano, japonés, portugués, español (edición española e hispanoamericana) y sueco.

Para más información y para solicitar el acceso como miembro vía *online* por favor visite www.nanda.org

índice alfabético

Nota: los números de página en *cursiva* indican figuras; en negrita indican tablas.

absorción, 154
actividad/ejercicio
  deterioro de la ambulación, 214
deterioro de la bipedestación, 215
  deterioro de la habilidad para la traslación, 216
  deterioro de la movilidad en la cama, 217
  deterioro de la movilidad en silla de ruedas, 218
  deterioro de la movilidad física, 219-220
  deterioro de la sedestación, 221
síndrome de desuso, 222
actividad/reposo
actividad/ejercicio, 214-222
autocuidado, 241-247
cardiovasculares/pulmonares, respuestas 225-240
dominios, 60, *61*, 62-65, 69-70
equilibrio de la energía, 223-224
sueño/reposo, 209-213
aflicción, crónica, 321
afrontamiento de la comunidad
disposición para mejorar, 326
ineficaz, 325
afrontamiento familiar comprometido, 327-328
disposición para mejorar, 330
incapacitante, 329
afrontamiento/tolerancia al estrés
dominios, 65, 74
estrés neurocomportamental, 350-357
  respuestas de afrontamiento, 321-349
  respuestas postraumáticas, 315-320
ambulación, deterioro, 214
American Nurses Assodation (ANA), 92, 105
análisis de datos
  conceptos enfermeros, 39
conocimiento de enfermería, 37
conversión de la información, 35, 36, 37
  datos objetivos frente a subjetivos, 36. 37
  documentación, 37
  proceso enfermero modificado, 39, 39
  respuestas humanas del paciente, 38-39
ansiedad, 331-332
ansiedad ante la muerte, 333
asfixia, 380
aspiración, 381
atención, 251
autoconcepto
  compromiso de la dignidad humana, 267
desesperanza, 266
disposición para mejorar, 265
disposición para mejorar la esperanza, 268
  trastorno de la identidad personal, 269, 270
autocuidado
  déficit de autocuidado, alimentación, 241
déficit de autocuidado, baño, 242
déficit de autocuidado, uso del inodoro 243

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.

© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.eom/go/nursingdiagnoses

autocuidado *(cont.)*
déficit de autocuidado, vestido, 244
descuido personal, 246
deterioro del mantenimiento del hogar, 247
disposición para mejorar. 245
autoestima
baja crónica, 271, 273
baja situacional, 272, 274
automutilación, 410-411, 412-413
autopercepción
autoconcepto, 265-270
autoestima, 271-274
dominios, 65, 71
imagen corporal, 275-276

bienestar espiritual, disposición para mejorar, 361-362
bipedestación, deterioro, 215

caídas, 382-383
cansancio, 279-281, 282
capacidad adaptativa intracraneal, disminución, 350
características definitorias
definición, 117
respuesta humana, 117
valoración, 117
cardiovasculares/pulmonares respuestas
deterioro de la función cardiovascular, 225
deterioro de la ventilación espontánea, 240
disminución de la perfusión tisular
cardíaca, 232
disminución del gasto cardíaco, 226-227, 228
intolerancia a la actividad, 238, 239
patrón respiratorio ineficaz, 229
perfusión gastrointestinal ineficaz, 230
perfusión renal ineficaz, 231
perfusión tisular cerebral ineficaz, 233
perfusión tisular periférica ineficaz, 234, 235
respuesta ventilatoria disfuncional al destete, 236-237
clasificación
conocimiento de la salud, 57
promoción de la salud (dominio), 57, *60*
Taxonomía II, 57, 5*8-59*
Taxonomía NANDA-I, funciones, 57, 60
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 27
Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 27
Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, 21
cognición, 253-260
confusión aguda, 253, 255
confusión crónica, 254
conocimientos deficientes, 256
control de impulsos ineficaz, 259
control emocional inestable, 258
deterioro de la memoria, 260
disposición para mejorar los conocimientos, 257
Comité de Desarrollo del Diagnóstico (CDD) NANDA-I, 127
Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII), 92
comunicación
disposición para mejorar 261
verbal, deterioro, 262
conducta del lactante
desorganizada, 351-352, 353
disposición para mejorar la conducta organizada, 354
conductas de riesgo, tendencia a adoptar 141
conflicto decisional, 363
conflicto del rol parental, 295
confort
dominios, 65, 78
físico, 437-445
disconfort, 438
disposición para mejorar el confort, 437
dolor agudo, 439-440

dolor crónico, 441-442
dolor de parto, 443
náuseas, 444
síndrome de dolor crónico, 445

social, 446-447
aislamiento, 446
soledad, 447
confusión
aguda, 253, 255
crónica, 254
conocimientos
deficientes, 256
disposición para mejorar, 257
Consideraciones internacionales sobre el uso de los *Diagnósticos Enfermeros de NANDA-I*, 117, 133
control de impulsos, ineficaz, 259
control emocional inestable, 258
crecimiento/desarrollo
crecimiento, 451
desproporcionado, 451
desarrollo, 65, 78, 452-453

deglución, deterioro, 155-156
dentición, deterioro, 384
desarrollo, retraso, 452-453
descuido personal, 246
desempeño del rol, 295-301
conflicto del rol parental, 295
deterioro de la interacción social, 298
disposición para mejorar la relación, 300
ineficaz, 296-297
relación ineficaz, 299, 301
desequilibrio electrolítico, 175
deterioro del intercambio de gases, 204
diada materno/fetal, alteración, 307
diagnóstico enfermero
ajustes de resultados, 23, 23, 27, 29, 39
cambios en la posición, NANDA-I, 11, II
características definitorias, 26, 26
códigos faltantes, 129
conceptos, 24
diabetes mellitus, 28
diagnósticos de promoción de la salud, 22, 26
diagnósticos médicos, 112
dominios y clases, 22
enfermera (o estudiante de enfermería), 23-24
enseñanza/aprendizaje, 124-126

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

equipo colaborativo del cuidado de la salud, 21, 22
etiqueta, partes, 25, 25, 112-114
evaluación 28
expediente clínico electrónico, 27
expediente del paciente, 116
factores de riesgo, 22, 26, 26
focalizado en el problema, 22
indicadores diagnósticos, beneficios, 13, 14-15
intervenciones y resultados, 23, 23, 27-28, 62, 111, 123
nivel de evidencia, criterios, 129
nuevos diagnósticos, 127
plan de cuidados, 114-115, 122-123
potencial *ver* potenciales diagnósticos enfermeros
proceso, 23, 23-24
quirófano y clínicas de consulta externa, 110
razonamiento clínico, 115
referencias, 130
registros del paciente, documentación, 116-117
retirados de la Taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017, 11-12, 13
revisados, 2015-2017, 7, 8-10, 11
revisión de etiquetas, NANDA-I, 11, 12
síndrome, 23
SRAPPS auxiliar para elaborar diagnósticos, 120-121, *121*
tipos, clasificación NANDA-I, 111
unidad de cuidado crítico, enfermeras, 110-111
usos, 28-29
valoración, 24-25
diagnósticos de riesgo
definición, 119
diagnósticos médicos, 121-122
formato PES, 109
Risk Assessment Pressure Sore (RAPS), 119-120
diagnósticos enfocados en el problema, 109, 121-122
diarrea, 192
digestión, 154
dignidad humana, compromiso, 267
disfunción neurovascular, periférica, 385

disreflexia autónoma, 355, 356-357
duelo, 334

ejes
edad, 93, 100
estado del diagnóstico. 93, 100-101
foco del diagnóstico, 92, 94
juicio, 92, 97, 98-99
localización, 93, 97, 100
sujeto del diagnóstico, 92, 97
tiempo, 93, 100
eliminación e intercambio
dominios, 65, 68
fundón gastrointestinal, 192-203
fundón respiratoria, 204
función urinaria, 183-191
eliminación urinaria
deterioro, 183
disposición para mejorar, 184
equilibrio de la energía
fatiga, 223
vagabundeo, 224
equilibrio de líquidos, disposición para mejorar, 176
esperanza, disposición para mejorar, 268
estado de ánimo, deterioro. 344
estreñimiento, 193-194, 198-199
funcional crónico, 195-196, 200
subjetivo, 197
estrés neurocomportamental
conducta desorganizada del lactante, 351-352, 353
disminución de la capacidad adaptativa intracraneal, 350
disposición para mejorar la conducta organizada del lactante, 354
disreflexia autónoma, 355, 356-357
estrés por sobrecarga, 337
estresores, 46, 48-49

factores reladonados
definición, 118
diagnósticos nuevos, 118
formato PES, 119
función cardiovascular, deterioro, 225
función gastrointestinal, 192-203
diarrea, 192
estreñimiento, 193-194
funcional crónico, 195-196, 200
subjetivo, 197
incontinencia fecal, 201
motilidad gastrointestinal disfuncional, 202, 203
función hepática, deterioro, 171
función respiratoria, 204

gasto cardíaco, disminución, 226-227, 228
gestión de la salud
disposición, 142
familiar, ineficaz, 144
incumplimiento, 145-146
ineficaz, 143
mantenimiento ineficaz de la salud, 147
protección ineficaz, 148
salud deficiente de la comunidad, 149
síndrome de fragilidad del anciano, 150, 151-152
tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, 141

habilidad para la traslación, deterioro, 216
hidratación
déficit de volumen de líquidos, 177, 179
desequilibrio de volumen de líquidos, 180
desequilibrio electrolítico, 175
disposición para mejorar el equilibrio de líquidos 176
exceso de volumen de líquidos, 178
hipertermia, 426
hipotermia. 427-428, 429-430
perioperatoria, 431

ictericia neonatal, 173, 174
identidad personal, trastorno, 269, 270
identidad sexual
disfunción sexual, 305
patrón sexual ineficaz, 306
imagen corporal, trastorno, 275-276
impotencia, 342, 343

incontinencia fecal, 201
incontinencia urinaria
esfuerzo, 185
funcional, 186
rebosamiento, 187
refleja, 188
urgencia, 189, 190
incumpliento, 145-146
infección, 379
ingestión
desequilibrio nutricional, 163
deterioro de la deglución, 155-156
disposición para mejorar la lactancia materna, 157
disposición para mejorar la nutrición, 162
interrupción de la lactancia materna, 158
lactancia materna ineficaz, 159-160
leche materna insuficiente, 161
obesidad, 164-165
patrón de alimentación ineficaz del lactante, 166
sobrepeso, 167-170
insomnio, 209
integridad cutánea, deterioro, 386, 387
integridad tisular, deterioro, 388, 389
interacción social, deterioro 298
intolerancia a la actividad, 238, 239

lactancia materna
disposición para mejorar, 157
ineficaz, 159-160
interrupción, 158
leche materna, insuficiente, 161
lenguaje estandarizado de enfermería (LEE)
American Nurses Assodation (ANA), 105
definición, 105
diferencias, 105-106
lesión, 390
lesión corneal, 391
lesión del tracto urinario, 392
lesión física, 380-409
asfixia, 380
aspiración, 381
caídas, 382-383
deterioro de la dentición, 384

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

deterioro de la integridad cutánea, 386, 387
deterioro de la integridad tisular, 388, 389
lesión corneal, 391
lesión del tracto urinario, 392
lesión postural perioperatoria, 393
lesión térmica, 394
limpieza de las vías áreas, ineficaz, 395
mucosa oral, deterioro de 396-397, 398
neurovascular periférica, disfunción, 385
retraso, recuperación quirúrgica, 399, 400
sangrado, 401
sequedad ocular, 402
shock, 403
síndrome de muerte súbita del lactante, 404
traumatismo, 405-406
traumatismo vascular, 407
úlcera por presión, 408-409
lesión postural perioperatoria, 393
lesión térmica, 394
limpieza de las vías aéreas, ineficaz, 395

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), 21
marco para la valoración enfermera, 107
medios de contraste yodados, reacción adversa, 422
memoria, deterioro, 260
metabolismo
deterioro de la función hepática, 171
ictericia neonatal, 173, 174
nivel de glucemia inestable, 172
modelo de adaptación de Roy, 34
modelo de diagnóstico enfermero de NANDA-I
conducta desorganizada del lactante 101, *102*
desarrollo y presentación, 101-103
deterioro de la bipedestación, 101, *101*

modelo de diagnóstico enfermero de NANDA-I *(cont.)*
disposición para mejorar el afrontamiento familiar, 101, *102*
focos diagnósticos, 91, 95-96, 102
modelo de terminología de la Organización Internacional de Normalización (ISO), 92, *92*
resultados o estudios de intervención, 103
modelo de terminología de la Organización Internacional para la Normalización (ISO), 92, *92*
modelo tripartito de la práctica enfermera (2008), 122, 122
motilidad gastrointestinal, disfuncional, 202, 203
movilidad
en la cama, deterioro, 217
en silla de ruedas, deterioro. 218
física, deterioro, 219-220
mucosa oral, deterioro, 396-397, 398

NANDA International (NANDA-I), taxonomía
cambios en la ubicación, diagnósticos enfermeros, 11, 11
clasificación, 56-60
conceptos diagnósticos, 28-29, 92-93
conocimientos enfermeros, terminología, 52
definición, 52, 106
desarrollo y revisión, 127
diagnósticos precisos, 127
dominios y clases, 22
ejes, definiciones, 94-101
estructura, 52-56
estudios de caso, 64-65
gastos, 107
mapa cognitivo, 63
nuevos diagnósticos enfermeros, 2015-2017, 5-6, 6-7
Patrones Funcionales de Salud de Gordon (PFS), 35
perfusión tisular, 62
práctica de enfermería perinatal, 62-63
presentación de propuesta de diagnóstico y revisión, 461-463
propietarios de derechos de traducciones oficiales, 107
razonamiento clínico, 63-64
registros de salud electrónicos, 127
respuesta humana del paciente, 64
revisiones de etiquetas, 11, 12
taxonomía, definición, 106
Taxonomía I, 65, 91
Taxonomía II ver Taxonomía II, dominios
Taxonomía III *ver* Taxonomía III, dominios (modelo de von Krogh)
taxonomía de mercancías, 53, *54*, *55*, 56
náuseas, 444
negación, ineficaz, 338
NIC *ver* Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)
nivel de evidencia (NDE) criterios diagnósticos, 129
publicación e inclusión, 462-463
recibido para desarrollo, 462
validación y puesta a prueba, 463
nivel de glucemia, inestable, 172
NOC *ver* Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)
nutrición
absorción, 154
desequilibrio, 49, 163
digestión, 154
disposición para mejorar, 162
hidratación, 175-180
ingestión, 155-170
metabolismo, 171-174

obesidad, 164-165

paternidad
deterioro, 283-285, 287-288
disposición para mejorar, 286
patrón de alimentación del lactante ineficaz, 166
patrón respiratorio, ineficaz, 229
Patrones Funcionales de Salud (PFS), marco de valoración, 35
peligros del entorno
contaminación, 418-419, 420
intoxicación, 421

percepción/cognición
atención, 251-252
cognición, 253-260
comunicación, 261-262
dominios, 65, 70-71
perfusión
gastrointestinal, ineficaz, 230
renal, ineficaz, 231
tisular cardíaca, disminución, 232
tisular cerebral, ineficaz, 233
tisular periférica, ineficaz, 234, 235
perturbación del campo de energía, 455-456
planificación de las actividades, ineficaz, 339, 340
poder, disposición para mejorar, 341
potenciales diagnósticos enfermeros
ver *también* diagnósticos enfermeros
características definitorias y factores relacionados, comparación, 44, 45-46
conceptual, conocimiento enfermero, 40
datos, patrones, 40
diagnósticos nuevos, 44
diagnósticos previos, 43
diferenciación proceso, 44, 47-49
dominios y clases, comparación, 47, 47
enfermera experta, 39-41
estrés y afrontamiento, 47-48
intervenciones, 40
NANDA-I, diagnósticos enfermeros, 43
SEA PEQ, *48*, 48-49
principios vitales
creencias, 361-362
dominios, 65, 75
valores/creencias/acciones congruencia, 363-374
problema, etiología (factores relacionados)y signos/síntomas (características definitorias) (PES), 108
proceso de maternidad
disposición para mejorar, 310
ineficaz, 308-309, 311
procesos defensivos
medios de contraste yodados, reacción adversa, 422

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un

respuesta alérgica, 423
respuesta alérgica al látex, 424, 425
promoción de la salud
dominios, 65, 66
gestión de la salud, 141-152
toma de conciencia de la salud, 139-140
protección, ineficaz, 148

RAPS, *ver Risk Assessment Pressure Sore* (RAPS)
recolección de datos, 31
recuperación quirúrgica, retraso, 399, 400
relaciones
disposición para mejorar, 300
ineficaz, 299, 301
relaciones familiares, 289-294
deterioro de la vinculación, 294
disposición para mejorar, 292
interrupción, 293
procesos familiares disfuncionales, 289-291
religiosidad
deterioro, 364, 366
disposición para mejorar, 365
reproducción
diada materno/fetal, alteración, 307
proceso de maternidad, 308-309, 310, 311
resiliencia
deterioro, 345, 347
disposición para mejorar, 346
respuesta alérgica, 423
al látex, 424, 425
respuesta ventilatoria al destete, disfuncional, 236-237
respuestas de afrontamiento
aflicción crónica, 321
afrontamiento
defensivo, 322
familiar comprometido, 327-328
familiar incapacitante, 329
ineficaz, 323
ineficaz de la comunidad, 325
ansiedad, 331-332
ansiedad ante la muerte, 333

respuestas de afrontamiento *(cont.)*
deterioro
de la regulación del estado de ánimo, 344
de la resiliencia, 345, 347
disposición para mejorar el afrontamiento, 324
de la comunidad. 326
familiar, 330
disposición para mejorar el poder, 341
disposición para mejorar la resiliencia, 346
duelo, 334
duelo complicado, 335, 336
estrés por sobrecarga, 337
impotencia, 342, 343
negación ineficaz, 338
planeación ineficaz de las actividades, 339, 340
temor, 348-349
retención urinaria, 191
Risk Assessment Pressure Sore (RAPS), 119-120
rol/relaciones
desempeño del rol, 295-301
dominios, 65, 72
relaciones familiares, 289-294
roles de cuidador, 279-288
roles de cuidador
cansancio, 279-281, 282
deterioro parental, 283-285, 287-288
disposición para mejorar el rol parental, 286

sangrado, 401
SEA PEQ, *48*, 48-49
sedestación, deterioro, 221
seguridad/protección
dominios, 65, 76-77
infección, 379
lesión física, 380-409
peligros del entorno, 418-421
procesos defensivos, 422-425
termorregulación, 426-433
violencia, 410-417
sequedad ocular. 402
sexualidad
dominios, 65, 73
función sexual, 305-306
reproducción, 307-311
shock, 403
síndrome
de desuso, 222
de fragilidad del anciano, 150, 151-152
de muerte súbita del lactante, 404
del trauma posviolación, 317
postraumático, 318-319, 320
sobrepeso, 167-168, 169-170
soledad, 447
subjetivos *frente a* objetivos, datos, 37-38
sueño/reposo
deprivación de sueño, 210-211
disposición para mejorar el sueño, **212**
insomnio, 209
trastorno del patrón de sueño, 213
sufrimiento espiritual, 367-368, 369
sufrimiento moral, 370
suicidio, 414-415

Taxonomía I *ver* NANDA International (NANDA-I), taxonomía
Taxonomía II, dominios *ver también* NANDA International (NANDA-I), taxonomía
actividad/reposo, 60, *61*, 63, 65, 69- 70
afrontamiento/tolerancia al estrés, 65. 74
autopercepción, 65, 71
confort, 65, 78
crecimiento/desarrollo, 65, 78
definiciones, 91
eliminación e intercambio, 65, 68
estructura, 91-92
marco para la valoración enfermera, 107
nutrición, 65, 67
percepción/cognición. 65, 70- 71
principios vitales, 65, 75
promoción de la salud, 65, 66
rol/relaciones, 65, 72
seguridad/protección, 65, 76-77

sexualidad, 65, 73

Taxonomía III, dominios (modelo de von Krogh's) *ver también* NANDA International (NANDA-I), taxonomía
ambiental, 79, 90
existencial 79, 84-86
familia, 79, 89
fisiológico, 79, 81-83
funcional, 79, 86-88
mental, 79, 84
seguridad, 79, 88-89
y clases, 79, 79,*80*
temor, 348-349
termorregulación
desequilibrio de la temperatura corporal, 432
hipertermia, 426
hipotermia, 427-428, 429-430
perioperatoria, 431
ineficaz, 433
toma de conciencia de la salud
déficit de actividades recreativas, 139
estilo de vida sedentario, 140
toma de decisiones
deterioro de la toma de decisiones independiente, 372, 374
disposición para mejorar, 371
disposición para mejorar la toma de decisiones independiente, 373
traslado, síndrome de estrés, 315, 316
traumatismo, 405-406
vascular, 407

úlcera por presión, 408-409

valoración
basada en evidencia, 35
características definitorias, 110
diagnóstico potencial, 31-32
diagnósticos médicos, 33
diagnósticos «reales», 125
disciplina enfermera, 32, 126
dominios, 125
educación preoperatoria, 33
en profundidad, 32, 41, 43-44
etapas, diagnósticos, 31-32, 32
generalizada, 34
recolección de datos, 31
respuestas humanas, 32-33
Taxonomía de NANDA-I, 35
valores/creencias/acciones, congruencia
conflicto de decisiones, 363
deterioro de la religiosidad, 364, 366
deterioro de la toma de decisiones independiente, 372, 374
disposición para mejorar
el bienestar espiritual, 361-362
la religiosidad, 365
la toma de decisiones, 371
la toma de decisiones independiente, 373
sufrimiento espiritual, 367-368. 369
sufrimiento moral, 370
ventilación espontánea, deterioro, 240
violencia
autodirigida, 416
automutilación, 410-411, 412-413
dirigida a otros, 417
suicidio, 414-415
volumen de líquidos
déficit. 177, 179
desequilibrio, 180
exceso, 178

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

Diagnósticos enfermero2 Definiciones y dosificación **e>> ía gu'a deftnrtrva de ios diagnósticos enfermeros revisados y «probados por NANDA-I La edición 2015-2017 del texto clasico y 'econocido iiitarnacionaimente fia sido rigurosamente actualizada y ievis«da ofrece diagnósticos lingüísticamente més congruentes como resultado OH trabaje dei comité de Desarrollo de Diagnósticos paia la comprensión de ta traducción de la enaueia diagnostica, la**
dehntcon. as cararterisicas definttonas. los factores relacionados y ios factores de nesgo Cada IK-O de los 235 diagnósticos presentados comprende una definición asi como características defimtorias y factores relaaonactos o iactores de nesgo Cada diagnóstico nuevo y revisado se 'undamenta en la ultima evidencia global ,ha sido aprobado por expertos en diagnostico enfermero mvesl-garJores y educadores.

Novedades en esta edición

* **?5 nuevos diagnósticos enfermeros y 14 diagnósticos fe visitóos**
* **Actualizaciones, cambios y revisión de la mayoría de las definiciones de los diagnósticos**
  enfermeros, en particular ios referentes a la promoción de la salud y ios diagnósticos de
  nesgo
* **EsCimlanzactón de los términos indicadoie» de diagnostico (características defmttonas.**
  factores relacionados y factures de riesgo i loquepioporciona mayor claridad
* Todos los **capitulo* introductorios están dirigidos al grado de enfermería y proporcionan a-las enfermeras información crucrai para entender la valoración y su vinculación ron ei**
  diagr ustico, asi orno ol propósito y el uso de la estructura taxonómica para la prácirca de tas enfermeras en servicio
* **Un nuevo capitulo** Que **contiene las** *Preguntas frecuentes* **m¿s comunes recibiría-^ a través de la pagina web de NANDA-I y en las conferencias mundiales**
* **5 diagnósticos enfermeros han sido reacomodados dentro de la taxonomía NANDA-i iras una revisión de la estructura taxonómica actual**
* **Codificación de iodos los términos indicadores fie diagnóstico disponible para 'os usua-**
  óosde las versiones electrónicas de la terminología
* **La edición ha sido exhaustivamente revisada por un equipo de expertas españolas en taxonomía**

La página web www.wttay.conVgo/nursingdlagnoaaa le da acceso

a loa siguientes contenidos en inglés: