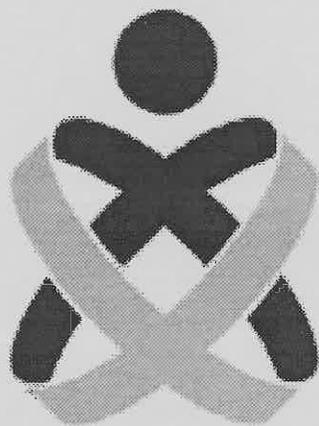
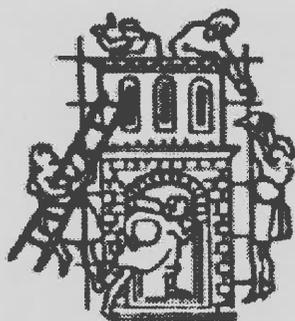


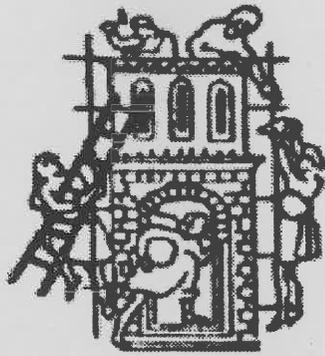
COLABORAN:



Colegio Oficial de Enfermería de Ávila



**Asociación Española de Nomenclatura,
Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería
AENTDE**



AENTDE

III Jornadas de Trabajo AENTDE

Haciendo visible la calidad enfermera

NIC y NOC

Dra. Gloria Bulechek (Investigadora principal proyecto NIC)

Dra. Marion Johnson (Investigadora principal proyecto NOC)

Ávila, 26 y 27 de Octubre 2001



 CRAI - UNIVERSITAT DE BARCELONA

Donació

**AENTDE
2013**

20/3/5

INDICE	Página
Introducción	1
Taxonomía NANDA I (99-00)	6
Etiquetas NIC. Orden numérico	10
Etiquetas NOC. Orden numérico	13
Objetivos y Programa	17
Curriculum Vitae: Gloria Bulechek	18
Curriculum Vitae Marion Jonson	19
Centro para las Clasificaciones Enfermeras	20
Desarrollo y análisis de la NIC	21
Aplicación de la NIC en la práctica	26
Desarrollo y visión general de la NOC	30
Aplicación de la NOC	38
Aplicaciones de los estudios de casos	48
Preguntas para estudio de caso. Riesgo de lesión: caídas	53
Preguntas para estudio de caso (4) Sr. M. Varón de 79 a.	57
Preguntas para el estudio de caso. Juliana	65
Preguntas para estudio de caso. Sra. T. Anciana de 82 a.	74
Resumen. Utilización de los datos clínicos a 3 niveles	84
Vínculos entre la NANDA, la NOC y la NIC y Estudio de Caso III. Sr. B. Varón de 61 años	88
Resumen. El uso de la NIC en la educación	95


 UNIVERSITAT DE BARCELONA


 Centre de Recursos per a l'Aprenentatge i la Investigació

Biblioteca de Bellvitge

Traducción: Margarita Estapé
Rosa M. Puig

Revisión: AENTDE

A E N T D E

**ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
NOMENCLATURA, TAXONOMÍA Y
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

Escola d'Infermeria
Universitat de Barcelona
Campus de Bellvitge. Feixa Llarga s/n
Tel.: (93) 402 42 35 - Fax: (93) 402 42 16
08907 L'Hospitalet, Barcelona
e-mail: aentde@bellvitge.bvg.ub.es
http://www.ub.es/aentde/simposi.htm





INTRODUCCIÓN

Mercedes Ugalde Apalategui
Presidenta AENTDE

Es para mi un placer presentaros la documentación de las III Jornadas de Trabajo AENTDE "Haciendo visible la calidad enfermera NIC y NOC", que vamos a celebrar en Ávila los días 26 y 27 de Octubre de 2001.

Quiero expresar en primer lugar mi profundo agradecimiento a las Dras. BULECHEK Y JOHNSON, por compartir su sabiduría con nosotras. También creo que hay que hacer una mención expresa a su valor y solidaridad por haber mantenido el compromiso, haciendo este viaje tan largo y complicado desde los U.S.A. en estos días tan difíciles. ¡Gracias!

De igual manera quiero poner de manifiesto, la complejidad y la importante inversión de recursos económicos, humanos y materiales, que para AENTDE significa realizar una actividad de estas características.

En la línea de crecer en calidad, nos propusimos traer a nuestro país a las autoras de las Taxonomías NIC y NOC, y además trabajar a lo largo de las Jornadas con una metodología docente dinámica, para lo que son necesarias dos docentes y no sólo una. Para ser más operativos, hemos limitado el número de participantes, por lo que nos hemos visto obligadas a cerrar las inscripciones. Trabajar en otro idioma y con unas clasificaciones que son nuevas y muy complejas, nos ha obligado a adoptar el sistema de traducción simultánea preparando previamente a las traductoras para que conocieran los contenidos.



De alguna manera esto es simplemente una pincelada de justificación para poner en vuestro conocimiento, el coste que todo esto supone, para una Asociación que, como la nuestra, no recibe subvenciones de ningún tipo y se mantiene gracias a una buena gestión y a las cuotas de los socios, que por cierto también son bastante simbólicas.

Expresamente quiero destacar su esfuerzo y agradecer a todas las personas que desde Ávila, han colaborado y trabajado con ilusión y tenacidad para lograr que estas Jornadas sean el éxito que estoy segura van a ser.

Quiero aprovechar esta oportunidad para proponer un reconocimiento especial al buen hacer y profesionalidad del Presidente del Colegio de Enfermería de Ávila, Fidel S. Rodríguez Rodríguez, y añadir que esperamos que el esfuerzo que todos hemos invertido en estas Jornadas, docentes, asistentes, organizadores, tenga una gran proyección.

Vamos pues a considerar estas Jornadas, como parte de la contribución que la AENTDE viene haciendo al desarrollo de la Enfermería española, como una forma de continuidad a la labor que hace años venimos haciendo de promoción, difusión y estudio de las Taxonomías enfermeras: NANDA, NIC, NOC, OCS, CIPE.

Desde 1995, fecha de nuestro nacimiento como asociación científica, hemos contado con la inestimable participación y colaboración de las más prestigiosas enfermeras nacionales e internacionales en nuestras actividades. Auténticas autoridades en el tema, nos han acompañado en Simposiums y Jornadas. Podéis tener más información en las páginas de "actividades anteriores" de nuestra web <http://www.ub.es/aentde>. Desde la Junta Directiva de la AENTDE, queremos transmitir que vamos a continuar en esta línea de trabajo con seriedad, ilusión y rigor. Y también en la



misma línea, informar de los proyectos que tenemos en marcha, para los que nos gustaría contar cada vez con el mayor número de socios posible.

No podemos obviar de que es un momento histórico importante para el desarrollo de la Enfermería en nuestro país y que las Clasificaciones y Taxonomías enfermeras son protagonistas principales y van a ser herramientas clave en nuestro futuro inmediato.

De dónde cómo y cuando se utilicen y apliquen estas Taxonomías por el Sistema Sanitario, dependerá en gran medida la provisión de cuidados a los ciudadanos españoles. Entendemos que nos corresponde como Asociación Nacional específicamente interesada en el tema, la responsabilidad de velar por la correcta utilización de las Taxonomías y por ello, vamos a apoyar y difundir todas aquellas iniciativas que en este terreno nos parezcan interesantes. De igual manera y sin ningún tipo de timidez o reparo, también vamos a opinar sobre lo que nos parezca poco correcto o inadecuado.

En este sentido, me cabe comentar las múltiples dificultades que encontramos al manejar la actual bibliografía específica. Lamentablemente se han producido algunos desajustes en origen, que además no han sido subsanados al realizar la versión española. Por ejemplo, para la traducción de la Taxonomía II de la NANDA, se han vuelto a traducir las etiquetas diagnósticas, lo que tiene mayor trascendencia si tenemos en cuenta que se han retirado los códigos y ahora el libro está organizado por orden alfabético, con lo que la búsqueda de los diagnósticos resulta francamente compleja. Lo mismo ocurre con las traducciones del NIC y del NOC.

Reconocemos que no es sencillo adaptar términos que vienen de otra cultura y traducirlos para que adquieran similar comprensión en español, sin embargo, el trabajo de



traductores y revisores debe ser riguroso y tener como base el mayor número de opiniones posibles, lo ideal sería un amplio consenso.

Como ya conocéis, con el fin de ayudar a subsanar algunos de estos problemas, desde AENTDE hemos decidido poner en marcha el GRUPO NACIONAL PARA EL CONSENSO EN LA TRADUCCIÓN DE LAS ETIQUETAS DE LAS TAXONOMÍAS ENFERMERAS.

Otro de los proyectos en los que con toda ilusión nos hemos embarcado es la Validación de la Taxonomía de la NANDA.

Como también conocéis, seguimos trabajando en la línea de los Planes de Cuidados Estandar para hospitalización y de igual forma nos gustaría consolidar el Grupo de Atención Primaria, para emitir el informe sobre los Programas Informáticos.

Por todo ello, sería interesante y quizás hasta conveniente que se escucharan las recomendaciones de AENTDE en los organismos, foros e instituciones ministeriales, sanitarios, comerciales, editoriales e incluso colegiales.

Principalmente porque somos la asociación científica nacional que tiene centrado sus objetivos y trabajos en las Taxonomías y Nomenclaturas Enfermeras, en nuestro lenguaje profesional, porque hablamos en representación de los enfermeros españoles que están trabajando en el tema y porque hemos asumido el compromiso de que nuestra opinión sea una opinión experta, fundada, rigurosa, representativa y pública, que deberá ser tenida en cuenta en todos los casos, porque siempre haremos una difusión pública de nuestras conclusiones y de nuestros criterios.



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA (99-00) **(Revisión Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y** **Diagnósticos de Enfermería. AENTDE. Borrador Mayo 2001)**

PATRON 1: INTERCAMBIO

- 1.1.2.1 Alteración de la nutrición: por exceso
- 1.1.2.2 Alteración de la nutrición: por defecto
- 1.1.2.3 Riesgo de alteración de la nutrición: por exceso
- 1.2.1.1 Riesgo de infección
- 1.2.2.1 Riesgo de alteración de la temperatura corporal
- 1.2.2.2 Hipotermia
- 1.2.2.3 Hipertermia
- 1.2.2.4 Termorregulación ineficaz
- 1.2.3.1 Disreflexia
- *1.2.3.2 Riesgo de disreflexia autónoma
- 1.3.1.1 Estreñimiento
- 1.3.1.1.1 Estreñimiento subjetivo
- 1.3.1.1.2 Estreñimiento crónico
- 1.3.1.2 Diarrea
- 1.3.1.3 Incontinencia fecal
- *1.3.1.4 Riesgo de estreñimiento
- 1.3.2 Alteración de la eliminación urinaria
- 1.3.2.1.1 Incontinencia urinaria: de esfuerzo
- 1.3.2.1.2 Incontinencia urinaria: refleja
- 1.3.2.1.3 Incontinencia urinaria: de urgencia
- 1.3.2.1.4 Incontinencia urinaria: funcional
- 1.3.2.1.5 Incontinencia urinaria: total
- *1.3.2.1.6 Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia
- 1.3.2.2 Retención urinaria
- 1.4.1.1 Alteración de la perfusión tisular (especificar) (renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)
- *1.4.1.2 Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos
- 1.4.1.2.1 Exceso de volumen de líquidos
- 1.4.1.2.2.1 Déficit de volumen de líquidos
- 1.4.1.2.2.2 Riesgo de déficit de volumen de líquidos
- 1.4.2.1 Disminución del gasto cardíaco
- 1.5.1.1 Deterioro del intercambio gaseoso
- 1.5.1.2 Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- 1.5.1.3 Patrón respiratorio ineficaz
- 1.5.1.3.1 Dificultad para mantener la ventilación espontánea
- 1.5.1.3.2 Respuesta disfuncional al destete del respirador (RDDR)
- 1.6.1 Riesgo de lesión
- 1.6.1.1 Riesgo de asfixia
- 1.6.1.2 Riesgo de intoxicación
- 1.6.1.3 Riesgo de traumatismo
- 1.6.1.4 Riesgo de aspiración



- 1.6.1.5 Riesgo de síndrome de desuso
- *1.6.1.6 Respuesta alérgica al látex
- *1.6.1.7 Riesgo de respuesta alérgica al látex
- 1.6.2 Alteración de la protección
 - 1.6.2.1 Deterioro de la integridad tisular
 - 1.6.2.1.1 Alteración de la membrana mucosa oral
 - 1.6.2.1.2.1 Deterioro de la integridad cutánea
 - 1.6.2.1.2.2 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
 - *1.6.2.1.3 Alteración de la dentición
- 1.7.1 Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal
- 1.8 Alteración del campo energético

PATRON 2: COMUNICACIÓN

- 2.1.1.1 Trastorno de la comunicación verbal

PATRON 3: RELACIONES

- 3.1.1 Deterioro de la Interacción social
- 3.1.2 Aislamiento social
- 3.1.3 Riesgo de soledad
- 3.2.1 Alteración en el desempeño del rol
 - 3.2.1.1.1 Alteración parental
 - 3.2.1.1.2 Riesgo de alteración parental
 - 3.2.1.1.2.1 Riesgo de alteración del apego parental lactante/niño
 - 3.2.1.2.1 Disfunción sexual
 - 3.2.2 Alteración de los procesos familiares
 - 3.2.2.1 Sobreesfuerzo en el rol de cuidador
 - 3.2.2.2 Riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador
 - 3.2.2.3.1 Alteración de los procesos familiares: Alcoholismo
 - 3.2.3.1 Conflicto del rol parental
- 3.3 Alteración de los patrones de sexualidad

PATRON 4: VALORES

- 4.1.1 Sufrimiento espiritual
- *4.1.2 Riesgo de sufrimiento espiritual
- 4.2 Potencial de mejora del bienestar espiritual

PATRON 5: ELECCIÓN

- 5.1.1.1 Afrontamiento individual: ineficaz
 - 5.1.1.1.1 Trastorno de la adaptación
 - 5.1.1.1.2 Afrontamiento defensivo
 - 5.1.1.1.3 Negación ineficaz
- 5.1.2.1.1 Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante
- 5.1.2.1.2 Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido
- 5.1.2.2 Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo



- 5.1.3.1 Potencial de mejora del afrontamiento comunitario
- 5.1.3.2 Afrontamiento comunitario ineficaz
- 5.2.1 Manejo ineficaz del régimen terapéutico : Personal
 - 5.2.1.1 No seguimiento del tratamiento (especificar)
- 5.2.2 Manejo ineficaz del régimen terapéutico: Familiar
- 5.2.3 Manejo ineficaz del régimen terapéutico: de la comunidad
- 5.2.4 Manejo eficaz del régimen terapéutico: Personal
- 5.3.1.1 Conflicto en la toma de decisiones (especificar)
- 5.4 Conductas generadoras de salud (especificar)

PATRON 6: MOVIMIENTO

- 6.1.1.1 Trastorno de la movilidad física
 - 6.1.1.1.1 Riesgo de disfunción neurovascular periférica
 - 6.1.1.1.2 Riesgo de lesión perioperatoria
 - *6.1.1.1.3 Dificultad para caminar
 - *6.1.1.1.4 Dificultad para manejar la silla de ruedas
 - *6.1.1.1.5 Dificultad en la habilidad para trasladarse desde la silla de ruedas
 - *6.1.1.1.6 Dificultad para moverse en la cama
- 6.1.1.2 Intolerancia a la actividad
 - 6.1.1.2.1 Fatiga
- 6.1.1.3 Riesgo de intolerancia a la actividad
- 6.2.1 Alteración del patrón del sueño
 - *6.2.1.1 Deprivación del sueño
- 6.3.1.1 Déficit de actividades recreativas
- 6.4.1.1 Dificultades para el mantenimiento del hogar
- 6.4.2 Alteración en el mantenimiento de la salud
 - *6.4.2.1 Retraso en la recuperación quirúrgica
 - *6.4.2.2 Deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo
- 6.5.1 Déficit de autocuidado: alimentación
 - 6.5.1.1 Deterioro de la deglución
 - 6.5.1.2 Lactancia materna ineficaz
 - 6.5.1.2.1 Interrupción de la lactancia materna
 - 6.5.1.3 Lactancia materna eficaz
 - 6.5.1.4 Patrón de alimentación ineficaz del lactante
- 6.5.2 Déficit de autocuidado: baño/higiene
- 6.5.3 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento
- 6.5.4 Déficit de autocuidado: uso del orinal/váter
- 6.6 Alteración del crecimiento y desarrollo
 - *6.6.1 Riesgo de alteración del desarrollo
 - *6.6.2 Riesgo de alteración del crecimiento
- 6.7 Síndrome de estrés por traslado
- 6.8.1 Riesgo de conducta desorganizada del lactante
- 6.8.2 Conducta desorganizada del lactante
- 6.8.3 Potencial de mejora de la organización de la conducta del lactante



PATRON 7: PERCEPCIÓN

- 7.1.1 Trastorno de la imagen corporal
- 7.1.2 Trastorno de la autoestima
 - 7.1.2.1 Baja autoestima: crónica
 - 7.1.2.2 Baja autoestima: situacional
- 7.1.3 Trastorno de la identidad personal
- 7.2 Alteraciones senso-perceptivas, (especificar) (visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias)
 - 7.2.1.1 Desatención unilateral
- 7.3.1 Desesperanza
- 7.3.2 Impotencia

PATRON 8: CONOCIMIENTO

- 8.1.1 Déficit de conocimientos, (especificar)
- 8.2.1 Síndrome de interpretación alterada del entorno
- 8.2.2 Confusión aguda
- 8.2.3 Confusión crónica
- 8.3 Alteración de los procesos de pensamiento
 - 8.3.1 Trastorno de memoria

PATRON 9: SENSACIONES

- 9.1.1 Dolor
 - 9.1.1.1 Dolor crónico
- *9.1.2 Náuseas
- 9.2.1.1 Duelo disfuncional
- 9.2.1.2 Duelo anticipado
- *9.2.1.3 Aflicción crónica
- 9.2.2 Riesgo de violencia dirigida a otros
 - 9.2.2.1 Riesgo de automutilación
 - 9.2.2.2 Riesgo de violencia autodirigida
- 9.2.3 Síndrome post-traumático
 - 9.2.3.1 Síndrome traumático de violación
 - 9.2.3.1.1 Síndrome traumático de violación: reacción compuesta
 - 9.2.3.1.2 Síndrome traumático de violación: reacción silente
- *9.2.4 Riesgo de síndrome postraumático
- 9.3.1 Ansiedad
 - *9.3.1.1 Ansiedad ante la muerte
- 9.3.2 Temor

* Diagnósticos aprobados por la NANDA en 1998



Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) # 2ª Edición

Etiquetas y códigos de las intervenciones N = 433

Copyright ©1995 – Iowa Intervention Project
(Propuesta de traducción AENTDE Octubre 2001)

0140	Promoción de los mecanismos corporales	1710	Mantenimiento de la salud bucal
0180	Gestión de la energía	1720	Promoción de la salud bucal
0200	Promoción del ejercicio	1730	Restablecimiento de la salud bucal
*0202	Promoción del ejercicio: estiramiento	1750	Cuidado perineal
0221	Terapia con ejercicio: ambulación	1770	Cuidado postmortem
0222	Terapia con ejercicio: equilibrio	1780	Cuidado de prótesis
0224	Terapia con ejercicio: movilidad articular	1800	Ayuda en el autocuidado
0226	Terapia con ejercicio: control muscular	1801	Ayuda en el autocuidado: baño / higiene
0410	Cuidado de la incontinencia intestinal	1802	Ayuda en el autocuidado: vestido / arreglo personal
*0412	Cuidado de la incontinencia intestinal: encopresis	1803	Ayuda en el autocuidado: alimentación
0420	Irrigación intestinal	1804	Ayuda en el autocuidado: aseo
0430	Gestión de la eliminación intestinal	1850	Mejorar el sueño
0440	Adiestramiento intestinal	1860	Terapia de la deglución
0450	Gestión del estreñimiento / impactación	1870	Cuidado del catéter
0460	Gestión de la diarrea	1872	Cuidado del catéter torácico
0470	Reducción de la flatulencia	1874	Cuidado del catéter gastrointestinal
0480	Cuidado de la ostomía	*1875	Cuidado del catéter umbilical
*0490	Gestión del prolapso rectal	1876	Cuidado del catéter urinario
*0550	Irrigación vesical	1878	Cuidado del catéter: ventriculostomía / lumbar
*0560	Ejercicio del suelo pélvico	1910	Gestión del equilibrio acidobase
*0570	Adiestramiento vesical	1911	Gestión del equilibrio acidobase: acidosis metabólica
0580	Cateterización urinaria	1912	Gestión del equilibrio acidobase: alcalosis metabólica
0582	Cateterización urinaria: intermitente	1913	Gestión del equilibrio acidobase: acidosis respiratoria
0590	Gestión de la eliminación urinaria	1914	Gestión del equilibrio acidobase: alcalosis respiratoria
*0600	Adiestramiento del hábito urinario	1920	Monitorización del equilibrio acidobase
0610	Cuidado de la incontinencia urinaria	2000	Gestión de electrolitos
*0612	Cuidado de la incontinencia urinaria: enuresis	2001	Gestión de electrolitos: hipercalcemia
0620	Cuidado de la retención urinaria	2002	Gestión de electrolitos: hipercalcemia
0740	Cuidado en el reposo en cama	2003	Gestión de electrolitos: hipermagnesemia
0762	Cuidado del paciente escayolado: mantenimiento	2004	Gestión de electrolitos: hipernatremia
0764	Cuidado del paciente escayolado: yeso húmedo	2005	Gestión de electrolitos: hiperfosfatemia
0840	Cambio de posición	2006	Gestión de electrolitos: hipocalcemia
*0842	Cambio de posición: intraoperatorio	2007	Gestión de electrolitos: hipocalcemia
0844	Posición: paciente neurológico	2008	Gestión de electrolitos: hipomagnesemia
0846	Posición: paciente en silla de ruedas	2009	Gestión de electrolitos: hiponatremia
0910	Entablillado	2010	Gestión de electrolitos: hipofosfatemia
0940	Cuidado de la tracción /inmovilización	2020	Monitorización de electrolitos
0960	Transporte	2080	Gestión de líquidos y electrolitos
1020	Planificación de etapas en la dieta	2100	Terapia de hemodiálisis
1030	Gestión de los trastornos de la alimentación	2120	Gestión de la hiperglucemia
1050	Alimentación	2130	Gestión de la hipoglucemia
1052	Alimentación por biberón	2150	Terapia de diálisis peritoneal
*1054	Ayuda en la lactancia materna	2210	Administración de analgésicos
1056	Alimentación enteral por sonda	*2214	Administración de analgésicos: epidural
1080	Intubación gastrointestinal	2240	Gestión de la quimioterapia
1100	Gestión de la nutrición	*2260	Sedación
1120	Terapia nutricional	2300	Administración de medicamentos
1160	Control y seguimiento de la nutrición	2301	Administración de medicamentos: enteral
1200	Administración de nutrición parenteral total (NPT)	2302	Administración de medicamentos: interpleural
1240	Ayuda para ganar peso	2303	Administración de medicamentos: intraósea
1260	Gestión del peso	2304	Administración de medicamentos: oral
1280	Ayuda para disminuir peso	2305	Administración de medicamentos: parenteral
*1320	Acupresión	2306	Administración de medicamentos: tópica
1340	Estimulación cutánea	2307	Administración de medicamentos: reservorio ventricular
1380	Aplicación de calor / frío	2380	Gestión de la medicación
1400	Gestión del dolor	2390	Prescripción de medicamentos
1460	Relajación muscular progresiva	2400	Instruir en la analgesia controlada por el paciente
1480	Masaje simple	*2440	Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso
1540	Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea	2540	Gestión del edema cerebral
1610	Baño del enfermo	*2550	Mejora de la perfusión cerebral
1620	Cuidado de las lentillas de contacto	2560	Gestión de la disreflexia
1630	Vestir / desvestir al enfermo	2590	Monitorización de la presión intracraneal
1640	Cuidado de los oídos	2620	Control y seguimiento neurológico
1650	Cuidado de los ojos	2660	Gestión de la sensibilidad periférica
1660	Cuidado de los pies	2680	Gestión de ataques convulsivos
1670	Cuidado del cabello	2690	Prevención de lesiones ante ataques convulsivos
1680	Cuidado de las uñas	2720	Prevención de la hemorragia subaracnoidea
*2760	Gestión de la desatención unilateral	4260	Prevención del shock
2840	Administración de anestesia	4310	Terapia de actividad



*2860	Autotransfusión	4320	Terapia asistida con animales
*2870	Cuidado en la postanestesia	4330	Terapia artística
*2880	Coordinación preoperatoria	4340	Adiestramiento de la asertividad
*2900	Asistencia quirúrgica	4350	Gestión de la conducta
*2920	Prevención quirúrgicas	*4352	Gestión de la conducta: hiperactividad / falta de atención
2930	Preparación quirúrgica del enfermo	*4354	Gestión de la conducta: autolesiones
3120	Inserción y estabilización de vías aéreas	*4356	Gestión de la conducta: sexual
3140	Gestión de las vías aéreas	4360	Modificación de conducta
3160	Aspiración de vías aéreas	*4362	Modificación de conducta: habilidades sociales
3180	Gestión de las vías aéreas artificiales	4370	Adiestramiento para controlar impulsos
3200	Prevención de aspiración	4380	Establecer límites
3230	Fisioterapia respiratoria	4390	Terapia ambiental
3250	Fomento de la tos	4400	Musicoterapia
*3270	Extubación endotraqueal	4410	Fijar objetivos conjuntos
3300	Ventilación mecánica	4420	Pactar con el enfermo
3310	Destete de la ventilación mecánica	4430	Terapia de juegos
3320	Oxigenoterapia	4470	Ayudar al autocambio
3350	Control y seguimiento respiratorio	4480	Facilitar la autoresponsabilidad
3390	Asistencia en la ventilación	4490	Ayuda para dejar de fumar
3420	Cuidado en la amputación	4500	Prevención del consumo de sustancias
3440	Cuidado del sitio de incisión	4510	Tratamiento por el consumo de sustancias
3460	Terapia con sanguijuelas	4512	Tratamiento por el consumo de sustancias: desintoxicación de alcohol
3500	Control de presiones	4514	Tratamiento por el consumo de sustancias: desintoxicación
3520	Cuidado de las úlceras por presión	4516	Tratamiento por el consumo de sustancias: sobredosis
3540	Prevención de las úlceras por presión	4640	Ayudar a controlar la ira
3584	Cuidado de la piel: tratamientos tópicos	4680	Biblioterapia
3590	Vigilancia de la piel	4700	Reestructuración cognitiva
3620	Sutura	4720	Estimulación cognitiva
3660	Cuidado de las heridas	4760	Adiestramiento de la memoria
3662	Cuidado de las heridas: drenaje cerrado	4820	Orientación de la realidad
3680	Irrigación de las heridas	4860	Terapia de reminiscencia
3740	Tratamiento de la fiebre	4920	Escucha activa
3780	Tratamiento contra la exposición al calor	4974	Fomento de la comunicación: déficit auditivo
3800	Tratamiento contra la hipotermia	*4976	Fomento de la comunicación: déficit del habla
3840	Prevención de la hipertermia maligna	4978	Fomento de la comunicación: déficit visual
*3902	Regulación de la temperatura: durante la cirugía	*5000	Establecer relaciones complejas
3990	Regulación de la temperatura	5100	Fomento de la socialización
4010	Prevención de la hemorragia	5210	Guía anticipatoria
4020	Reducción de la hemorragia	5220	Mejorar la imagen corporal
*4021	Reducción de la hemorragia: útero anteparto	5230	Mejorar el afrontamiento
4022	Reducción de la hemorragia: gastrointestinal	5240	Asesoramiento
4024	Reducción de la hemorragia: nasal	5242	Asesoramiento genético
*4026	Reducción de la hemorragia: útero postparto	5244	Asesoramiento para la lactancia
4028	Reducción de la hemorragia: heridas	5246	Asesoramiento nutricional
4030	Administración de productos sanguíneos	*5247	Asesoramiento antes de la concepción
4040	Cuidado cardíaco	5248	Asesoramiento sexual
4044	Cuidado cardíaco: durante el episodio agudo	5250	Apoyo en la toma de decisiones
4046	Cuidado cardíaco: de rehabilitación	5260	Cuidado en la agonía
4050	Prevención cardíaca	5270	Apoyo emocional
4060	Cuidado circulatorio	5290	Facilitar la expresión del duelo
*4064	Cuidado circulatorio: dispositivo mecánico de ayuda	*5294	Facilitar la expresión del duelo: muerte perinatal
4066	Cuidado circulatorio: insuficiencia venosa	5300	Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
4070	Prevención circulatoria	5310	Infundir esperanza
4090	Gestión de la disritmia	5320	Humor
4104	Cuidado del embolismo: periférico	5330	Gestión del humor
4106	Cuidado del embolismo: pulmonar	5340	Presencia
4110	Prevención del embolismo	5360	Terapia de entretenimiento
4120	Gestión de líquidos	5370	Potenciación de roles
4130	Monitorización de líquidos	5380	Fomento de la seguridad
4140	Reposición de líquidos	5390	Mejorar la autoconciencia
4150	Regulación hemodinámica	5400	Mejorar la autoestima
4160	Control de las hemorragias	5420	Apoyo espiritual
4170	Gestión de la hipovolemia	5430	Grupo de apoyo
4180	Gestión de la hipovolemia	5440	Potenciación del sistema de apoyo
4190	Punción intravenosa	5450	Terapia de grupo
4200	Terapia intravenosa (IV)	5460	Tocar
4210	Monitorización hemodinámica invasiva	5465	Toque terapéutico
4220	Cuidado del catéter central insertado periféricamente	5470	Decir la verdad
*4232	Flebotomía: muestra de sangre arterial	5480	Clarificación de valores
*4234	Flebotomía: obtención de una bolsa de sangre	*5510	Educación sanitaria
*4238	Flebotomía: muestra de sangre venosa	*5520	Facilitar el aprendizaje
4250	Gestión del shock	5540	Fomentar la disposición al aprendizaje
4254	Gestión del shock: cardíaco	5562	Educación paterna: adolescentes
4256	Gestión del shock: vasogénico	5564	Educación paterna: familia con un nuevo bebé
4258	Gestión del shock: volumen	5566	Educación paterna: crianza familiar de los niños
5580	Información sensorial preparatoria	*6772	Monitorización electrónica fetal: durante el parto



5602	Enseñanza: proceso de enfermedad	6784	Planificación familiar: anticoncepción
5604	Enseñanza: grupal	6786	Planificación familiar: infertilidad
5606	Enseñanza: individual	6788	Planificación familiar: embarazo no deseado
5608	Enseñanza: cuidado del bebé	*6800	Cuidado en el embarazo de alto riesgo
5610	Enseñanza: prequirúrgica	6820	Cuidado de niños (hasta 1 año)
5612	Enseñanza: actividad /ejercicio prescrito	6830	Cuidado durante el parto
5614	Enseñanza: dieta prescrita	6834	Cuidado durante el parto: parto de alto riesgo
5616	Enseñanza: medicamentos prescritos	6840	Cuidado de canguro
5618	Enseñanza: procedimiento / tratamiento	6850	Inducción al parto
5620	Enseñanza: habilidades psicomotoras	6860	Supresión de los dolores del parto
5622	Enseñanza: sexo seguro	6870	Supresión de la lactancia
*5624	Enseñanza: sexualidad	6880	Cuidado del recién nacido
5820	Reducción de la ansiedad	6890	Control del recién nacido
5840	Adiestramiento autógeno	6900	Succión no nutritiva
5860	Biorretroalimentación	*6924	Fototerapia: recién nacido
5880	Técnica tranquilizar	6930	Cuidado postparto
5900	Distraacción	6950	Cuidado por interrupción del embarazo
5920	Hipnosis	6960	Cuidado prenatales
5960	Meditación	*6972	Resucitación: fetal
6000	Imaginación simple dirigida	*6974	Resucitación: neonato
6040	Terapia simple de relajación	*6982	Ultrasonografía: obstétrica limitada
6140	Gestión de los códigos	7040	Apoyo al cuidador
6160	Intervención en crisis	*7050	Fomento del desarrollo
6200	Cuidado de urgencia	7100	Promoción de la integridad familiar
6240	Primeros auxilios	7104	Promoción de la integridad familiar: familia con niño
6244	Asesoramiento de lactancia	7110	Implicación familiar
*6260	Obtención de órganos	7120	Movilización familiar
6300	Tratamiento del trauma de la violación	7130	Mantenimiento de los procesos familiares
6340	Prevención del suicidio	7140	Apoyo familiar
6360	Triage	7150	Terapia familiar
6400	Protección contra abusos	*7160	Conservación de la fertilidad
*6402	Protección contra abusos del niño	7180	Ayuda al mantenimiento del hogar
*6404	Protección contra abusos de anciano	7200	Promoción de la normalización
6410	Gestión de la alergia	7260	Cuidado para dar un respiro
6420	Restricción de zonas de movimiento	7280	Apoyo de hermanos
6440	Gestión del delirio	7310	Cuidado en el ingreso
*6450	Gestión de las ideas delirantes	7330	Intermediación cultural
*6460	Gestión de la demencia	7370	Planificación del alta
*6470	Prevención de fugas	7400	Orientación sobre el sistema sanitario
6480	Gestión del entorno	7410	Autorización de seguros
6481	Gestión del entorno: proceso de acercamiento	*7440	Facilitar permisos
6482	Gestión del entorno: comodidad	7460	Protección de los derechos del paciente
*6484	Gestión del entorno: comunidad	7500	Apoyo al sustento
6486	Gestión del entorno: seguridad	7560	Facilitar las visitas
6487	Gestión del entorno: prevención de la violencia	*7610	Análisis de laboratorio a pie de cama
*6489	Gestión del entorno: seguridad del trabajador	*7620	Verificar sustancias controladas
6490	Prevención de caídas	*7640	Desarrollo de vías críticas
*6500	Prevención de incendios	*7650	Delegación
6510	Gestión de las alucinaciones	*7660	Verificar el carro de urgencias
*6520	Chequeo sanitario	*7680	Ayuda en la exploración
6530	Inmunización /Administración de vacunas	7690	Interpretación de datos de laboratorio
6540	Control de infecciones	*7700	Revisión por colegas
6545	Control de infecciones: durante la cirugía	*7710	Apoyo médico
6550	Prevención de infecciones	*7722	Instruir: empleado
6560	Precaución con el látex	*7726	Instruir: estudiante
6570	Precaución con el látex	*7760	Evaluación de productos
6580	Sujeción física	*7800	Gestión de calidad
*6590	Precaución con los torniquetes neumáticos	7820	Gestión de muestras
6600	Gestión de la radioterapia	*7830	Supervisión del personal
6610	Identificación de riesgos	*7840	Gestión de los suministros
6612	Identificación de riesgos: familia con un nuevo bebé	7880	Gestión de la tecnología
6630	Aislamiento	*7886	Gestión de la tecnología reproductiva
6650	Vigilancia	*7920	Documentación
6654	Vigilancia: seguridad	*7960	Intercambio de información sanitaria
*6656	Vigilancia: al final del embarazo	*7970	Control de la política sanitaria
6680	Monitorización de los signos vitales	7980	Informe de incidencias
*6700	Amnioinfusión	8020	Conferencia multidisciplinaria sobre cuidado
6710	Promoción del acercamiento	*8060	Trascripción de órdenes
6720	Parto	8100	Derivación
6750	Cuidado de una cesárea	*8120	Recogida de los datos para investigar
6760	Preparación para el parto	*8140	Cambio de turno
*6771	Monitorización electrónica fetal: anteparto	*8180	Consulta por teléfono

* = Intervenciones introducidas en la segunda edición.

Iowa Intervention Project – McCLOSKEY, J.C. y BULECHEK, G.M. [eds.], # *Nursing Intervention Classification (NIC)*, Mosby-Year Book, St.Louis (de próxima aparición, 1996).



CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC) # 2ª Ed.
Etiquetas de los Resultados (N = 260)
 (Propuesta de traducción AENTDE Octubre 2001)

0001	Resistencia
0002	Conservación de la energía
0003	Reposo
0004	Sueño
0005	Tolerancia a la actividad.
0006	Energía psicomotora
0100	Desarrollo del niño: 2 meses
0101	Desarrollo del niño: 4 meses
0102	Desarrollo del niño: 6 meses
0103	Desarrollo del niño: 12 meses
0104	Desarrollo del niño: 2 años
0105	Desarrollo del niño: 3 años
0106	Desarrollo del niño: 4 años
0107	Desarrollo del niño: 5 años
0108	Desarrollo del niño: 6-11 años
0109	Desarrollo del niño: Adolescencia 12-17 años
0110	Crecimiento
0111	Estado fetal: anteparto
0112	Estado fetal: durante el parto
0113	Estado de envejecimiento físico
0114	Maduración física: mujer
0115	Maduración física: varón
0116	Participación en los juegos
0117	Organización de los niños prematuros
0118	Adaptación del recién nacido
0119	Funcionamiento sexual
0200	Ambulación: andar
0201	Ambulación: silla de ruedas
0202	Equilibrio
0203	Posicionamiento del cuerpo: autoiniciado
0204	Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas
0205	Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas
0206	Movimiento articular: activo
0207	Movimiento articular: pasivo
0208	Nivel de movilidad
0209	Función muscular
0210	Resultado del desplazamiento
0211	Función del esqueleto
0300	Autocuidado: actividades de la vida cotidiana (AVC)
0301	Autocuidado: baño
0302	Autocuidado: vestirse
0303	Autocuidado: comer
0304	Autocuidado: arreglarse
0305	Autocuidado: higiene
0306	Autocuidado: actividades básicas de la vida cotidiana (ABVC)

0307	Autocuidado: medicación no parenteral
0308	Autocuidado: higiene bucal
0309	Autocuidado: medicación parenteral
0310	Autocuidado: aseo
0400	Eficacia del bombeo cardíaco
0401	Estado de la circulación
0402	Estado respiratorio: intercambio de gases
0403	Estado respiratorio: ventilación
0404	Perfusión tisular: órganos abdominales
0405	Perfusión tisular: cardíaca
0406	Perfusión tisular: cerebral
0407	Perfusión tisular: periférica
0408	Perfusión tisular: pulmonar
0409	Estado coagulatorio
0410	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias
0500	Continencia intestinal
0501	Eliminación intestinal
0502	Continencia urinaria
0503	Eliminación urinaria
0600	Equilibrio de electrolitos y ácido-base
0601	Equilibrio de líquidos
0602	Hidratación
0700	Control a las reacciones a la transfusión sanguínea
0701	Control de la hipersensibilidad inmune
0702	Estado inmune
0703	Estado de infección
0704	Control del asma
0800	Termorregulación
0801	Termorregulación: recién nacido
0802	Estado de los signos vitales
0900	Capacidad cognitiva
0901	Orientación cognitiva
0902	Capacidad de comunicación
0903	Comunicación: capacidad expresiva
0904	Comunicación: capacidad receptora
0905	Concentración
0906	Toma de decisiones
0907	Procesamiento de la información
0908	Memoria
0909	Estado neurológico
0910	Estado neurológico: autónomo
0911	Estado neurológico: control motor central
0912	Estado neurológico: conciencia
0913	Est neurológico: sensibilidad craneal/función motriz
0914	Estado neurológico: sensibilidad medular / función motriz



1000	Establecimiento de la lactancia: recién nacido
1001	Establecimiento de la lactancia: madre
1002	Mantenimiento de la lactancia
1003	Interrupción de la lactancia
1004	Estado nutricional
1005	Estado nutricional: medidas bioquímicas
1006	Estado nutricional: masa corporal
1007	Estado nutricional: energía
1008	Estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos
1009	Estado nutricional: ingesta de nutrientes
1010	Estado de la deglución
1011	Estado de la deglución: fase esofágica
1012	Estado de la deglución: fase oral
1013	Estado de la deglución: fase faríngea
1100	Salud bucal
1101	Integridad tisular: membranas cutáneas y mucosas
1102	Curación de heridas: intención primaria
1103	Curación de heridas: intención secundaria
1104	Curación ósea
1105	Integridad del acceso a la diálisis
1200	Imagen corporal
1201	Esperanza
1202	Identidad
1203	Soledad
1204	Equilibrio del humor
1205	Autoestima
1206	Voluntad de vivir
1207	Identidad sexual: aceptación
1208	Nivel de depresión
1300	Aceptación: estado de salud
1301	Adaptación del niño a la hospitalización
1302	Capacidad de superación en las situaciones difíciles
1303	Muerte digna
1304	Resolución de la aflicción
1305	Ajuste psicosocial: cambio de vida
1306	Dolor: respuesta psicológica
1400	Autocontrol de una conducta de abusos
1401	Control de las agresiones
1402	Control de la ansiedad
1403	Control de pensamientos distorsionados
1404	Control del miedo
1405	Control de impulsos
1406	Limitación a la automutilación
1407	Consecuencias de la adicción a las drogas
1408	Autolimitación del suicidio
1409	Control de la depresión
1500	Afecto padres-hijos
1501	Desempeño de un rol
1502	Habilidad para la interacción social
1503	Implicación social
1504	Apoyo social
1600	Comportamiento de adhesión

1601	Conducta de cumplimiento
1602	Conducta de promoción de la salud
1603	Conducta para alcanzar la salud
1604	Participación en las actividades recreativas
1605	Control del dolor
1606	Participación: decisiones sobre la sanidad
1607	Conducta de salud prenatal
1608	Control de síntomas
1609	Conducta de tratamiento: enfermedad o lesión
1610	Conducta para compensar la audición
1611	Conducta de compensación visual
1612	Control del peso
1613	Autodirección de los cuidados
1700	Ideas sobre la salud
1701	Ideas sobre la salud: capacidad percibida de actuar
1702	Ideas sobre la salud: control percibido
1703	Ideas sobre la salud: recursos percibidos
1704	Ideas sobre la salud: amenaza percibida
1705	Orientación sobre la salud
1800	Conocimiento: lactancia
1801	Conocimiento. Seguridad infantil
1802	Conocimiento. Dieta
1803	Conocimiento: proceso de la enfermedad
1804	Conocimiento: conservación de la energía
1805	Conocimientos: conductas de salud
1806	Conocimientos: recursos sanitarios
1807	Conocimiento: control de las infecciones
1808	Conocimiento: medicación
1809	Conocimiento: seguridad personal
1810	Conocimiento: embarazo
1811	Conocimiento: actividad prescrita
1812	Conocimiento: control del consumo de drogas
1813	Conocimiento: régimen de tratamiento
1814	Conocimiento: procedimiento(s) de tratamiento
1815	Conocimiento: funcionamiento sexual
1816	Conocimiento: potenciación de la fertilidad
1817	Conocimiento: parto y alumbramiento
1818	Conocimiento: postparto
1819	Conocimiento: cuidado del niño
1820	Conocimiento. Control de la diabetes
1821	Conocimiento: Anticoncepción
1822	Conocimiento: preconcepción
1823	Conocimientos: promoción de la salud
1824	Conocimiento: cuidado de las enfermedades
1825	Conocimiento: salud maternoinfantil
1900	Inmunización, comportamiento
1901	Crianza de los hijos: seguridad
1902	Control de riesgos
1903	Control de riesgos: consumo de alcohol
1904	Control de riesgos: consumo de drogas
1905	Control de riesgos: enfermedades de transmisión sexual (ETS)



1906	Control de riesgos: consumo de tabaco
1907	Control de riesgos: embarazo no deseado
1908	Detección de riesgos
1909	Conducta de seguridad: prevención de las caídas
1910	Conducta de seguridad: entorno físico en casa
1911	Conducta de seguridad: personal
1912	Estado de seguridad: incidencia de caídas
1913	Estado de seguridad: lesión física
1914	Control de riesgos: salud cardiovascular
1915	Control de riesgos: disminución auditiva
1916	Control de riesgos: disminución de la visión
1917	Control de riesgos: cáncer
1918	Control de la aspiración
2000	Calidad de vida
2001	Bienestar espiritual
2002	Bienestar
2003	Nivel de sufrimiento
2004	Forma física
2100	Nivel de bienestar
2101	Dolor: efectos adversos
2102	Nivel de dolor
2103	Severidad de los síntomas
2104	Severidad de los síntomas: premenopausia
2105	Severidad síntomas: síndrome premenstrual (SPM)
2200	Adaptación del cuidador a la institucionalización del paciente
2202	Disposición al cuidado a domicilio del cuidador
2203	Interrupción del estilo de vida del cuidador
2204	Relación entre cuidador y paciente
2205	Actuación del cuidador: cuidados directos
2206	Actuación del cuidador: cuidados indirectos
2208	Estresantes del cuidador
2210	Potencial de resistencia del cuidador
2211	Crianza de los hijos
2300	Control de la glucosa en sangre
2301	Respuesta a la medicación
2302	Eliminación de toxinas sistémicas: diálisis
2400	Función sensorial: cutánea
2401	Función sensorial: audición
2402	Función sensorial: propiocepción
2403	Función sensorial: gusto y olfato
2404	Función sensorial: visión
2500	Cese de abusos
2501	Protección contra abusos
2502	Recuperación de abusos: emocional
2503	Recuperación de abusos: financiero
2504	Recuperación de abusos: física
2505	Recuperación de abusos: recuperación sexual
2506	Salud emocional del cuidador
2507	Salud física del cuidador
2508	Bienestar del cuidador
2509	Estado maternal: anteparto

2510	Estado maternal: durante el parto
2511	Estado maternal: postparto
2512	Recuperación del abandono
2600	Capacidad de superación de la familia
2601	Entorno familiar: interno
2602	Funcionamiento familiar
2603	Integridad familiar
2604	Normalización familiar
2605	Participación de familia en los cuidados profesionales
2606	Estado de salud de la familia
2700	Competencia comunitaria
2701	Estado de salud comunitaria
2800	Salud comunitaria: inmunidad
2801	Control comunitario de los riesgos: enfermedades crónicas
2802	Control comunitario de los riesgos: enfermedades contagiosas
2803	Control comunitario de los riesgos: exposición al plomo

Iowa Outcomes Project.
 JOHNSON, M.; MAAS, M.;
 MOORDHEAD, S. [eds.], # *Nursing
 Outcomes Classification (NOC)*,
 Mosby, St. Louis 2000, 2ª ed.



HACIENDO VISIBLE LA CALIDAD ENFERMERA



NIC y NOC



Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN
y
Marion Johnson, PhD, RN



Center for Nursing
Classification
College of Nursing
The University of Iowa



III Jornadas de Trabajo AENTDE
ÁVILA, ESPAÑA
26-27 DE OCTUBRE DE 2001

III Jornadas de Trabajo AENTDE



Objetivos:

1. Identificar cinco objetivos para la clasificación de la práctica enfermera.
2. Discutir el objetivo, la estructura de la taxonomía y la aplicación del Sistema de Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC).
3. Discutir el objetivo, la estructura de la taxonomía y la aplicación del Sistema de Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC).
4. Identificar seis factores que hay que considerar en la selección de una intervención enfermera.
5. Examinar un modelo de tres niveles para los datos de la práctica enfermera.
6. Identificar enfoques para la aplicación de los NIC en el currículum.
7. Describir la misión del Centro de Iowa para las Clasificaciones de Enfermería.

Programa**Viernes, 26 de octubre de 2001****Mañana**

09.30-11.00	<i>Desarrollo y visión general de la NIC</i>	Gloria Bulechek
11.00-11.30	<i>Pausa café</i>	
11.30-12.30	<i>Aplicación de la NIC en la práctica</i>	Gloria Bulechek
12.30-13.30	<i>Desarrollo y visión general de la NOC</i>	Marion Johnson
13.30-15.30	<i>Comida</i>	

Tarde

15.30-17.00	<i>Aplicación de la NOC en la práctica</i>	Marion Johnson
17.00-17.30	<i>Pausa café</i>	
17.30-19.30	<i>Estudio de caso</i>	

Sábado, 27 de octubre de 2001**Mañana**

09.00-11.00	<i>Estudio de caso</i>	
11.00-11.30	<i>Pausa café</i>	
11.30-12.30	<i>Utilización de los datos clínicos a tres niveles</i>	Gloria Bulechek
12.30-13.30	<i>Vínculos entre la NANDA, NIC y NOC</i>	Marion Johnson
13.30-14.30	<i>Utilización del lenguaje estandarizado en la Formación Enfermera</i>	Gloria Bulechek
14.30-15.00	<i>Discusión final</i>	Público + ponentes





Gloria M. Bulechek
Breve CV

Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN, es profesora del College of Nursing de la Universidad de Iowa, Iowa City, Iowa, donde ha trabajado durante más de diez años para estandarizar el lenguaje de las intervenciones enfermeras. En 1987, la Dra. Bulechek fue la cofundadora un grupo de investigación, del que sigue siendo directora, para desarrollar, validar y aplicar una taxonomía de las intervenciones de Enfermería. Más de sesenta miembros han participado en lo que se conoce como el Proyecto de Intervenciones de Iowa. En la primera fase del Proyecto se desarrolló una clasificación de 336 intervenciones en una lista alfabética. Dicha clasificación fue publicada en *Nursing Interventions Classification (NIC)* (Mosby-Year Book, 1992). En la segunda fase del Proyecto, se construyó una taxonomía en tres niveles para 433 intervenciones en grupos similares y una estructura de codificación. Ello apareció en la segunda edición de la *NIC* de 1996. La tercera fase del Proyecto abarcó la experimentación sobre el terreno de la Taxonomía en cinco ámbitos clínicos. Está en curso la cuarta fase del Proyecto para apoyar la aplicación en la práctica de la clasificación. La tercera edición de la *NIC* apareció en el año 2000: incluye 486 intervenciones, con un dominio comunitario. El lenguaje de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es global y puede ser utilizado por enfermeras de todos los ámbitos y de todas las especialidades. La NIC facilita la aplicación del Conjunto mínimo de datos de Enfermería NMDS (Nursing Minimum Data Set) y proporciona a la Enfermería un lenguaje de las intervenciones que será esencial para el registro informatizado de los cuidados. La Dra. Bulechek ha presentado el proyecto de la CIE ante audiencias nacionales e internacionales como, por ejemplo, la American Nurses Association (ANA), la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Sigma Theta Tau International, la Midwest Nursing Research Association, la Canadian Nurses Association, la Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes (ACENDIO), la Swiss Medical Informatics Society, la International Medical Informatics Association y el International Council of Nurses (CIE).

La Dra. Bulechek es coeditora de la obra galardonada *Nursing Interventions: Treatments for Nursing Diagnoses* (1985); *Nursing Interventions: Essential Nursing Treatments* (1992), traducida al japonés en 1995, y *Nursing Interventions: Effective Nursing Treatments* (1999). La Dra. Bulechek ha sido miembro del Consejo editorial de *Nursing Diagnoses*; del Comité de la American Nurses Association on Standards and Guidelines; y del National Center for Nursing Research Priority Panel on Nursing Informatics.





Marion Johnson
Breve CV

Marion Johnson, PhD, RN, es profesora emérita de la Universidad de Iowa. Antes de jubilarse en 2001, fue profesora y directora de programas de licenciatura del College of Nursing. Ha enseñado las disciplinas de economía sanitaria, política sanitaria y administración de enfermería. La Dra. Johnson es Investigadora Principal de dos becas del Instituto nacional de enfermería, del National Institute of Nursing y del National Institute of Health. Dichas becas han apoyado el desarrollo y la evaluación del lenguaje de los resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). El centro de la presente investigación financiada, es la evaluación de los 160 resultados publicados en la primera edición de la clasificación. Es autora de un gran número de artículos en el ámbito de la administración de enfermería y de resultados para los enfermos. Es la autora de dos libros sobre los resultados de los enfermos y editora de cuatro libros sobre administración de enfermería.

JOHNSON, M.; MAAS, M. y MOORHEAD, S., *Nursing Outcomes Classification (NOC)*., Mosby, St. Louis 2000.

JOHNSON, M.; BULECHEK, G.; MCCLOSKEY DOCHTERMAN, J.; MAAS, M. y MOORHEAD, S., *Nursing Diagnoses, Outcomes, & Interventions NANDA, NOC, and NIC Linkages*. Mosby, St. Louis, 2000.



Centro para las Clasificaciones Enfermeras

The University of Iowa

¿Qué es lo que hacen las enfermeras? ¿Tienen las acciones de las enfermeras un impacto sobre los resultados que se consiguen para los enfermos? ¿Cómo los cuidados de enfermería mejoran la atención a los demás? ¿Cómo pueden las enfermeras contribuir del mejor modo posible a los cuidados integrales para los enfermos? El Centro para la Clasificación de Enfermería de la Universidad de Iowa está ayudando a dar una respuesta a estas preguntas mediante el desarrollo de dos lenguajes estandarizados que pueden ser utilizados para registrar y estudiar la atención enfermera.

Los cuidados de enfermería son casi invisibles porque existe muy poca información sobre los tratamientos que las enfermeras suministran y los resultados que aparecen como cambios en el estado del enfermo. Durante la última década, dos equipos de investigación han desarrollado la **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)** y la **Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)**. La NIC categoriza, estandariza y describe de forma sistemática todo lo que hacen las enfermeras para los enfermos. Dichos tratamientos, llamados intervenciones, incluyen todo desde la aspiración para que una persona pueda respirar, hasta la prevención de caídas, la educación para una vida sexual segura, etc. La NOC nombra, estandariza de forma sistemática y proporciona tests para medir los resultados de las intervenciones de enfermería efectuadas a los enfermos (resultados). Los resultados abarcan desde la comodidad y el bienestar de los enfermos hasta el cambio de estatus fisiológico y la prevención de las úlceras por estar encamado.

El Centro proporciona una estructura para la actualización continuada de las Clasificaciones y para la comunicación con las enfermeras y los centros sanitarios que introducen los lenguajes en sus sistemas de documentación. Cuando los lenguajes se utilicen de forma universal, la documentación enfermera de cada institución será idéntica y serán formados de la misma manera en cada escuela de Enfermería. Ello implicará una *mejor comunicación entre las enfermeras y entre enfermeras y enfermos, que mejorará la calidad y la continuidad de los cuidados*. Cuando los enfermos son trasladados de una institución sanitaria a otra, existirá un modo estándar de comunicar lo que las enfermeras han programado para el enfermo y los resultados que quedan por alcanzar. Los lenguajes estándar pueden también ayudar en la toma de decisiones a las estudiantes de Enfermería, a desarrollar sistemas de información sanitaria, a determinar el coste de la atención de enfermería, a ayudar en el reembolso a las enfermeras, a gestionar los recursos sanitarios y a incluir la Enfermería en los sistemas de codificación existentes que se utilizan en los hospitales y en otro tipo de instituciones. Cuanto se utiliza un lenguaje estandarizado para describir lo que hacen las enfermeras, es posible comparar el coste y la eficacia de los cuidados prestados por distintas enfermeras en distintos ámbitos. *El trabajo de las Enfermeras Diplomadas en los Estados Unidos y de las enfermeras del mundo entero puede ser comparado y mejorado a partir del estudio de los cuidados que las enfermeras prestan a los enfermos.*

El trabajo del Centro es único; las Clasificaciones se han efectuado en Iowa pero se están utilizando en todo Estados Unidos y en otros muchos países. Con la aparición de cada expediente informatizado para cada enfermo, es urgente que tengamos los medios para estudiar la contribución de las enfermeras que pasan la mayor parte del tiempo con los enfermos. Las dos clasificaciones hechas en el Centro constituyen un cimiento importante que permite construir el contenido de la Enfermería y su descripción al público en general.

Si desean más información sobre la NIC o la NOC, les rogamos se pongan en contacto con:

Center for Nursing Classification
407 Nursing Building
The University of Iowa
Iowa City, IA 52242-1121

Tel. 319-335-7051/Fax 319-335-6820
E-mail: classification-center.uiowa.edu
www : <http://www.nursing.uiowa.edu/cnc>



Resumen**Desarrollo y Análisis de la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC)**

Gloria M. Bulechek

Aunque los cuidados de Enfermería son esenciales para los beneficiarios de la sanidad, el impacto de los cuidados de Enfermería es casi invisible. ¿Qué hacen las enfermeras? La presentación analiza la necesidad de una clasificación de intervenciones de Enfermería, proporciona una breve descripción de la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) y describe la investigación para producir la Clasificación. Una intervención de Enfermería es definida como "todo tratamiento basado en juicio y conocimiento clínicos que una enfermera lleva a cabo para mejorar los resultados de los enfermos". La investigación ha sido efectuada en cuatro fases: construcción de una clasificación, construcción de una taxonomía, pruebas clínicas y uso y mantenimiento. Se presenta un análisis de las actividades correspondientes a cada fase de la investigación. La presentación describe la segunda edición y analiza los cambios de la tercera edición.

Materiales:

Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC)

Fuerzas de la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC)

Etiquetas y códigos de las NIC

Ejemplo de una intervención: Mejora de la autoestima

Taxonomía de la clasificación de las intervenciones de Enfermería



Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC)

La Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación estandarizada, global de las intervenciones que las enfermeras realizan. Es útil para la documentación clínica, para la comunicación de los cuidados a través de distintos entornos, la integración de datos en sistemas y entornos, la búsqueda de eficacia, la medida de la productividad, la evaluación de las competencias, el reembolso y el diseño curricular. La Clasificación incluye las intervenciones que las enfermeras llevan a cabo para los enfermos, las intervenciones tanto independientes como conjuntas, los cuidados tanto directos como indirectos. Una intervención es definida como "cualquier tratamiento basado en el juicio y conocimiento clínicos que una enfermera lleva a cabo para mejorar los resultados del enfermo/cliente". Mientras que una enfermera tendrá experiencia únicamente en un número limitado de intervenciones que reflejan su especialidad, la clasificación entera abarca la experiencia de todas las enfermeras. La NIC puede utilizarse en todos los entornos (desde las unidades de cuidados intensivos, hasta la atención domiciliaria, el hospital de enfermos terminales, la atención primaria) y todas las especialidades (de los cuidados críticos a la atención ambulatoria y la atención a largo plazo). Mientras que la clasificación describe el campo de la Enfermería, algunas de las intervenciones contenidas en la clasificación son efectuadas por otros proveedores. La NIC puede ser utilizado por otros proveedores no médicos para describir sus tratamientos.

Las intervenciones de la NIC incluyen intervenciones fisiológicas (como, por ejemplo, la Gestión del equilibrio ácido-base) y psicosociales (por ejemplo, la Reducción de la ansiedad) para el tratamiento de las enfermedades (por ejemplo, la Gestión de la hiperglucemia), la prevención de enfermedades (por ejemplo, la Prevención de caídas) y la promoción de la salud (por ejemplo, Promoción del ejercicio). La mayor parte de las intervenciones se utilizan para individuos, pero muchas sirven para los miembros de la familia (por ejemplo, Promoción de la integridad familiar). Y algunas sirven para toda la comunidad (por ejemplo, Gestión ambiental: comunidad). La clasificación también incluye intervenciones de cuidados indirectos (por ejemplo, Gestión del suministro). Cada intervención, tal como aparece en la Clasificación, figura con un nombre etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que deben ser llevadas a cabo y lecturas de apoyo.

Las 486 intervenciones de la NIC (3ª edición) están agrupadas en treinta clases y en siete campos de uso. Los 7 campos son: Fisiológico: básico, Psicosocial: complejo, Comportamiento, Seguridad, Familia, Sistema sanitario y Comunidad. Cada intervención tiene un número único (código). Las intervenciones de la NIC han sido relacionadas con los diagnósticos de Enfermería de la NANDA, con los problemas de la Clasificación de Omaha y con los resultados de la NOC sensibles a la Enfermería. La clasificación se está actualizando continuamente con un proceso en curso de feedback y revisión. Al final del libro, se dan instrucciones sobre el modo como los usuarios pueden presentar sugerencias de modificaciones a las intervenciones existentes o para proponer una nueva intervención. Las sugerencias son sometidas a un proceso de análisis a dos niveles, primero por personas seleccionadas y, luego, por todo el equipo de investigación. Las intervenciones que precisan más elaboración son remitidas al autor para su revisión. Todas las personas que hacen contribuciones y cuyos cambios son incluidos en la siguiente edición son objeto de reconocimiento en el libro. Se prevén nuevas ediciones de la clasificación cada 4 años aproximadamente. La clasificación fue publicada por primera vez en 1992; la segunda edición apareció en 1996, y la tercera, en 2000. El trabajo que se lleva a cabo entre las ediciones y otras publicaciones importantes que mejoran el uso de la clasificación están disponibles en el Center for Nursing Classification del College of Nursing de la Universidad de Iowa.

La investigación para desarrollar la NIC se inició en 1987 y atravesó cuatro fases, que se solaparon en el tiempo.

Fase I. Construcción de la Clasificación (1987-1992)

Fase II. Construcción de la Taxonomía (1990-1995)

Fase III. Experimentación clínica y reajuste (1993-1997)

Fase IV. Utilización y mantenimiento (1996-hasta la fecha)

La investigación se ha beneficiado de una financiación durante siete años de: National Institutes of Health y del National Institute of Nursing. Se han utilizado múltiples métodos de investigación en el desarrollo de la NIC. Se utilizó un enfoque inductivo en la Fase I para construir la clasificación basada en la práctica existente. Las fuentes originales fueron los libros de texto actuales, las guías de planificación de los cuidados y los sistemas de información de Enfermería. Se utilizaron análisis de los contenidos, revisión del grupo objetivo y cuestionarios a expertos en áreas y especialidades de la práctica para aumentar la experiencia de la práctica clínica de los miembros del grupo. La Fase II se caracterizó por métodos deductivos. Los métodos utilizados para construir la taxonomía incluyeron análisis de similitud, grupos jerárquicos y baremo multidimensional. Mediante experimentación clínica sobre el terreno se desarrollaron las fases de la aplicación y se identificó la necesidad de vinculaciones entre la NANDA, la NIC y el NOC. Con el tiempo, más de 1.000 enfermeras han cumplimentado cuestionarios y aproximadamente cincuenta asociaciones profesionales han hecho aportaciones sobre la clasificación.

La NIC está reconocida por la ANA (American Nurses' Association) y está incluida como un conjunto de datos que satisfará las directrices uniformes para los vendedores de sistemas de información en la ANA y el Data Set Evaluation Center (NIDSEC). La NIC está incluida en la Biblioteca Nacional del Metathesaurus de Medicina para un lenguaje médico unificado. El Cumulative Index to Nursing Literature (CINAHL) y el Silver Platter han añadido la NIC a sus índices de Enfermería. La NIC está incluida en la Comisión Conjunta para la Acreditación for Health Care Organizations (JCAHO) como una clasificación de Enfermería que puede utilizarse para cumplir el estándar sobre datos uniformes. La National League for Nursing ha hecho un vídeo de 40 minutos sobre la NIC para facilitar la enseñanza de la NIC a los estudiantes de Enfermería y a las enfermeras en activo. Alternative Link ha incluido la NIC en sus códigos ABC que se utilizan para el reembolso a proveedores alternativos.

Cientos de departamentos de sanidad han incluido la NIC para utilizarla en estándares, planes de cuidados, evaluación de competencia, y sistemas de información de Enfermería. Los programas educativos de Enfermería están utilizando la NIC para estructurar el currículo e identificar las competencias de las estudiantes de licenciatura de Enfermería. Los autores de los principales libros de texto utilizan la NIC para discutir los tratamientos de Enfermería. Los investigadores utilizan la NIC para estudiar la eficacia de los cuidados de Enfermería. La NIC ha despertado interés en varios otros países, sobre todo, Canadá, Dinamarca, Gran Bretaña, Francia, Islandia, Japón, Corea, España, Suiza y los Países Bajos. La NIC ha sido traducida al holandés (De Tijdstroom, 1997), chino (Farseeing, 2000), francés (Masson, 2000) y coreano (Hyun Moon Sa, 1998), y se está procediendo a su traducción a otros idiomas, como, por ejemplo, el islandés, el japonés (Nankodo), el alemán (Hans Huber) y el portugués (Artis Medicas).

PARA MÁS INFORMACIÓN, les rogamos que contacten con el

Center for Nursing Classification, The University of Iowa, NB 407B, Iowa City, IA 552242-1121.

Barbara J. Head, PhD, RN Teléfono: (319) 335-7051 E-mail: barbara-head@uiowa.edu



Fuerzas de la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería

- **Global:** La NIC incluye todo el espectro de intervenciones de Enfermería, desde la práctica general y las áreas de especialidad; las intervenciones incluyen el tratamiento y la prevención de enfermedades fisiológico y psicosocial, la promoción de la salud para los individuos, las familias y las comunidades, y los cuidados indirectos. Se incluyen las intervenciones tanto independientes como de colaboración. Las intervenciones pueden ser utilizadas en cualquier entorno de la práctica, independientemente de la orientación filosófica.
- **Basada en la investigación.** La investigación, iniciada en 1987, utiliza un enfoque plurimetodológico; los métodos incluyen el análisis del contenido, la encuesta a expertos, la revisión del grupo diana, el análisis de similitudes, el agrupamiento jerárquico, el baremo multidimensional, y la experimentación en el terreno clínico. La investigación ha sido parcialmente financiada (siete años de ayuda) por los Institutos Nacionales de la Salud, y por el Instituto Nacional de Investigación en Enfermería.
- **Desarrollada inductivamente en la práctica existente.** Las fuentes originales incluyen los manuales actuales, las guías de planificación de los cuidados, y los sistemas de información de Enfermería de la práctica clínica, incrementados por la experiencia práctica clínica de los miembros del equipo y de los expertos en áreas especializadas de la práctica. Los nuevos añadidos y los reajustes son el resultado de las sugerencias hechas por los usuarios.
- **Refleja la práctica clínica actual y la investigación.** Todas las intervenciones van acompañadas por una lista de artículos de fondo que sustentan el desarrollo de la intervención. Todas las intervenciones han sido revisadas por expertos en la práctica clínica y por organizaciones importantes de las especialidades de la práctica clínica. Se utiliza un proceso de feedback para incorporar sugerencias de los usuarios en la práctica.
- **Tiene una estructura de fácil uso** (ámbitos, clases, intervenciones, actividades). Todos los ámbitos, clases e intervenciones tienen definiciones. Se han desarrollado principios para mantener la coherencia y la cohesión dentro de la Clasificación. Se han codificado las intervenciones numéricamente.
- **Utiliza un lenguaje que es claro y que tiene significado clínico.** En todo el trabajo, se ha seleccionado el lenguaje más útil para la práctica clínica. El lenguaje refleja la claridad en los temas conceptuales (por ejemplo, qué es una intervención frente a un diagnóstico o una evaluación para hacer un diagnóstico, o un resultado).
- **Ha establecido un proceso y una estructura para el reajuste continuado.** La Clasificación sigue siendo desarrollada por un amplio grupo de investigación que representa numerosas áreas de experiencia clínica y metodológica. El compromiso con el proyecto se manifiesta en los años de trabajo y de implicación ininterrumpida. El reajuste continuado de la NIC se ve facilitado por el Centro de Clasificación de Enfermería, establecido en el Colegio de Enfermería de la Universidad de Iowa en 1995 por el Consejo de Administradores de Iowa. Se ha obtenido una donación de 1 millón de dólares para asegurar una sólida financiación.



Mejorar la Autoestima

5400

DEFINICIÓN: Ayudar a un enfermo a que aumente el juicio personal de su propia valía.

ACTIVIDADES:

Observar las frases del paciente sobre su propia valía
 Determinar la posición de control del enfermo
 Determinar la confianza del enfermo en sus propios juicios
 Animar al enfermo a identificar sus fuerzas
 Fomentar el contacto visual en su comunicación con los demás
 Reafirmar las virtudes personales que identifique el enfermo
 Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del enfermo, si procede
 Ayudar al enfermo a identificar las respuestas positivas de los demás
 Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse
 Mostrar confianza en la capacidad del enfermo para controlar una situación
 Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta
 Ayudar al enfermo a aceptar la dependencia de otros, si procede
 Ayudar al enfermo a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo
 Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, si procede
 Ayudar al enfermo a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía
 Explorar los éxitos anteriores
 Explorar las razones de la autocrítica o culpa
 Animar al enfermo a evaluar su propia conducta
 Animar al enfermo a que acepte nuevos desafíos
 Recompensar o alabar el progreso del enfermo en la consecución de objetivos
 Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima
 Ayudar al enfermo a identificar la importancia de su cultura, religión, raza, género y edad en la autoestima y los niveles de autoestima en el tiempo
 Instruir a los padres sobre la importancia de su interés y apoyo en el desarrollo de un concepto positivo de ellos mismos para sus hijos
 Enseñar a los padres a establecer expectativas claras y a definir límites con sus hijos.
 Enseñar a los padres a reconocer los éxitos de sus hijos
 Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre uno mismo
 Observar la falta de continuidad en la consecución de objetivos
 Observar los niveles de autoestima durante el tiempo, si procede

BIBLIOGRAFÍA:

- BYERS, P.H., "Enhancing the self-esteem of impatient alcoholics", *Mental Health Nursing*, 11(4), 1990, pp. 337-346.
- LUCKMANN, J. y SORENSEN, K.C., *Medical-surgical nursing*, W.B. Saunders, Philadelphia 1987 3ª ed.
- NORRIS, J. y KUNES-CONNELL, M., "Self-esteem disturbance", *Nursing Clinics of North America* 20(4), 1985, pp. 745-761.
- REASONER, R.W., "Enhancement of self-esteem in children and adolescents", *Family and Community Health*, 6(2), 1983, pp. 51-63.
- WHALL, A.L. y PARENT, C.J., "Self-esteem disturbance", en MAAS, M.; BUCHWALTER, K. y HARDY M. [eds.], *Nursing Diagnosis and Interventions for the Elderly*, Addison-Wesley, Redwood City, 1991, pp. 480-488.
- Iowa Intervention Project – McCLOSKEY, J.C. y BULECHEK, G.M. [eds.], *Nursing Intervention Classification (NIC)*, Mosby-Year Book, St. Louis 1996, 2ª ed.



CAMPO 1

1. FISIOLÓGICO: BÁSICO
Cuidados que apoyen el funcionamiento físico

A Control de la actividad y del ejercicio:
Intervenciones para organizar o ayudar a la actividad física y la conservación y el gasto de energía.
B Control de la eliminación:
Intervenciones para establecer y mantener los patrones de eliminación intestinal y urinaria regular y controlar las complicaciones debidas a patrones alterados.
C Control de la movilidad:
Intervenciones para controlar la restricción del movimiento del cuerpo y las secuelas.

D Asistencia a la nutrición:
Intervenciones para modificar o mantener el estado nutritivo.

E Potenciación del bienestar físico:
Intervenciones para potenciar el bienestar utilizando técnicas físicas.

F Promoción de los autocuidados:
Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida cotidiana.

CAMPO 2

2. FISIOLÓGICO: COMPLEJO
Cuidados que apoyan la regulación homeostática

G Control del equilibrio electrolítico y acidobásico:
Intervenciones para regular el equilibrio electrolítico y acidobásico y prevenir complicaciones.

H Control de los fármacos:
Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos.

I Control neurológico:
Intervenciones para optimizar la función neurológica.

J Cuidados preoperatorios:
Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía.

K Control de la respiración:
Intervenciones para fomentar la potencia y el intercambio gaseoso.

L Control de la piel y las heridas:
Intervenciones para mantener o restaurar la integridad de los tejidos.

M Termostatación:
Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

N Control de la perfusión tisular:
Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de los líquidos hacia el tejido.

CAMPO 3

3. DE LA CONDUCTA
Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan cambios en el estilo de vida

O Terapia de la conducta:
Intervenciones para reforzar o promover las conductas deseables o alterar las conductas no deseables.

P Terapia cognitiva:
Intervenciones para reforzar o promover el funcionamiento cognitivo deseable o alterar un funcionamiento cognitivo no deseable.

Q Potenciación de la comunicación:
Intervenciones para facilitar la emisión y la recepción de mensajes verbales y no verbales.

R Ayuda a la superación:
Intervenciones para ayudar al otro a construir sobre sus propias fuerzas, a adaptarse a un cambio de función, o a conseguir un nivel más alto de función.

S Educación del paciente:
Intervenciones para facilitar el aprendizaje.

T Potenciación del bienestar psicosocial:
Intervenciones para promover el bienestar utilizando técnicas psicológicas.

CAMPO 4

4. SEGURIDAD
Cuidados que refuerzan la protección contra los daños

U Control de las crisis:
Intervenciones para proporcionar ayuda inmediata a corto plazo en las crisis tanto psicológicas como fisiológicas.

V Control de los riesgos:
Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y seguir observando los riesgos durante un largo periodo de tiempo.

CAMPO 5

5. FAMILIAR
Cuidados que ayudan a la unidad familiar

W Cuidados en la crianza de los niños:
Intervenciones para ayudar en los conocimientos y asumir los cambios psicológicos y psicosociales durante el periodo de crianza de los niños.

X Cuidados durante toda la vida:
Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y para promover la salud y el bienestar de los miembros de la familia durante toda la vida.

CAMPO 6

6. SANIDAD
Cuidados que sustentan el uso eficaz del sistema de salud pública

Y Mediación con el sistema de salud pública:
Intervenciones para facilitar la interfaz entre el paciente y su familia y el sistema de salud pública.

a Control del sistema de salud pública:
Intervenciones para proporcionar y aumentar los servicios de apoyo para la prestación de los cuidados.

b Control de la información:
Intervenciones para facilitar la comunicación entre los proveedores del sistema de salud pública.

Fuente:

Iowa Intervention Project – McCloskey, J.C. y Bulechek, G.M. [eds.], *Nursing Intervention Classification (NIC)*, Mosby-Year Book, St. Louis 1996, 2ª ed.



Resumen

Aplicación de la NIC en la práctica Gloria M. Bulechek

La selección de una intervención para un paciente específico forma parte de la toma de decisiones clínicas de una enfermera. Es preciso considerar seis factores cuando se elige una intervención: los resultados deseados para el paciente; las características del diagnóstico de enfermería; la base de la investigación para la intervención; la viabilidad para hacer la intervención; la aceptabilidad del paciente y la capacidad de la enfermera. La Clasificación contiene conexiones de la NIC y de la NANDA para ayudar a la toma de decisiones clínicas. La NIC puede utilizarse en un sistema manual o en un sistema informatizado. La utilización de la NIC en un sistema informatizado facilita la suma y el análisis de datos. La transición a un lenguaje estandarizado de Enfermería con un ordenador es un cambio primordial en el modo en que tradicionalmente las enfermeras han documentado y en que hay que utilizar las estrategias de cambio efectivo.

Material:

La NIC relacionada con los diagnósticos de la NANDA
Fases para la implementación de la CIE en una institución clínica

AENTDE



**EJEMPLO DE LAS CONEXIONES ENTRE LA NIC
Y LOS DIAGNÓSTICOS DE LA NANDA**

731 Desesperanza 00124

DEFINICIÓN: Estado subjetivo en el que una persona no ve ninguna alternativa y no es capaz de poner en movimiento su energía por sí misma.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA SUGERIDAS PARA LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA:

Establecer relaciones complejas 5000	Terapia de reminiscencia 4860
Apoyo en la toma de decisiones 5250	Mejorar el sueño 1850
Apoyo emocional 5270	Fomento de la socialización 5100
Gestión del humor 5320	Grupo de apoyo 5430
Presencia 5340	

INTERVENCIONES OPTATIVAS ADICIONALES:

Ayudar a controlar la ira 4640	Facilitar la expresión del duelo: muerte perinatal 5294
Terapia asistida por animales 4320	Musicoterapia 4400
Terapia de actividad 4310	Fijar objetivos conjuntos 4410
Estimulación cognitiva 4720	Pactar con el enfermo 4420
Asesoramiento 5240	Terapia del juego 4430
Intervención en crisis 6160	Ayuda en el autocuidado 1800
Distracción 5900	Apoyo espiritual 5420
Promoción del ejercicio 0200	Prevención del suicidio 6340
Terapia con ejercicio: ambulación	
Facilitar la expresión del duelo 5290	

1223 Hipertermia 00007

DEFINICIÓN: Estado en el que la temperatura corporal de una persona está por encima del margen normal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA SUGERIDAS PARA LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA:

Gestión del shock 4250	Regulación hemodinámica 4150
Baño del enfermo 1610	Prevención de infecciones 6550
Control de infecciones 6540	Tratamiento contra la exposición al calor 3780
Gestión de líquidos 4120	Gestión de la medicación 2380
Gestión del entorno 6480	Vigilancia de la piel 3590
Prescripción de medicamentos 2390	

INTERVENCIONES OPCIONALES ADICIONALES:

Administración de nutrición parenteral total (NPT) 1200	Oxigenoterapia 3320
Aplicación de calor / frío 1380	Cuidado del catéter central insertado periféricamente 4220
Gestión de la nutrición 1100	Prevención de lesiones ante ataques convulsivos 2690
Gestión de ataques convulsivos 2680	

FUENTE: Iowa Intervention Project – McCLOSKEY, J.C. y BULECHEK, G.M. [eds.], *Nursing Interventions Classification* (), Mosby-Year Book, St. Louis 1996, 2ª ed. Copyright © 1996, Iowa Intervention Project



Pasos para la aplicación de la NIC en una institución clínica

A. *Establecer un compromiso organizativo hacia la NIC*

- Identificar a la persona clave responsable de la aplicación (por ejemplo, la persona encargada de la informática de Enfermería)
- Crear un grupo de trabajo para la aplicación con representantes de las áreas clave
- Proporcionar materiales sobre la NIC a todos los miembros del grupo de trabajo
- Invitar a un miembro del equipo del proyecto de la NIC a hacer una presentación a las enfermeras y a reunirse con el grupo de trabajo
- Adquirir copias del libro de la NIC
- Hacer circular artículos sobre la NIC y la Carta NIC/NOC por las unidades. Mostrar el vídeo de la NIC
- Hacer que los miembros del grupo de trabajo y otras personas clave empiecen a utilizar el lenguaje de la NIC en cada discusión cotidiana.
- Hacer que las personas clave del grupo de trabajo firmen en el ListServ del Center for Nursing Classification.

B. *Preparar un plan de aplicación en la práctica*

- Escribir los objetivos específicos que deben ser alcanzados con la aplicación en la práctica.
- Hacer un análisis de fuerzas sobre el terreno para determinar las fuerzas impulsoras y las fuerzas inhibitoras
- Determinar si se va a hacer una evaluación interna y en caso afirmativo, cuál es el tipo de esfuerzo de evaluación
- Identificar qué intervenciones de la NOC son más apropiadas para la institución o para la unidad
- Determinar el grado en que hay que aplicar la NOC; por ejemplo, en los estándares, la planificación de los cuidados, la documentación, el informe del alta, la evaluación de resultados
- Priorizar los esfuerzos de la aplicación
- Elegir 1-3 unidades piloto. Hacer que los miembros de dichas unidades se impliquen en la planificación
- Elaborar un calendario escrito para la aplicación en la práctica
- Revisar el sistema actual y determinar la secuencia lógica de las acciones que deben ser incorporadas
- Crear grupos de trabajo de usuarios clínicos expertos para que revisen las intervenciones y actividades de la NIC; determinar cómo deben utilizarse en la institución y desarrollar las formas necesarias
- Distribuir el trabajo de los clínicos expertos a otros usuarios para su evaluación y feedback antes de la aplicación en la práctica
- Fomentar el desarrollo de un campeón de la NIC en cada unidad
- Mantener informados a los demás responsables de las decisiones de la institución
- Determinar el carácter del conjunto total de datos de enfermería. Asegurarse de que todas las unidades están recogiendo datos sobre todas las variables de modo uniforme de modo que se pueda hacer la futura investigación
- Hacer una planificación que permita que todos los datos de Enfermería sean recuperables
- Identificar las necesidades de aprendizaje del personal y planificar cómo hay que satisfacerlas.



C. Llevar a cabo el plan de aplicación en la práctica

- Desarrollar las pantallas/formas para la aplicación. Revisar todas las intervenciones de la NIC y decidir si es preciso utilizar todas las partes (por ejemplo, etiqueta, definición, actividades, referencia)
- Proporcionar al personal tiempo para la formación
- Aplicar la NIC en la(s) unidad(es) piloto y obtener un feedback regular
- Actualizar el contenido o crear nuevas funciones informáticas, si procede
- Utilizar grupos centrales para clarificar temas y resolver preocupaciones y preguntas
- Utilizar datos sobre los aspectos positivos de la aplicación en la práctica en las presentaciones internas
- Implementar la NIC en toda la institución
- Recoger datos de la evaluación post-aplicación y continuar observando y manteniendo el sistema
- Proporcionar feedback al Center for Nursing Classification.

Rev. 3ª ed. NIC (2000)



Desarrollo y visión general de la NOC

Marion Johnson



Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC)

La Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) es una clasificación global y estandarizada de los resultados del enfermo/cliente desarrollados para evaluar los efectos de las intervenciones de Enfermería. Los resultados estandarizados son necesarios para la documentación en los registros electrónicos, para su uso en los sistemas de información clínica, para el desarrollo de los conocimientos de Enfermería y para la formación de enfermeras profesionales. Un resultado es un estado individual, familiar o comunitario que se puede medir, o un comportamiento o percepción que se mide durante un período continuado de tiempo y que es una respuesta a las intervenciones de Enfermería. Los resultados se desarrollan para su uso en todos los entornos y con todas las poblaciones de enfermos. Teniendo en cuenta que los resultados describen estados del enfermo/cliente, otras disciplinas los pueden considerar útiles para la evaluación de sus intervenciones.

Los 260 resultados de la Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) (2ª edición) están ordenados por orden alfabético. Cada resultado tiene una definición, una lista de indicadores que pueden ser utilizados para evaluar el estado del enfermo en relación con el resultado, una escala de Likert de 5 puntos para medir el estado del enfermo y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado. Los ejemplos de las escalas utilizadas para los resultados son: 1 = sumamente comprometido hasta 5 = no comprometido y 1 = nunca demostrado hasta 5 = demostrado de forma consistente. La segunda edición de la NOC incluye 247 resultados de nivel individual, 7 de nivel familiar y 6 resultados de nivel comunitario. Ya que los resultados son desarrollados para ser utilizados en todos los entornos, pueden ser utilizados en todo el continuo de los cuidados para seguir los resultados de los enfermos en el episodio de una enfermedad o durante un largo período de cuidados.

Los resultados de la NOC están agrupados en una taxonomía codificada que organiza los resultados en un marco conceptual para facilitar la localización de un resultado. Los 260 resultados están agrupados en 29 clases y siete campos para facilitar su uso. Los siete campos son los siguientes: Salud funcional, Salud fisiológica, Salud psicosocial, Conocimientos y conducta sanitaria, Percepción de la salud, Salud familiar y Salud comunitaria. Cada resultado tiene un número de código único que facilita su uso en los sistemas de información clínica informatizados y permite la manipulación de los datos para responder a las preguntas sobre la calidad y la eficacia de los cuidados de Enfermería. La clasificación se está actualizando continuamente para incluir nuevos resultados y para revisar los anteriores a partir de las nuevas investigaciones o el feedback de los usuarios.

La investigación para desarrollar la NOC se inició con la formación del grupo de investigación sobre resultados en 1991 y ha atravesado las fases siguientes.

Fase I. Trabajo piloto para comprobar la metodología (1992-1993)

Fase II. Construcción de los resultados (1993-1996)

Fase III. Construcción de la taxonomía y de los tests clínicos (1996-1997)

Fase IV. Evaluación de las escalas de medición (1998-2002)

Fase V. Reajuste y uso clínico (1997-hasta la actualidad)

La financiación para la Fase I fue concedida por Sigma Theta Tau International y la financiación para las Fases de II a V correspondió a los National Institutes of Health y al National Institute of Nursing. Se han utilizado múltiples métodos de investigación para el desarrollo de la NOC. Se aplicó un enfoque inductivo para desarrollar los resultados a partir de la práctica y de la investigación actuales. Se utilizaron el análisis de conceptos y la revisión del grupo de trabajo en la construcción de los resultados. Se pasaron los cuestionarios a enfermeras expertas para evaluar la validez de los contenidos y la sensibilidad enfermera de los resultados. Se ha utilizado el feedback de los entornos clínicos de experimentación y de otros entornos que implementan la NOC para identificar nuevos resultados para el desarrollo y el reajuste de los resultados actuales. En este momento, la fiabilidad entre los evaluadores, las medidas de criterios y otros métodos sirven para evaluar la fiabilidad, la validez y la sensibilidad de las medidas de los resultados en los entornos clínicos. Los entornos clínicos utilizados en el presente estudio incluyen hospitales de tercer nivel, hospitales comarcales, centros comunitarios, centros de Enfermería y un hogar de ancianos.

Están disponibles varias herramientas para ayudar en la aplicación de la NOC. Los resultados han sido relacionados con los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), con los patrones funcionales de Gordon, con los problemas de la Clasificación de Omaha, con los protocolos de admisión para los Residentes (RAPs) que se utilizan en hogares de ancianos, con el sistema OASIS utilizado en los cuidados a domicilio y con las intervenciones de la NIC.

La NOC es uno de los lenguajes estandarizados reconocidos por la American Nurses' Association (ANA). Como lenguaje reconocido, cumple con los estándares de las directrices de lenguaje establecidos por el Nursing Information and Data Set Evaluation Center (NIDSEC) de la ANA para los vendedores de sistemas de información de Enfermería. La NOC está incluida en la National Library of Medicine's Metathesaurus por un lenguaje unificado y en el Cumulative Index to Nursing Literature (CINAHL) y ha sido aprobado para su uso por el Health Level 7 Terminology (HL7). El uso de la NOC en la práctica, los estudios de ciencias de la Enfermería y la investigación son los indicadores más exactos de la utilidad de la NOC. La NOC está siendo adoptada por un gran número de instituciones clínicas para la evaluación de la práctica enfermera y está siendo utilizada en entornos educativos para estructurar los currículums y enseñar a los estudiantes la evaluación clínica. Otros países han mostrado interés por la NOC. La NOC ha sido traducida al danés, japonés, coreano y francés, y otras traducciones –al español y al alemán, por ejemplo– están en curso.

PARA MÁS INFORMACIÓN: les rogamos que contacten con el
Center for Nursing Classification, University of Iowa, NB 407, Iowa City, IA 52242-1121.
Lori Penaluna, Program Associate, 319-353-5414, e-mail: lori-penaluna@uiowa.edu

AENTDE



Ejemplo de resultado de la NOC

Tolerancia a la actividad – (0005)

Campo : Salud funcional (!)

Clase : Mantenimiento de la energía (A)

Escala : De sumamente comprometido a no comprometido (a)

Definición : Respuestas a los movimientos corporales que consumen energía implicados en las actividades cotidianas necesarias o voluntarias

		Sumamente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Ligeramente comprometido	No comprom
		1	2	3	4	5
Tolerancia a la actividad						
000501	Saturación de oxígeno DLE* en respuesta a la actividad	1	2	3	4	5
000502	Índice cardíaco DLE en respuesta a la actividad	1	2	3	4	5
000503	Índice respiratorio DLE en respuesta a la actividad	1	2	3	4	5
000504	Presión sanguínea sistólica DLE en respuesta a la actividad	1	2	3	4	5
000505	Presión sanguínea diastólica DLE en respuesta a la actividad	1	2	3	4	5
000506	Electrocardiograma DLN*	1	2	3	4	5
000507	Color de la piel	1	2	3	4	5
000508	Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad	1	2	3	4	5
000509	Ritmo al caminar	1	2	3	4	5
000510	Distancia a pie	1	2	3	4	5
000511	Tolerancia a subir escaleras	1	2	3	4	5
000512	Fuerza	1	2	3	4	5
000513	Actividades señaladas de la vida diaria (AVD)	1	2	3	4	5
000514	Capacidad de hablar durante el ejercicio	1	2	3	4	5
000515	Otros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

* DLE = dentro de los límites esperados, DLN = dentro de los límites normales

BIBLIOGRAFÍA SOBRE RESULTADOS:

BUCHNER, D.M., "Clinical assessments of physical activity in older adults", en RUBENSTEIN, L.Z.; WIELAND, D. y BERNABEI, R., *Geriatric Assessment Technology: The State of the Art*, Springer Publishing Company, Nueva York 1995, pp. 147-159.

HOSKING, R. y HILLER, G., "Using diagnosis in a cardiovascular clinical nurse specialist practice", *Journal of Advanced Medical-Surgical Nursing*, 1(3), 1989, pp. 33-41.

LARSON, J.L. y LEIDY, N.K., "Chronic obstructive pulmonary disease: strategies to improve functional status", *Annual Review of Nursing Research*, 16, 1998, pp. 253-286.

MOL, V.J. y BAKER, C.A., "Activity intolerance in the geriatric stroke patient", *Rehabilitation Nursing*, 16(6), 1991, pp. 337-344.

ROBERTS, S.L. y WHITE, B., "Common nursing diagnoses for pulmonary alveolar edema patients", *Dimensions of Critical Care Nursing*, 11(1), 1992, pp. 13-27.

TACK, B.B. y GILLISS, C.L., "Nurse-monitored cardiac recovery: a description of the first 8 weeks", *Heart & Lung*, 19(5), 1990, pp. 491-499.

WIESEKE, A.; TWIBELL, R.; BENNETT, S.; MARINE, M. y SCHOGGER, J., "A content validation study of five nursing diagnoses by critical care nurses", *Heart & Lung*, 23(4), 1994, pp. 345-351.

FUENTE: Iowa Outcomes Project. JOHNSON, M.; MAAS, M. y MOORDHEAD, S. [eds.], *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, Mosby, St. Louis 2000, 2ª ed.



CAMPOS Y CLASES DE LA NOC

<p>Nivel 1 Campos</p>	<p>Salud funcional Resultados que describen la capacidad para realizar y la realización de actividades de la vida cotidiana.</p>	<p>Salud fisiológica Resultados que describen el funcionamiento orgánico</p>	<p>Salud psicosocial Resultados que describen el funcionamiento psicológico y social</p>	<p>Conocimientos y conducta sanitaria Resultados que describen las actitudes, la comprensión y las acciones relativas a la salud y la enfermedad.</p>	<p>Percepción de la salud Resultados que describen las impresiones de la salud de un individuo.</p>	<p>Salud familiar Resultados que describen el estado sanitario, la conducta o el funcionamiento de la familia como un todo o de un individuo en tanto que miembro de una familia</p>	<p>Salud comunitaria Resultados que describen la salud, el bienestar y el buen funcionamiento de una comunidad o población.</p>
<p>Nivel 2 Clases</p>	<p>A- Mantenimiento de la energía Resultados que describen el rejuvenecimiento, la conservación y el despliegue de la energía de un individuo</p> <p>B- Crecimiento y desarrollo Resultados que describen la maduración física, emocional y social de un individuo.</p> <p>C- Movilidad Resultados que describen la movilidad física de un individuo y las secuelas de la limitación de movimientos.</p> <p>D- Autocuidados Resultados que describen la capacidad de un individuo para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.</p>	<p>E- Cardiorpulmonar Resultados que describen el estado cardíaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de un individuo.</p> <p>F- Eliminación Resultados que describen las excreciones, el patrón y el estado de eliminación de un individuo</p> <p>G- Líquidos y electrolitos Resultados que describen el estado de los líquidos y de los electrolitos de un individuo</p> <p>H- Respuesta inmune Resultados que describen la reacción fisiológica de un individuo ante sustancias extrañas o que el cuerpo interpreta como extrañas.</p> <p>I- Regulación metabólica Resultados que describen la capacidad de un individuo para regular el metabolismo corporal</p> <p>J- Neurocognitiva Resultados que describen el estado neurológico y cognitivo de un individuo.</p> <p>K- Nutrición Resultados que describen los patrones nutricionales de un individuo</p> <p>a- Respuesta terapéutica Resultados que describen la reacción sistémica de un individuo a tratamientos, agentes o métodos sanitarios curativos</p> <p>L- Integridad tisular Resultados que describen la condición y función de los tejidos corporales de un individuo.</p> <p>Y- Función sensorial Resultados que describen la percepción y el uso de la información sensorial por parte de un individuo.</p>	<p>M- Bienestar psicológico Resultados que describen la salud emocional de un individuo.</p> <p>N- Adaptación psicológica Resultados que describen la adaptación psicológica y/o social de un individuo a las alteraciones de la salud o las circunstancias vitales.</p> <p>O- Autocontrol Resultados que describen la capacidad de un individuo de restringir un comportamiento que puede ser perjudicial emocional o físicamente para él mismo o para los demás.</p> <p>P- Interacción social Resultados que describen las relaciones de un individuo con los demás.</p>	<p>Q- Conducta sanitaria Resultados que describen las acciones de un individuo para favorecer, conservar y recuperar la salud.</p> <p>R- Ideas sobre la salud Resultados que describen las ideas y percepciones que influyen en el comportamiento sanitario de un individuo.</p> <p>S- Conocimientos sanitarios Resultados que describen los conocimientos y habilidades de un individuo para aplicar la información para favorecer, conservar y recuperar la salud.</p> <p>T- Control de riesgos y seguridad Resultados que describen el estado de seguridad de un individuo y/o las acciones para evitar, limitar o controlar las amenazas identificables para su salud.</p>	<p>U- Salud y calidad de vida Resultados que describen el estado de salud de un individuo y la satisfacción expresada con su salud y sus circunstancias vitales.</p> <p>V- Estado sintomático Resultados que describen las indicaciones de un individuo referentes a una enfermedad, herida o pérdida.</p>	<p>W- Estado de cuidador de la familia Resultados que describen la adaptación y la actuación de un miembro de la familia a cargo de niños o adultos dependientes.</p> <p>Z- Estado sanitario de los miembros de la familia Resultados que describen la salud física y emocional de un individuo miembro de la familia.</p> <p>X- Bienestar familiar Resultados que describen la salud física, emocional y social de la unidad familiar.</p>	<p>b- Bienestar de la comunidad Resultados que describen el estado sanitario general y la competencia social de una población o comunidad.</p> <p>c- Protección sanitaria de la comunidad Resultados que describen las estructuras y programas de una comunidad para eliminar o reducir los riesgos para la salud y para incrementar la resistencia de la comunidad a las amenazas para la salud.</p>



EJEMPLO DE CAMPO: SALUD FUNCIONAL

Nivel 1		(1) Campo I – Salud funcional		
Resultados que describen la capacidad de realizar y la realización de tareas básicas de la vida cotidiana				
Nivel 2	A- <u>Mantenimiento de la energía</u> Resultados que describen el rejuvenecimiento, la conservación y el despliegue de la energía de un individuo.	B- <u>Crecimiento y desarrollo</u> Resultados que describen la maduración física, emocional y social de un individuo.	D- <u>Autocuidado</u> Resultados que describen la capacidad de un individuo para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana.	
Nivel 3	0005- Tolerancia a la actividad 0001- Resistencia 0002- Conservación de la energía 0003- Reposo 0004- Sueño 0006- Energía psicomotora	0100- Desarrollo del niño: 2 meses 0101- Desarrollo del niño: 4 meses 0102- Desarrollo del niño: 6 meses 0103- Desarrollo del niño: 12 meses 0104- Desarrollo del niño: 2 años 0105- Desarrollo del niño: 3 años 0106- Desarrollo del niño: 4 años 0107- Desarrollo del niño: 5 años 0108- Desarrollo del niño: (6-11) años 0109- Desarrollo del niño: adolescencia (12-17) años 0111- Estado fetal: anteparto 0112- Estado fetal: durante el parto 0110- Crecimiento 0118- Adaptación del recién nacido 0113- Estado de envejecimiento físico 0114- Maduración física: mujer 0115- Maduración física: varón 0116- Participación en los juegos 0117- Organización de los niños prematuros 0119- Funcionamiento sexual	0200- Ambulación: andar 0201- Ambulación: silla de ruedas 0202- Equilibrio 0203- Posicionamiento del cuerpo: autoiniciado 0204- Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas 0205- Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas 0206- Movimiento articular: activo 0207- Movimiento articular: pasivo 0208- Nivel de Movilidad 0209- Función muscular 0211- Función del esqueleto 0210- Resultado del desplazamiento	0300- Autocuidado: actividades de la vida cotidiana (AVC) 0301- Autocuidado: baño 0302- Autocuidado: vestirse 0303- Autocuidado: comer 0304- Autocuidado: arreglarse 0305- Autocuidado: higiene 0306- Autocuidado: actividades básicas de la vida cotidiana (AEVC) 0307- Autocuidado: medicación no parenteral 0308- Autocuidado: higiene bucal 0309- Autocuidado: medicación parenteral 0310- Autocuidado: aseo

Fuente: Iowa Outcomes Project. JOHNSON, M.; MAAS, M. y MOORDHEAD, S. [eds.], *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, Mosby, St. Louis 2000, 2ª ed.



EJEMPLO DE NOC RELACIONADO CON LOS DIAGNÓSTICOS DE LA NANDA

6112 Intolerancia a la actividad 00092

Definición: Estado en el que una persona tiene una energía fisiológica o psicológica insuficiente para soportar las actividades cotidianas completas necesarias o voluntarias.

RESULTADOS SUGERIDOS:

Tolerancia a la actividad 0005
 Resistencia 0001
 Conservación de la energía 0002
 Autocuidado: actividades básicas de la vida cotidiana (AEVC)
 Autocuidado: actividades de la vida cotidiana (AVC)

RESULTADOS ASOCIADOS ADICIONALES:

Ambulación: andar 0200
 Ambulación: silla de ruedas 0201
 Control del asma 0704
 Eficacia del bombeo cardíaco 0400
 Estado de la circulación 0401
 Ideas sobre la salud: capacidad percibida de actuar 1701
 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas 0204
 Nivel de movilidad 0208
 Equilibrio del humor 1204
 Estado nutricional: energía 1007
 Dolor: efectos adversos 2101
 Forma física 2004
 Energía psicomotora 0006
 Estado respiratorio: intercambio de gases 0402
 Estado respiratorio: ventilación 0403
 Severidad de los síntomas 2103

Fuente: Iowa Outcomes Project. JOHNSON, M.; MAAS, M. y MOORDHEAD, S. [eds.], *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, Mosby, St. Louis 2000, 2ª ed.



Fuerzas de la Clasificación de los Resultados sensibles a la Enfermería

- **Global.** La NOC incluye resultados aplicables a pacientes individuales, cuidadores familiares, familias y comunidades, abarca todas las áreas y especialidades clínicas. Aunque queden por desarrollar aún algunos resultados, contiene resultados útiles para todo el espectro de la práctica de Enfermería y está previsto desarrollar otros nuevos a partir del momento en que se identifiquen. Como los tres sistemas son globales, la NANDA¹, la NIC² y la NOC³ proporcionan lenguajes estandarizados para los elementos del proceso de Enfermería del Nursing Minimum Data Set.⁴
- **Basada en la investigación.** La investigación se inició en 1991 bajo la dirección de un amplio equipo del College of Nursing de la Universidad de Iowa y ha contado con la participación de estudiantes conjuntamente con médicos de una gran variedad de áreas clínicas. Se utilizaron estrategias tanto cualitativas como cuantitativas. Los métodos incluían análisis de contenido, análisis de concepto, encuestas a expertos, análisis de similitudes, análisis de agrupamiento jerárquico, escalas multidimensionales y experimentación en el terreno clínico. Actualmente se está evaluando la fiabilidad, la validez y la utilidad de los resultados como medio común de clasificación en 12 clínicas representativas de la continuidad de cuidados.
- **Desarrollada inductiva y deductivamente.** Las fuentes iniciales para el desarrollo de los resultados y de los indicadores fueron los manuales de Enfermería, las guías de planificación de cuidados y los sistemas de información de la práctica clínica de Enfermería, las pautas para la práctica y los instrumentos de investigación. El equipo investigador agrupó los resultados revisados en ocho categorías más amplias que se extrajeron del *Medical Outcomes Study* y de la bibliografía sobre Enfermería. Al estar basados en una revisión de la bibliografía, los resultados subsumidos a las grandes categorías se identificaron y ajustaron a través del análisis de conceptos.
- **Se basa en la práctica clínica y en la investigación.** Los resultados, desarrollados inicialmente a partir de manuales de Enfermería, guías de planificación de los cuidados y sistemas de información de la práctica clínica de la Enfermería, fueron revisados por un equipo de médicos expertos y están siendo probados en diferentes áreas clínicas. Se requiere el feedback de los expertos en la práctica clínica mediante un proceso de feedback definido.
- **Utiliza un lenguaje claro y con significado clínico.** Durante los trabajos de desarrollo de la NOC se ha hecho hincapié en la claridad y en la utilidad del lenguaje. Se han tomado precauciones para asegurar que el lenguaje haga una distinción correcta entre los resultados de la NOC y los diagnósticos y las intervenciones de Enfermería.
- **Los resultados pueden ser compartidos por todas las disciplinas.** Aunque la NOC destaca aquellos resultados que responden más a intervenciones de Enfermería, los resultados describen los estados de los pacientes a un nivel conceptual. Por ello, la NOC proporciona una clasificación de los resultados de los pacientes influida potencialmente por todas las disciplinas sanitarias. La NOC contiene indicadores para los resultados más representativos de las intervenciones de Enfermería. El uso de los resultados por parte de todos los miembros del equipo interdisciplinar proporcionará la estandarización necesaria y ya permite seleccionar los indicadores que son más representativos para cada disciplina.
- **Optimiza la información para la evaluación de la efectividad.** Los resultados y los indicadores son conceptos variables. Ello permite medir el estado del resultado de un paciente en cualquier punto de un continuo, desde el más negativo hasta el más positivo, en diferentes momentos. Los resultados sirven no tanto para obtener la información limitada que ofrece la medición de si un objetivo se ha cumplido o no, como para controlar el alcance del progreso o la falta de progreso a lo largo de una serie de cuidados y a través de diferentes áreas de cuidados.
- **Financiada por becas externas.** Hasta el momento la investigación de la NOC ha recibido durante 9 años la financiación de una beca con supervisión por iguales: 1 año de la Sigma Theta Tau Internacional y 8 años del National Institute of Nursing Research (NINR).



- **Probada en establecimientos de diferentes ámbitos clínicos.** El ensayo de la NOC se está realizando en una variedad de establecimientos de diferentes ámbitos clínicos, incluyendo hospitales de tercer nivel, hospitales de cuidados intermedios, Enfermería domiciliaria, áreas de cuidados sanitarios domiciliarios, clínicas dirigidas por enfermeras, y a través de una organización parroquial de enfermeras. Estos ensayos de campo proporcionan una información importante sobre la utilidad clínica de los resultados y los indicadores; los vínculos entre los diagnósticos, las intervenciones y los resultados de Enfermería; y el proceso de aplicación en la práctica de los resultados en sistemas de información de Enfermería clínica.
- **Se promueve su difusión.** La información sobre la clasificación, su desarrollo y su uso se encuentra disponible en el libro *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, 2ª ed., publicada por Mosby y en numerosos artículos de revistas y capítulos de libros. La investigación de la NOC se describe en una página web del College of Nursing de la Universidad de Iowa (<http://www.nursing.uiowa.edu/noc>) y se ha creado una lista de correo para compartir información sobre la NOC y para favorecer el diálogo entre los usuarios interesados. La NOC se ha difundido en numerosas presentaciones nacionales e internacionales. Si bien se ha desarrollado en los Estados Unidos, las enfermeras de otros países han podido comprobar la utilidad de esta clasificación. Se ha traducido o se está traduciendo a los siguientes idiomas: chino, neerlandés, francés, alemán, japonés, coreano y español.
- **Está relacionada con otros lenguajes.** Los equipos de investigación de la NIC y de la NOC han establecido conexiones entre ambos lenguajes para ayudar a las enfermeras en el uso de las clasificaciones y para facilitar su uso en sistemas de información clínica. En el libro se incluyen las conexiones entre la NANDA y la NOC, y los vínculos con los Patrones Funcionales de Salud de Gordon. El equipo de la NIC ha desarrollado los vínculos entre la NIC y la NOC, que se pueden consultar en el Center for Nursing Classification. La NOC se ha relacionado con los problemas de la Clasificación de Ohama y con los Resident Assessment Protocols (RAPs) para la atención a largo plazo; estas conexiones también pueden consultarse en el Center for Nursing Classification. Se están desarrollando además conexiones con las categorías de evaluación OASIS. Las relaciones entre los diagnósticos de la NANDA, los resultados de la NOC y las intervenciones de la NIC ya se han definido y serán publicadas por Mosby, Fall, 2000.
- **Se ha desarrollado como complemento de la NIC.** La experiencia con la NIC llevada a cabo en Iowa ha contribuido a la investigación de la NOC. Ambas clasificaciones son globales, se basan en la investigación y reflejan las prácticas habituales de la Enfermería clínica. Ambas se han gestado en el Center for Nursing Classification.
- **Es merecedora del reconocimiento nacional.** La NOC ha sido reconocida por la American Nurses Association (ANA), se ha incluido en el *Metathesaurus for an Unified Medical Language* de la National Library of Medicine y en el índice CINAHL, y está clasificada como uno de los lenguajes que cumplen los estándares establecidos por el Nursing Information and Data Set Evaluation Center (NIDSEC) de la ANA.
- **Ha establecido una estructura para el desarrollo y el reajuste continuados.** La clasificación continua siendo evaluada, desarrollada y ajustada por el equipo de investigación de la NOC. El Center for Nursing Classification, el College of Nursing y la Universidad de Iowa impulsan el reajuste continuado. Además de contar con el soporte financiero de una beca, se ha establecido una dotación de un millón de dólares americanos para asegurar una financiación sólida que permita promocionar el futuro desarrollo de la NIC y la NOC.

Notas

1. North American Nursing Diagnosis Association, *Nursing Diagnosis Definitions & Classification 1999-2000*, NANDA, Philadelphia 1999.
2. Iowa Intervention Project, *Nursing Interventions Classification (NIC)*, Mosby, St. Louis 2000, 3ª ed.
3. Iowa Intervention Project, *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, Mosby, St. Louis 2000, 2ª ed.
4. WERLEY, H.H. y LANG, N.M. [eds.], *Identification of the Nursing Minimum Data Set*, Springer, Nueva York 1988.



Aplicación de la NOC

Marion Johnson



SUGERENCIAS PARA LA APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA NOC

Para ayudar a utilizar y a aplicar la NOC, lo siguiente puede resultar útil.

Selección del resultado

Seleccionaréis el resultado apropiado para un enfermo individual o un grupo de enfermos como soléis hacer de costumbre. Es decir, después de evaluar al enfermo y de determinar el diagnóstico de Enfermería pertinente y los problemas del enfermo, determinaréis el resultado que queréis conseguir. Si tenéis un enfermo cuyo diagnóstico de Enfermería es "Intolerancia a la actividad 6112/00092", seleccionaréis probablemente "Tolerancia a la actividad 0005 o Resistencia0001" como uno de vuestros resultados. Luego evaluaréis la enfermo en el baremo utilizado para estos resultados. Por ejemplo, de "muy comprometido" a "no comprometido". Volvéis a evaluar el enfermo con este baremo en los intervalos que determinaréis convenientes y vuestra última evaluación tiene lugar en el momento del alta. Los cambios en el estado del enfermo o la falta de cambio serán inmediatamente evidentes cuando se comparan las evaluaciones del enfermo en el momento del ingreso o en el momento del alta. Por ejemplo, un enfermo puede ingresar con "Intolerancia a la actividad" sumamente comprometida y dejar vuestro servicio con la "Tolerancia a la actividad" moderadamente comprometida.

Las proporciones del resultado que deben permanecer estandarizadas (por ejemplo, sin cambios de terminología) son la etiqueta del resultado, la definición y la escala de evaluación.

Si queréis utilizar el resultado para identificar un objetivo específico para un enfermo individual o un grupo de enfermos, por ejemplo, en vía crítica, podéis indicar dónde se supone que está el enfermo (por ejemplo, para el tercer día, sobre ambulación: caminar, esperáis que el enfermo obtenga una evaluación de 5/ o de total independencia).

Indicadores de los resultados

El lenguaje de los indicadores debería estar lo más estandarizado posible. Sin embargo, podéis desear añadir algunos indicadores que son pertinentes para vuestra área de práctica o especificar más el indicador. Por ejemplo, es posible que queráis sustituir espectros específicos para vuestra población de enfermos cuando utilizamos las abreviaturas DLE (dentro de los límites esperados) o DLN (dentro de los límites normales). Si identificáis problemas graves con los indicadores para cualquier resultado, nos gustaría tener vuestro feedback.

Los indicadores son menos abstractos que el resultado y son proporcionados para ayudaros a determinar el estado del enfermo en relación con el resultado. Podéis elegir todos los indicadores, únicamente los que son adecuados para un enfermo individual o para un grupo de enfermos, o ninguno de los indicadores para determinar el estado del enfermo. Podéis querer utilizar las escalas que se proporcionan con los indicadores para determinar la media en los indicadores seleccionados como guía para la evaluación del resultado. Los indicadores también pueden servir como resultados intermedios en el plan de cuidados o en las vías críticas.

AENTDE



ABBOTT NORTHWESTERN
HOSPITAL
Sister Kenny Institute
ALLINA HEALTH SYSTEM

Fecha

Fecha: _____
Día en el hospital: _____

Nivel de: _____
Nivel de precaución: _____
Nivel de riesgo de caída: _____

Plan de cuidados:

ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO (8.3/00130)

Estado en el que la persona sufre un trastorno en sus operaciones y actividades cognitivas

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de los procesos de pensamiento R/C: _____

M/P: (revisar todo el formulario)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> interpretación inadecuada del entorno | <input type="checkbox"/> disonancia cognitiva |
| <input type="checkbox"/> Distrabilidad | <input type="checkbox"/> déficit / problemas de memoria |
| <input type="checkbox"/> Egocentrismo | <input type="checkbox"/> hiper / hipovigilancia |
| <input type="checkbox"/> Pensamiento basado en una realidad inapropiada | |

Intervenciones de Enfermería: (revisar intervenciones aplicadas)

		Día	Noche
6450	Gestión de las ideas delirantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1800	Ayuda en el autocuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frecuencia de control: ____ cada 15 min. ____ cada 30 min. para _____

Firma _____ (día) _____
(noche)

Evaluación de Enfermería: incluir actividades específicas por intervención y respuesta del enfermo; enseñanza y respuesta del enfermo

Día

Noche



Resultados de Enfermería:

1403 Control de pensamientos distorsionados

Habilidad para auto restringir el trastorno en la percepción, los procesos y los contenidos del pensamiento

1403 Control de pensamientos distorsionados	Nunca Demostrado 1	Raramente Demostrado 2	A veces Demostrado 3	A menudo Demostrado 4	Constantemente Demostrado 5
Indicadores	Documento Día	# demostrado Noche	Documentación de apoyo, si ha variado respecto al turno anterior		
Reconoce que se están produciendo alucinaciones o delirios					
Informa de la disminución de las alucinaciones o delirios					
Interactúa apropiadamente con otros					
Las conductas indican una interpretación adecuada del entorno					
Presenta patrones de flujo mental lógico					
Su pensamiento se basa en la realidad					
El contenido de su pensamiento resulta apropiado					
Presenta la capacidad de captar ideas de los demás					
Otros Especificar _____					

Firmas: _____

Intervenciones de programa

Conducta del enfermo / Respuesta a las intervenciones



**MUERTE DIGNA (CUIDADOS TERMINALES DE MUERTE INMINENTE)
HOSPICE DE NORTH IOWA**

Necesidad: Optimizar el confort, la dignidad, las elecciones, la aceptación y conclusión de la proximidad del final de la vida

Resultados: Muerte digna (1303)

Indicadores	Definiciones operativas	Claves
a Manifiesta control de síntomas: (por ejemplo ansiedad, disnea, inquietud terminal)	1 = 4 o más síntomas presentes 2 = 3 síntomas presentes 3 = 2 síntomas presentes 4 = 1 síntoma presente 5 = No presenta síntomas	1. Inexistente 2. Leve 3. Moderado 4. Considerable 5. Muy importante
b Manifiesta alivio del dolor	1 = No hay cambio en el dolor, presenta nivel 9-10 2 = Presenta 1-2 puntos menos de dolor, nivel 8 o menos 3 = Presenta 3-4 puntos menos de dolor, nivel 6 o menos 4 = Presenta 5-6 puntos menos de dolor, nivel 4 o menos 5 = Presenta 7-10 puntos menos de dolor, nivel 2 o menos	1. Inexistente 2. Leve 3. Moderado 4. Considerable 5. Muy importante
c Tiene una apariencia calmada y tranquila	1 = Gritos, gemidos, quejidos, golpes continuos 2 = Gritos, gemidos, quejidos, golpes 3/4 del día 3 = Gritos, gemidos, quejidos, golpes 1/2 del día 4 = Gritos, gemidos, quejidos, golpes 1/4 del día 5 = En reposo, duerme todo el día	1. Inexistente 2. Leve 3. Moderado 4. Considerable 5. Muy importante
d Intercambia afecto con los demás	1 = Sin participación, abandono, asilamiento de la unidad familiar / allegados (no se tocan o apoyan) 2 = 1-2 miembros de la familia o allegados se relacionan con afecto (se tocan, se apoyan, se abrazan) 3 = Una parte de las relaciones familiares presentan afecto (se tocan, se apoyan, se abrazan, se expresan con palabras) 4 = Las relaciones con la unidad familiar muestran afecto y comunicación 5 = Soporte total de la comunidad (iglesia, amigos, trabajadores, vecinos, relaciones y comunicación con la unidad familiar)	1. Inexistente 2. Leve 3. Moderado 4. Considerable 5. Muy importante



PROBLEMA	RESULTADOS	INTERVENCIONES
MUERTE INMINENTE Optimizar el confort, la dignidad, las elecciones, la aceptación y la proximidad del final cercano de la vida Familia _____ AYUDA _____ Terapeuta _____ Dietista _____ Otros _____ Fecha _____ Fecha acordada / Inicial _____ / _____	a. <input type="checkbox"/> Manifiesta control de los síntomas (ansiedad, disnea, inquietud terminal) Ingreso 1 2 3 4 5 Muerte 1 2 3 4 5 b. <input type="checkbox"/> Manifiesta alivio del dolor (nivel deseado) Ingreso 1 2 3 4 5 Muerte 1 2 3 4 5 c. <input type="checkbox"/> Tiene una apariencia tranquila y calmada Ingreso 1 2 3 4 5 Muerte 1 2 3 4 5 d. <input type="checkbox"/> Intercambia afecto con los demás Ingreso 1 2 3 4 5 Muerte 1 2 3 4 5 e. <input type="checkbox"/> Consigue objetivos significativos Ingreso 1 2 3 4 5 Muerte 1 2 3 4 5 f. <input type="checkbox"/> Controla las decisiones del tratamiento Ingreso 1 2 3 4 5 Muerte 1 2 3 4 5 g. <input type="checkbox"/> Participa en las decisiones Ingreso 1 2 3 4 5 Muerte 1 2 3 4 5 h. <input type="checkbox"/> Habla sobre experiencias espirituales Ingreso 1 2 3 4 5 Muerte 1 2 3 4 5 i. <input type="checkbox"/> Pone sus asuntos en orden Ingreso 1 2 3 4 5 Muerte 1 2 3 4 5 j. <input type="checkbox"/> Manifiesta su preparación para la muerte Ingreso 1 2 3 4 5 Muerte 1 2 3 4 5 k. <input type="checkbox"/> l. <input type="checkbox"/> - -	EVALUACIÓN <input type="checkbox"/> Efectividad de la gestión de síntomas y las medidas de confort <input type="checkbox"/> Progresión de los síntomas <input type="checkbox"/> Conocimiento/nivel de comprensión del enfermo/de la familia sobre la muerte inminente <input type="checkbox"/> Afrontamiento con el enfermo y la familia <input type="checkbox"/> Necesidad de un pastor / capellán / consejero espiritual / persona de apoyo / consejero de duelo <input type="checkbox"/> Necesidad de voluntarios <input type="checkbox"/> Necesidad de organizar un funeral / memorial <input type="checkbox"/> Valores y creencias <input type="checkbox"/> Necesidades AVD <input type="checkbox"/> Seguridad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENSEÑANZA <input type="checkbox"/> Sobre el deterioro de la condición <input type="checkbox"/> Concepto de dar permiso para morir <input type="checkbox"/> Modos de mantener el contacto verbal y táctil <input type="checkbox"/> Modos de expresar sentimientos / dolor <input type="checkbox"/> Medidas de seguridad _____ <input type="checkbox"/> Orientación hacia el entorno <input type="checkbox"/> Directivas de avance <input type="checkbox"/> Opciones /elecciones <input type="checkbox"/> Signos y síntomas de la muerte <input type="checkbox"/> Fuera de mi vista <input type="checkbox"/> Plan de cuidados <input type="checkbox"/> Plan de gestión de síntomas <input type="checkbox"/> AVDs _____ _____ <input type="checkbox"/> Uso de equipo _____ _____ <input type="checkbox"/> Acceso a llamar a la enfermera disponible <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> Ofrecer soporte emocional: estar presente, escuchar, dar confianza <input type="checkbox"/> Facilitar proximidad con la unidad de cuidados <input type="checkbox"/> Facilitar rituales religiosos y/o culturales apropiados <input type="checkbox"/> Proporcionar la gestión de síntomas/las medidas de comodidad _____ _____ <input type="checkbox"/> Iniciar cambio de nivel de cuidados: enfermo ingresado agudo, cuidado continuo y atención temporal <input type="checkbox"/> Llamar a la(s) persona(s) de apoyo deseadas <input type="checkbox"/> Validar la normalidad de los sentimientos <input type="checkbox"/> Respetar la privacidad <input type="checkbox"/> Medidas de seguridad _____ _____ <input type="checkbox"/> Asignar un voluntario a _____ _____ <input type="checkbox"/> Introducir servicios de duelo para _____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

HOSPICE OF NORTH IOWA

Plan de cuidados para una muerte digna

Muerte inminente

Nombre del enfermo:

Nº de expediente médico:



COLUMBUS REGIONAL HOSPITAL
Plan de educación del enfermo

Problemas del enfermo: Limpieza ineficaz de las vías aéreas (1512/00031) R/C Neumonía
 Patrón respiratorio ineficaz (1513/00032) R/C Neumonía
Indicadores de la escala:

- 1 = INEXISTENTE, dependiente para toda la información
- 2 = LIMITADA, requiere el apoyo de personas y recursos
- 3 = MODERADA, requiere el apoyo de recursos
- 4 = SUSTANCIAL, independiente con instrucciones mínimas
- 5 = EXTENSIVO, expresa/proporciona información independientemente y sin instrucciones

Evaluación de las necesidades de aprendizaje	Intervenciones/Actividades*	Indicadores de resultados	Indicador de escala 1 2 3 4 5	Resultado / Alta Estado †
1. Dígame lo que sepa sobre el tratamiento de la neumonía	<p>Enseñanza: proceso de enfermedad 5602 Valorar el nivel de conocimiento del enfermo sobre el proceso específico de la enfermedad. Explicar la fisiopatología de la enfermedad y cómo se relaciona con la anatomía y la fisiología, según se considere apropiado. Describir signos y síntomas comunes de la enfermedad, según se considere apropiado. Proporcionar información sobre las medidas de diagnóstico disponibles, según se considere apropiado. Identificar posibles factores etiológicos, según se considere apropiado.</p>	<p>El enfermo /el cuidador de la familia describe: El proceso de la enfermedad La causa o los factores coadyuvantes Los signos y los síntomas El curso habitual de la enfermedad</p>	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5	<p>Conocimiento: proceso de la enfermedad 1803 (Neumonía) Ampliación de los conocimientos sobre el proceso específico de la enfermedad Resultado obtenido Escala: 1 2 3 4 5 Continúa en el momento del alta: Si _____ No _____ Comentarios:</p>
2. Dígame lo que sepa sobre el tratamiento de la neumonía	<p>Enseñanza: proceso de la enfermedad 5602 Discutir opciones de terapia / tratamiento Describir el fundamento en el que se basan las recomendaciones de gestión / terapia / tratamiento Gestión de las Vías aéreas 3140 Enseñar al enfermo a toser correctamente. Enseñar al enfermo a usar los inhaladores prescritos de la forma más apropiada. Enseñar al enfermo la postura más correcta para aliviar la disnea. Oxigenoterapia 3320 Explicar al enfermo la importancia de disponer de un dispositivo de suministro de oxígeno. Explicar al enfermo y a la familia el uso del oxígeno en casa.</p>	<p>El enfermo /el cuidador de la familia describe: Los procedimientos prescritos El fundamento en el que se basa el régimen de tratamiento La responsabilidad de los autocuidados para el tratamiento en curso Efectos esperados del tratamiento. Ejecuta el procedimiento del tratamiento.</p>	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5	<p>Conocimiento: régimen de tratamiento 1813 Ampliación de los conocimientos y las habilidades adquiridas sobre un régimen de tratamiento específico Resultado obtenido Escala: 1 2 3 4 5 Continúa en el momento del alta: Si _____ No _____ Comentarios:</p>
	<p>Enseñanza: medicamentos prescritos 5616 Explicar al enfermo el objetivo y la acción de cada medicamento. Explicar al enfermo la dosis, la vía de administración y el tiempo de toma de cada medicamento. Explicar al enfermo los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento.</p>	<p>El enfermo /el cuidador de la familia demostrará haber entendido el régimen de medicación: Informa al proveedor de salud de todos los medicamentos tomados. Utiliza el nombre correcto de los medicamentos. Describe las acciones de los medicamentos. Describe los efectos secundarios de la medicación.</p>	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5	<p>Conocimiento: Medicación 1808 Ampliación de los conocimientos adquiridos sobre el uso seguro de la medicación Resultado obtenido Escala: 1 2 3 4 5 Continúa en el alta: Si _____ No _____ Comentarios:</p>

* Iowa Intervention Project, *Nursing interventions classification (NIC)*, Mosby, St. Louis 1996, 2ª ed
 † Iowa Intervention Project, *Nursing-sensitive Outcomes Classification (NOC)*, Mosby, St. Louis 1997.



Plan de cuidados individualizado para

El trastorno por déficit de la atención con o sin hiperactividad (TDA o TDAH) es una discapacidad para aprender por la cual el individuo manifiesta poco control de los impulsos, presenta un tiempo de atención muy corto, es muy activo y tiene un control reducido de los músculos menores. El diagnóstico es difícil y se basa en el historial y en una evaluación psicológica y neurológica. No existen pruebas médicas específicas para diagnosticar la TDA. Los síntomas pueden detectarse durante la niñez temprana, pero no representan un problema hasta que el niño está en edad escolar y se le requiere estar callado y concentrarse en las tareas del aprendizaje.

El tratamiento implica una gestión de la conducta, un control del entorno y en algunos casos, medicación. La medicación suele prescribirse cuando los intentos de modificar el entorno y los enfoques conductuales no han producido un cambio positivo en la conducta. Se ha observado que la medicación reduce la distraibilidad y la impulsividad y que aumenta el tiempo de atención en algunos niños, pero que no mejora el aprendizaje. Puede ser efectiva al producir breves períodos de control en los que se concentra el cuidado del niño. En algunos casos, no se administra medicación durante el fin de semana o durante el verano, cuando el alumno no se encuentra en un contexto académico.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de los procesos del pensamiento (NANDA 83/00130) R/C un tiempo de atención reducido y una discapacidad para aprender.

INTERVENCIÓNES:

Administración de medicación: Oral 2304 (NIC)

- 1) El personal docente deberá recibir una formación antes de dispensar cualquier medicación.
- 2) _____ y _____ son los miembros del personal docente de primaria encargados de administrar la medicación.
- 3) Debe solicitarse al alumno que identifique su medicación visualmente.
- 4) Realizar una revisión de la boca tras la entrega de la medicación, según se considere apropiado.
- 5) En caso de olvidar la medicación o de administrarla 60 minutos más tarde del horario establecido, es preciso contactar con los padres o la enfermera de la escuela, para que se puedan realizar los ajustes necesarios en la medicación.
- 6) Hay que informar al alumno de los efectos adversos.
 - Los efectos secundarios de Ritalin (metilfenidato) / Dexedrine (dextroanfetamina) pueden incluir: **pérdida de apetito, visión borrosa, insomnio, retraso del crecimiento**. En casos poco frecuentes el uso de Ritalin puede provocar el síndrome de Tourette. Debe informarse inmediatamente de los siguientes síntomas: **tics musculares** (movimientos rápidos y repetitivos como parpadeos, movimientos de todo el cuerpo, encogimiento de hombros, sacudidas de la cabeza, espasmos musculares faciales u otros movimientos), **tics vocales** (sorber por las narices, carraspeos, accesos bocales, gruñidos, ladridos, chillidos, tos, repetición de palabras o tartamudeo). Si se detectan los síntomas arriba mencionados, hay que informar inmediatamente a los padres y al médico.
 - Se pesará y medirá al alumno en septiembre, diciembre y abril. Se anotarán los resultados en su expediente sanitario.
- 7) La medicación debe estar en el frasco habitual de la farmacia, que debe estar debidamente etiquetado.
- 8) Toda la medicación debe guardarse en un armario cerrado.
- 9) Debe contarse la medicación cuando los padres la entreguen o reciban.
- 10) Los padres o el adulto responsable de ello deben entregar la medicación a la escuela.

Documentación 7920 (NIC)

- 1) Deben anotarse todos los medicamentos administrados en el registro diario de medicación. Los registros de medicación se archivarán en el expediente permanente del alumno al final de cada año escolar.
- 2) Debe archiversse junto con el registro de medicación un informe firmado por el médico y uno de los padres en el que se describa el nombre del medicamento, la fuerza, la dosis y el tiempo de toma.

Curso _____ Aula _____ Año escolar _____ Médico _____ Teléfono _____

RESULTADOS:

Conocimiento: Medicación 1808 (NOC)

- 1) Descripción de la correcta administración de la medicación (personal)
Inexistente 1 Limitado 2 Moderado 3 Sustancial 4 Extenso 5
Fecha: _____
- 2) Conocimientos sobre el aspecto de la medicación (alumno)
Inexistente 1 Limitado 2 Moderado 3 Sustancial 4 Extenso 5
Fecha: _____
- 3) Descripción de los efectos secundarios de la medicación (padres, personal y alumno, cuando se considere necesario)
Inexistente 1 Limitado 2 Moderado 3 Sustancial 4 Extenso 5
Fecha: _____
- 4) Descripción del almacenamiento adecuado de la medicación (padres, personal y alumno, cuando se considere necesario)
Inexistente 1 Limitado 2 Moderado 3 Sustancial 4 Extenso 5
Fecha: _____

3) Fechas de revisión establecidas: 1) _____ sí _____ no _____ 2) _____ sí _____ no _____
3) _____ sí _____ no _____ 4) _____ sí _____ no _____

He leído y apruebo el plan de cuidados sanitarios en la escuela arriba mencionado:

Firma de uno de los padres _____ Fecha _____

Firma de la enfermera de la escuela _____ Fecha _____



Fases para la aplicación de la NOC en un entorno clínico¹

Establecer un compromiso organizativo

- Establecer un compromiso del personal clave de la organización
- Identificar la persona clave responsable de la aplicación (por ejemplo, la persona encargada de la informática de Enfermería)
- Crear un grupo de trabajo para la aplicación con representantes de las áreas más importantes
- Proporcionar el libro de la NOC a todos los miembros del grupo y al personal de las unidades donde se aplicará la NOC

Preparar un plan de aplicación

- Escribir los objetivos específicos que hay que alcanzar
- Mantener al personal principal informado sobre el progreso durante todas las fases de planificación y de aplicación
- Llevar a cabo un análisis de las fuerzas sobre el terreno para determinar las fuerzas impulsoras y las fuerzas inhibidoras
- Preparar materiales para una evaluación interna
- Elegir entre 1 y 3 unidades pilotos para la aplicación. Involucrar a los miembros de dichas unidades en la planificación.
- Desarrollar un calendario por escrito para la aplicación.
- Revisar el sistema actual y determinar la secuencia de las acciones para integrar la NOC
- Crear grupos de trabajo de usuarios clínicos expertos para revisar los resultados de la NOC, los indicadores y las medidas que deben utilizarse en las unidades piloto
- Identificar qué resultados de la NOC son más apropiados para medir el concepto. No deben cambiarse el resultado y la definición.
- Revisar cada resultado de la NOC y decidir si los indicadores serán utilizados y cuáles son importantes para su documentación.
- Los indicadores pueden especificarse mejor si procede, por ejemplo, sustituyendo el IER por el DLN por valores. Si es necesario, es posible añadir más indicadores. La escala de evaluación de cinco puntos debe ser mantenida, pero las palabras utilizadas para anclar la escala pueden especificarse mejor, si procede. Si se añaden indicadores o se hacen cambios en la formulación de la escala, apreciaríamos que lo compartieseis con este grupo de investigación.
- Repartir el trabajo de los expertos clínicos a otros usuarios para su evaluación.
- Determinar las variables del conjunto total de datos de Enfermería. Trabajar para asegurar que todas las unidades estén recogiendo los datos sobre todas las variables de modo uniforme y que todos los datos de Enfermería sean recuperables. Asegurarse de que el conjunto de datos incluye las variables del Conjunto de Datos Mínimos de Enfermería.
- Identificar las necesidades de aprendizaje del personal y planificar maneras de afrontarlas.

Llevar a cabo el plan de aplicación

- Desarrollar las formas/pantalla de la aplicación
- Proporcionar tiempo de formación al personal.
- Aplicar la NOC en las unidades piloto y obtener su feedback. Utilizar el personal para clarificar temas y preocupaciones.
- Actualizar el contenido en función de las necesidades.
- Utilizar datos de las unidades piloto en presentaciones para todo el centro
- Aplicar la NOC en todo el centro
- Recoger datos de evaluación posteriores a la aplicación y hacer cambios si proceden. Identificar las cuestiones clave para utilizarlas para la evaluación continuada y seguir observando y manteniendo el sistema.
- Proporcionar feedback al Iowa Outcomes Research Team.

¹ Estos pasos fueron desarrollados por el proyecto NIC y utilizados por el NOC con algunas modificaciones. El trabajo del NIC puede encontrarse en McCloskey, J.C. y Bulechek, G.M. [eds.], *Nursing Interventions Classification (NIC)*, Mosby-Year Book, St. Louis 2000, 3ª ed.



Reglas de aplicación para utilizar la NOC en un sistema de información de Enfermería

- El sistema de información debe indicar qué NOC se está utilizando
- Las etiquetas y las definiciones de la NOC deben aparecer tal como figuran y deben etiquetarse con claridad
- Los indicadores no deben ser formulados como resultados, sino que deben ser formulados como indicadores de resultados.
- La documentación de cualquier medida de resultado deberá recogerse siempre a nivel de la formulación del resultado. Además, un departamento puede optar por medir y recoger indicadores específicos de un resultado para evaluar el progreso del enfermo.
- El número necesario de indicadores del resultado deberá ser determinado por los que se necesitan para medir el estado del enfermo para la población específica.
- Los indicadores del resultado incluidos en el sistema de información deberán ser escritos tal como aparecen en la NOC. Se pueden sustituir valores específicos para DEE y DLN.
- La escala de medición de la NOC debe mantenerse para cada resultado e incluirse en el sistema de información. Se recomienda que las escalas de medida sean mantenidas para los indicadores de resultados. Los resultados y la medición de la NOC deberán ser una parte permanente de la historia del enfermo y permitir recuperar dicha información.
- La hora y la fecha de cada medida de resultado deberán ser documentadas en el sistema de información para cada enfermo.
- El sistema de información deberá incluir la capacidad de relacionar las mediciones del resultado con la NIC, los diagnósticos de Enfermería y otros datos pertinentes para cada enfermo.
- El sistema de información deberá ofrecer a las enfermeras la oportunidad de definir los objetivos del resultado seleccionando el valor esperado de la escala para cada resultado.



Aplicaciones de los estudios de casos

Gloria Bulechek

Marion Johnson

 UNIVERSITAT DE BARCELONA
Centre de Recursos per a l'Aprenentatge i la Investigació
Biblioteca de Bellotge



Tabla 1 Ejemplo de diagnóstico de enfermería de la NANDA

1.6.2.1.1. Alteración de la membrana mucosa oral (00045)**Definición**

Estado en que una persona experimenta alteraciones en las capas tisulares de la cavidad bucal.

Características definitorias

Malestar/ dolor bucal; lengua pastosa; xerostomía (sequedad de la boca); estomatitis; lesiones úlceras bucales; falta o disminución de salivación; leucoplaquia; edema; hiperemia; placa bucal; descamación; vesículas; gingivitis hemorrágicas; caries dental; halitosis.

Factores relacionados

Estados patológicos – cavidad bucal (radiación de la cabeza o cuello); deshidratación; trauma (químico, por ejemplo, alimentos ácidos, fármacos, agentes nocivos, alcohol; mecánicos; por ejemplo, dentaduras mal adaptadas, hierros, tubos [endotraqueal/nasogástrico], cirugía en la cavidad bucal); nada por la boca (no ingestión) durante más de 24 horas; higiene bucal ineficaz; respiración por la boca; malnutrición; infección; falta o disminución de la salivación; medicación.

Fuente: North American Nursing Diagnosis Association, *Nursing diagnoses: Definitions and classification 1997-1998*, Author, Philadelphia 1996.



Diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados en la investigación de eficacia

Tabla 7 Un ejemplo de la Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC)

Salud bucal – 1100					
DEFINICIÓN: Condición de la boca, dientes, encías y lengua.					
Salud bucal	Sumamente comprome- tido	Sustancial- mente comprometido	Moderada- mente comprometido	Ligeramente comprometido	No comprometid o
Limpieza de la boca	1	2	3	4	5
Limpieza de los dientes	1	2	3	4	5
Limpieza de las encías	1	2	3	4	5
Limpieza de la lengua	1	2	3	4	5
Limpieza de la dentadura	1	2	3	4	5
Limpieza de las piezas dentales	1	2	3	4	5
Adaptación de la dentadura	1	2	3	4	5
Adaptación de las piezas dentales	1	2	3	4	5
Humedad de los labios	1	2	3	4	5
Humedad de la mucosa bucal y de la lengua	1	2	3	4	5
Color de las membranas de la mucosa	1	2	3	4	5
Integridad de la mucosa bucal	1	2	3	4	5
Integridad de la lengua	1	2	3	4	5
Integridad de las encías	1	2	3	4	5
Integridad de los dientes	1	2	3	4	5
Olor del aliento	1	2	3	4	5
Respiración libre de halitosis	1	2	3	4	5
Otros _____	1	2	3	4	5
Especificar					

REFERENCIAS DEL CONTENIDO DE LOS RESULTADOS:

FISCHMAN, S., "Self-care: Practical periodontal care in today's practice", *International Dental Journal*, 43, 1993, pp. 179-183.

JONES, J.A., "Integrating the oral examination into clinical practice", *Hospital practice*, 24(10A), 1989, pp. 23-24, 26-27 y 30.

MATTHESON, M.A. y MCCONNELL, E.S., *Gerontological nursing: Concepts & practice*, W.B. Saunders, Philadelphia 1988.

RAYBOULD, T.P.; CARPENTER, A.D.; FERRETTI, G.A.; BROWN, A.T.; LILICH, T.T. y HENSLEE, J., "Emergence of gram-negative bacilli in the mouths of bone marrow transplant recipients using chlorhexidine mouth rinse", *Oncology Nursing Forum*, 21(4), 1994, pp. 691-696.

RICHARDSON, A., "A process standard for oral care", *Nursing Times*, 83, 1987, pp. 39-40.

SPEEDIE, G., "Nursology of mouth care: Preventing, comforting and seeking activities related to mouth care", *Journal of Advanced Nursing*, 8(1), 1983, pp. 33-40.



Diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados en la investigación de eficacia

Tabla 4 Un ejemplo de la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC): Restablecimiento de la salud bucal 1730

DEFINICIÓN: Fomento de la curación de un paciente que tiene una lesión dental o de la mucosa bucal.

ACTIVIDADES:

Extraer las dentaduras postizas en caso de estomatitis grave.

Utilizar un cepillo de dientes suave para la extracción de restos alimenticios.

Utilizar bastoncillos de limpieza dental o tapones de espuma desechables para estimular las encías y limpiar la cavidad bucal.

Fomentar el uso de hilo dental entre los dientes dos veces al día con hilo dental sin cera, si los niveles de la placa se encuentran por encima de $50.000 / \text{mm}^3$.

Fomentar enjuagues frecuentes de la boca con cualquiera de las siguientes sustancias: solución de bicarbonato de sodio, solución salina normal o solución de peróxido de hidrógeno.

Desalentar el consumo de tabaco y alcohol.

Vigilar labios, lengua, membranas mucosas, fosas tonsilares y encías para determinar la humedad, color, textura, presencia de restos e infección, disponiendo para ello de una buena iluminación y una hoja para la lengua.

Determinar la percepción del paciente sobre sus cambios de gusto, deglución, calidad de la voz y comodidad.

Reforzar el régimen de higiene bucal como parte de la instrucción para el alta.

Aconsejar al paciente que evite los enjuagues bucales comerciales.

Aconsejar al paciente que informe inmediatamente al médico sobre cualquier signo de infección.

Observar si se producen efectos terapéuticos derivados de los anestésicos tópicos, pastas de protección bucal y analgésicos tópicos o sistémicos, si procede.

Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.

Observar si hay sequedad de la mucosa bucal derivada de los cambios de postura del paciente.

Ayudar al paciente a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos.

Aumentar el cuidado bucal a una frecuencia de cada dos horas y dos veces por la noche, si la estomatitis no estuviera controlada.

Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis persisten o empeoran.

Planificar comidas de poca cantidad, frecuentes; seleccionar alimentos suaves y servir los alimentos a temperatura ambiente o fríos.

Evitar el uso de limón-glicerina para limpiar la lesión.

Aumentar los líquidos en la bandeja de comidas.

Aplicar anestésicos tópicos, pastas de protección bucal o analgésicos sistémicos, si es preciso.

Fuente: McCLOSKEY, J.C. y BULECHEK, G.M. [eds.], *Nursing interventions classification (NIC)*, Mosby-Year Book, St. Louis 1996, 2ª ed., p. 407.



Tabla 8 Un ejemplo: Vínculo de los términos de la NANDA; NIC, NOC**Diagnóstico de la NANDA****16211 ALTERACIÓN DE LA MEMBRANA MUCOSA ORAL 00045**

Estado en que una persona experimenta alteraciones en las capas tisulares de la cavidad bucal.

Factores relacionados de la NANDA	Resultados de la NOC	Intervenciones de la NIC
Higiene bucal ineficaz	Salud bucal 1100	Mantenimiento de la salud bucal 1710 Promoción de la salud bucal 1720 Restablecimiento de la salud bucal 1730
Deshidratación	Hidratación 0602	Tratamiento de la fiebre 3740 Gestión de líquidos y electrolitos 2080 Gestión de líquidos 4120 Terapia intravenosa (IV) 4200
Infección	Estado de infección 0703	Control de infecciones 6540 Prevención de infecciones 6550 Administración de medicamentos 2300 Administración de medicamentos: tópica 2306
Desnutrición	Estado nutricional 1004	Gestión de la nutrición 1100 Terapia nutricional 1120 Control y seguimiento de la nutrición 1160 Asesoramiento nutricional 5246 Enseñanza: dieta prescrita 5614
Desnutrición	Estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos 1008	Alimentación 1050 Gestión de líquidos 4120 Gestión de la nutrición 1100 Ayuda en el autocuidado: alimentación 1803 Administración de NPT 1200 Alimentación por biberón 1052 Terapia intravenosa (IV) 4200 Apoyo al sustento 7500
Déficit en autocuidados	Autocuidado: higiene bucal 0308	Ayuda en el autocuidado: baño / higiene 1801 Ayuda en el autocuidado: alimentación 1803 Educación sanitaria 5510
Condiciones patológicas	Integridad tisular: membranas cutáneas y mucosas 1101	Gestión de la quimioterapia 2240 Chequeo sanitario Educación sanitaria 5510 Prevención de infecciones 6550 Cuidado del sitio de incisión 3440 Cuidado de las heridas 3660



Preguntas para el Estudio de Caso
161 RIESGO DE LESIÓN: CAÍDAS 00035

Habéis recibido la siguiente información en los documentos adjuntos: Factores de riesgo internos y externos para el diagnóstico de Enfermería de Riesgo de Lesión: caídas, resultados de Enfermería y las intervenciones de Enfermería y las escalas de medida para los resultados sugeridos. Los factores de riesgo, los resultados y las intervenciones fueron seleccionados para una población de personas mayores. Considerad las preguntas siguientes.

1. ¿Qué **resultados** podríais seleccionar si el enfermo está en un hospital?
¿Si está en un hogar de ancianos? ¿Si está en su domicilio?
2. ¿Qué **intervenciones** podríais seleccionar si el enfermo está en un hospital? ¿Si está en un hogar de ancianos? ¿Si está en su domicilio?
3. ¿Cómo documentaríais el diagnóstico, los factores de riesgo, los resultados y las intervenciones? ¿Cómo utilizaríais las escalas de medida para documentar los resultados?
4. ¿Son apropiados los indicadores y las actividades para los enfermos ancianos a quienes dirigís vuestros cuidados?
5. ¿Tendríais que añadir resultados o intervenciones adicionales para niños y adultos más jóvenes? En caso afirmativo, ¿cuáles añadiríais?



Resultados de Enfermería e intervenciones de Enfermería sugeridos	
Tabla 3.1. Riesgo de Lesión: Caídas 161 / 00035	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA RIESGO DE LESIÓN: CAÍDAS 161 / 00035	
Factores de riesgo:	
Internos	Externos
<p>Función bioquímica, reguladora</p> <ul style="list-style-type: none"> Alteración del intercambio de gases debido a una disminución de la función pulmonar <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Artritis que provoca cambios en la movilidad Urgencia urinaria Episodio de incontinencia Disminución de la visión <p>Edad de desarrollo</p> <ul style="list-style-type: none"> 82 años <p>Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Aumento del nivel de confusión <p>Intento de levantarse de la cama sin ayuda</p>	<p>Químicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Uso de medicación (diuréticos, antihipertensivos) <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Cambios en el entorno provocados por el ingreso en el hospital
Resultados sensibles a la Enfermería	Intervenciones de Enfermería
<p>CONDUCTA DE SEGURIDAD: PERSONAL 1911</p> <p>Indicadores</p> <p>Equilibrio entre sueño, reposo y la actividad</p> <p>Uso correcto de los dispositivos de asistencia</p> <p>CONDUCTA DE SEGURIDAD: ENTORNO FÍSICO EN CASA 1910</p> <p>Indicadores</p> <p>Suministro de iluminación</p> <p>Suministro de dispositivos de asistencia en emplazamientos accesibles</p> <p>Disposición de los muebles para reducir los riesgos</p> <p>CONDUCTA DE SEGURIDAD: PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS 1909</p> <p>Indicadores</p> <p>Uso correcto de los dispositivos de ayuda</p> <p>Eliminación del desorden, líquidos derramados, brillos del suelo</p> <p>Adaptación de la altura del sanitario, en función de las necesidades</p> <p>Adaptación de la altura de la silla, en función de las necesidades</p> <p>Utilización de precauciones cuando se toma una medicación que aumenta el riesgo de caídas</p>	<p>PREVENCIÓN DE CAÍDAS 6490</p> <p>Actividades</p> <p>Monitorizar el andar, el equilibrio, y el nivel de fatiga durante la ambulación</p> <p>Asistir al individuo poco estable en la ambulación</p> <p>Colocar señales para recordar al enfermo que pida ayuda cuando se levanta, según las necesidades</p> <p>Asistir en la higiene en intervalos frecuentes y programados</p> <p>Suministrar luz de cabecera durante toda la noche</p> <p>GESTIÓN DEL DELIRIO 6440</p> <p>Actividades</p> <p>Iniciar terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio</p> <p>Fomentar las visitas de las personas importantes para el enfermo, en función de las necesidades</p> <p>Mantener un entorno con buena iluminación que reduzca los contrastes fuertes y las sombras</p> <p>Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, la eliminación, la hidratación y la higiene personal</p> <p>Mantener un entorno libre de riesgos</p> <p>GESTIÓN DEL ENTORNO 6480</p> <p>Actividades</p> <p>Crear un entorno seguro para el enfermo</p> <p>Identificar las necesidades de seguridad del enfermo, basadas en el nivel de función física y cognitiva y el historial de conducta</p> <p>Proporcionar dispositivos de adaptación, en función de las necesidades</p> <p>Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del enfermo</p>

MAAS, M.L.; BUCKWALTER, K.C.; HARDY, M.D.; REIMER, T.; TITLER, M.C. y SPECHT, J.P., *Nursing Care of Older Adults Diagnoses, Outcomes, Interventions*, Mosby, St. Louis 2001.



RIESGO DE LESIÓN: CAÍDAS 161 / 00035 (CONTINUACIÓN)

Resultados de Enfermería e intervenciones de Enfermería sugeridos (continuación)	
Tabla 3.1. RIESGO DE LESIÓN: CAÍDAS (continuación)	
Resultados sensibles a la Enfermería	Intervenciones de Enfermería
<p>CONOCIMIENTO: SEGURIDAD PERSONAL 1809</p> <p><u>Indicadores</u> Descripción de las medidas destinadas a prevenir las caídas Descripción de las medidas destinadas a reducir el riesgo de lesión accidental</p> <p>CONTROL DE RIESGOS 1902</p> <p><u>Indicadores</u> Reconocimiento del riesgo Seguimiento de las estrategias seleccionadas para el control del riesgo Utilización de los servicios de cuidados de acuerdo con la necesidad (planificación) Utilización de los sistemas de apoyo personal para controlar el riesgo</p> <p>ESTADO DE SEGURIDAD: INCIDENCIA DE CAÍDAS 1912</p> <p><u>Indicadores</u> Número de caídas del enfermo mientras camina Número de caídas del enfermo mientras está sentado Número de caídas de la cama</p>	<p>ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD 4820</p> <p><u>Actividades</u> Informar al enfermo sobre la persona, el lugar y el tiempo, en función de las necesidades Proporcionar un entorno físico coherente y una rutina cotidiana Utilizar ejemplos del entorno para estimular la memoria, reorientar y fomentar el comportamiento apropiado Proporcionar descanso, sueño y siestas durante el día adecuadamente</p> <p>VIGILANCIA: SEGURIDAD 6654</p> <p><u>Actividades</u> Monitorizar las alteraciones de las funciones físicas o cognitivas del enfermo que podrían dar lugar a un comportamiento inseguro Proporcionar el nivel pertinente de supervisión / vigilancia que permite el nivel necesario de observación Comunicar la información sobre el riesgo del enfermo a otros miembros del personal de Enfermería</p> <p>CUIDADO DE LA INCONTINENCIA URINARIA 0610</p> <p><u>Actividades</u> Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, la consistencia, el olor, el volumen y el color Modificar la ropa y el entorno para proporcionar un acceso fácil al servicio Proporcionar prendas de protección, en función de las necesidades Programar la administración de diuréticos de modo a que tengan el menor impacto posible en el estilo de vida</p> <p>AYUDA AL MANTENIMIENTO DEL HOGAR 7180</p> <p><u>Actividades</u> Determinar los requisitos del mantenimiento a domicilio del enfermo Implicar al enfermo / a su familia en la decisión sobre los requisitos del mantenimiento de éste a domicilio Proporcionar información sobre cómo hacer el entorno seguro y limpio Pedir servicios de ayuda en casa, en función de las necesidades</p>

MAAS, M.L.; BUCKWALTER, K.C.; HARDY, M.D.; REIMER, T.; TITLER, M.C. y SPECHT, J.P., *Nursing Care of Older Adults Diagnoses, Outcomes, Interventions*, Mosby, St. Louis 2001.



Escalas para medir los resultados de la NIC
Riesgo de lesión: caídas 161 / 00035

Resultados:

Conducta de seguridad: personal 1911

Conducta de seguridad: entorno físico en casa 1910

Conducta de seguridad: prevención de las caídas 1909

Escala:

No adecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Considerablemente adecuado	Totalmente adecuado
1	2	3	4	5

Resultado:

Conocimiento: seguridad personal 1809

Escala:

Ninguno	Limitado	Moderado	Considerable	Extenso
1	2	3	4	5

Resultado:

Control de riesgos 1902

Escala:

Nunca demostrado	Demostrado poco frecuentemente	Demostrado algunas veces	Demostrado a menudo	Demostrado consistentemente
1	2	3	4	5

Resultado:

Estado de seguridad: incidencia de caídas 1912

Escala:

Más de 9	7-9	4-6	1-3	Ninguna
1	2	3	4	5



Preguntas para el estudio de caso (4)
Sr. M., varón de 79 años

Se han preseleccionado los diagnósticos, los resultados y las intervenciones de enfermería. El **diagnóstico** es: Deterioro de la integridad cutánea (162121 / 00046). Los **resultados** son: Curación de heridas: intención secundaria (1103) y Perfusión tisular: periférica (0407). Las **intervenciones** seleccionadas son Cuidado de las heridas (3660) y Cuidado circulatorio: insuficiencia venosa (4066).

1. ¿Estás de acuerdo con los diagnósticos, resultados e intervenciones seleccionados? En caso contrario, ¿qué seleccionarías?
2. Utilizando la información adjunta, identifica lo siguiente y registra en el plan de cuidados: las características definitorias y los factores relacionados con el diagnóstico de la NANDA, Deterioro de la integridad cutánea.
Los indicadores que seleccionarías para conseguir cada uno de los resultados, Curación de las heridas: intención secundaria y Perfusión tisular: periférica.
Las actividades que seleccionarías para las intervenciones Cuidado de las heridas y Cuidado Circulatorio: Insuficiencia venosa.
3. Utilizando la escala de resultados de la Curación de las heridas: Intención secundaria y Perfusión tisular: periférica, ¿dónde evaluarías al paciente en esta etapa?
4. ¿Utilizarías en tu práctica las actividades enumeradas para el Cuidado de heridas y los Cuidados Circulatorios: insuficiencia venosa? En caso contrario, ¿qué habría que modificar o que añadir en tu entorno o cultura?



LENGUAJES Y APLICACIONES

ESTUDIO DE CASO 4

El Sr. M., varón de 79 años, vive en un hogar de jubilados. Enviudó hace 9 años. Su hijo único vive en la misma ciudad y le visita cada semana. En cada visita, su hijo le deja la medicación en un frasco de fármacos para los siete días siguientes. Tiene un sobrino que le llama por teléfono una o dos veces al mes. El Sr. M. tiene un historial de fibrilación controlada con medicación y tiene una insuficiencia venosa de moderada a severa.

Durante los últimos 6 meses, el Sr. M. ha desarrollado múltiples úlceras en ambas piernas, pero sobre todo en la pierna izquierda. Se observan vesículas, costras y áreas erosionadas en la mitad inferior de la pierna izquierda, y el tejido en torno a los dedos y entre los dedos de los pies del pie izquierdo se está cayendo. A veces, el drenaje seroso es suficientemente fuerte para humedecer sus pantalones. Hay mal olor cuando se le quitan los calcetines al Sr. M.

El Sr. M. recibe visitas de enfermería diarias para la evaluación y el cuidado de las heridas de sus piernas. En la mayor parte de dichas visitas, hay que secar los calcetines del Sr. M. debido a la gran cantidad de drenaje seroso encostrado que se adhiere a sus calcetines. Incluso cuando tiene las piernas mojadas, a veces las áreas encostradas de la herida se adhieren a los calcetines y se le arranca tejido cuando se le sacan los calcetines. Cuando se le pregunta si siente dolor o malestar cuando se le toca la pierna izquierda, el Sr. M. niega sentirlo, pero hace un gesto de dolor y tensa los músculos cuando se le tocan las piernas.

Su médico ha mandado que el Sr. M. mantenga las piernas por encima de las caderas y que se humedezcan con agua tibia utilizando toallas mojadas durante 20 minutos y luego secarlas al aire durante 20-30 minutos. Hay que volver a poner los calcetines cuando las piernas están secas. Los costras excesivas deben ser lavadas con un jabón antibacteriológico y agua del grifo. No es preciso aplicar medicación tópica a las piernas. En cada visita de enfermería, se le proporciona una instrucción sobre la importancia de elevar las piernas cuando está sentado, de curarlas y de llevar sus calcetines elásticos cuando está fuera de la cama.

Aunque se ha producido una mejora en el estado de las piernas del Sr. M., no ha sido suficiente para que el Sr. M. recupere su nivel previo de autocuidados. Además, ha empezado a utilizar una silla de ruedas para desplazarse a comer en el área del comedor. Debido al uso de la silla de ruedas, al Sr. M. le cuesta ir a comer y cuidarse de sus propias necesidades. Si el Sr. M. no puede satisfacer los mínimos requisitos de autocuidados en el centro de jubilados, tal vez tendrá que dejarlo. Cuando se le pregunta si entiende las repercusiones de la situación actual en cuanto a su capacidad para autocuidarse, declara que sus piernas "no están tan mal", y no piensa que la preocupación que expresan sus cuidadores esté justificada. No percibe que su capacidad para llevar a cabo sus actividades de la vida cotidiana ha disminuido, como tampoco se da cuenta de que el estado de sus piernas está influyendo en la realización de dichas actividades. La tabla 3-4 presenta un resumen de la información de este caso, mostrando los vínculos entre la NANDA, la NOC y la NIC.

(Por gentileza de Pamela Gedney, BSN)

JOHNSON, M.; BULECHEK, G.; MCCLOSKEY DOCHTERMAN, J.; MAAS, M. y MOORHEAD, S., *Nursing diagnoses, outcomes and interventions: NANDA, NOC and NIC Linkages*, Mosby, St. Louis 2001.



DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DE LA CUTÁNEA (162121 / 00046)
(1975, 1998)

Definición *Epidermis y/o dermis alteradas.*

Características definitorias

- Invasión de las estructuras corporales
- Destrucción de las capas dérmicas (dermis)
- Alteración de la superficie dérmica (epidermis)

Factores relacionados

Externos

Hipertermia o hipotermia

Sustancia química
 Humedad
 Factores mecánicos (por ejemplo, fuerza de tijera, presión, limitación)
 Inmovilización física
 Radiación
 Edades extremas
 Hidratación
 Medicaciones

Internos

Alteración del estado metabólico
 Prominencia esquelética
 Déficit inmunológico
 Factores del desarrollo
 Alteración de la sensibilidad
 Alteración del estado nutricional (por ejemplo, obesidad, emaciación, etc.)
 Alteración de la pigmentación
 Alteración de la circulación
 Alteración de la turgencia (cambios en la elasticidad)
 Alteración del estado de los líquidos

North American Nursing Diagnosis Association, *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2001-2002*, Author, Filadelfia 2001.



PLAN DE CUIDADOS DEL SR. M.

Diagnóstico de enfermería	Resultado de enfermería	Intervención de enfermería
DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (162121 / 00046)	CURACIÓN DE HERIDAS: INTENCIÓN SECUNDARIA (1103)	CUIDADO DE LAS HERIDAS (3660)
Características definitorias:		
Factores relacionados:	PERFUSIÓN TISULAR: PERIFÉRICA (0407)	CUIDADO CIRCULATORIO: insuficiencia venosa (4066)



Curación de heridas: intención secundaria (1103)

Ámbito. Salud fisiológica (II)

Clase: Integridad del tejido (L)

Escala. De Inexistente a Completo (j)

Definición: Medida en que se han regenerado las células y los tejidos de una herida abierta		Inexistente	Leve	Moderado	Sustancial	Completo
Curación de heridas: intención secundaria		1	2	3	4	5
110301	Granulación	1	2	3	4	5
110302	Epitelización	1	2	3	4	5
110303	Resolución de drenaje purulento	1	2	3	4	5
110304	Resolución de drenaje seroso	1	2	3	4	5
110305	Resolución de drenaje sanguíneo	1	2	3	4	5
110306	Resolución de drenaje serosanguíneo	1	2	3	4	5
110307	Resolución de eritema alrededor de la piel	1	2	3	4	5
110308	Resolución de edema circundante a la herida	1	2	3	4	5
110309	Resolución de piel circundante en estado anormal	1	2	3	4	5
110310	Resolución de piel con ampollas	1	2	3	4	5
110311	Resolución de piel macerada	1	2	3	4	5
110312	Resolución de necrosis	1	2	3	4	5
110313	Resolución de escaras	1	2	3	4	5
110314	Resolución de túneles	1	2	3	4	5
110315	Resolución de socavones					
110316	Resolución de la formación de tractos fibrosos					
110317	Resolución del olor a herida					
110318	Resolución del tamaño de la herida					
110319	Otros _____ (especificar)	1	2	3	4	5
Disminución del área (largo x ancho) de la herida _____ (cm)						
Disminución de la profundidad de la herida _____ (cm)						

BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL CONTENIDO DEL RESULTADO DE ENFERMERÍA:

- BERGSTROM, N.; BENNETT, M.A.; CARLSON, C.E. *et al.*, *Treatment of pressure ulcers*. Clinical practice guideline, no. 15 (Publicación AHCPR nº 95-0652), U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD 1994.
- COHEN, R.K.; DIEGELMANN, R.F. y LINDBLAD, W.L., *Wound healing: Biochemical and clinical aspects*, W.B. Saunders, Philadelphia 1992.
- FLANAGAN, M., "Assessment criteria", *Nursing Times*, 90(35), 1994, pp. 76-88.
- FRANTZ, R.A. y GARDNER S., "Elderly skin care: Principles of chronic wound care", *Journal of Gerontological Nursing*, 10(9), 1994, pp.35-44.
- LAZARUS, G.S.; COOPER, D.M.; KNIGHTON, D.R.; MARGOHS, D.J.; PECORARO, R.E.; RODEHEAVER, G. y ROBSON, M.C., "Definitions and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing", *Archives of Dermatology*, 130, 1994, pp. 489-493.
- MAKLEBUST, J. y SIEGGREEN, M., *Pressure ulcers: Guidelines for prevention and nursing management*, 1996, 2nd ed.
- POTTER, P.A. y PERRY, A.G., *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice*, Mosby, St. Louis 1977, 4^a ed.
- RISWIJK, L. *et al.*, "Full thickness leg ulcers: Patient demographics and predictors of healing", *The Journal of Family Practice*, 36(6), 1993, pp. 625-632.

JOHNSON, M.; MAAS, M. y MOORHEAD, S., *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, Mosby, St. Louis 2000.



Perfusión tisular: periférica (0407)

Campo : Salud funcional (I)

Clase : Mantenimiento de la energía (A)

Escala : De sumamente comprometido a No comprometido (a)

Definición : Medida en la que la sangre circula por los pequeños vasos de las extremidades y mantiene la función tisular

	Sumamente comprometido	Sustancialment comprometido	Moderadament comprometido	Ligeramente comprometido	No comprometido
Perfusión tisular: periférica	1	2	3	4	5
040701 Relleno capilar enérgico	1	2	3	4	5
040702 Pulsos periféricos distales fuertes	1	2	3	4	5
040703 Pulsos periféricos proximales fuertes	1	2	3	4	5
040704 Pulsos periféricos distales simétricos	1	2	3	4	5
040705 Pulsos periféricos proximales simétricos	1	2	3	4	5
040706 Nivel de sensibilidad normal	1	2	3	4	5
040707 Coloración de la piel normal	1	2	3	4	5
040708 Función muscular intacta	1	2	3	4	5
040709 Piel intacta	1	2	3	4	5
040710 Temperatura de las extremidades elevada	1	2	3	4	5
040711 Ausencia de soplos en las extremidades	1	2	3	4	5
040712 Ausencia de edema periférico	1	2	3	4	5
040713 Ausencia de dolor localizado en extremidades	1	2	3	4	5
040714 Otros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL CONTENIDO DEL RESULTADO DE ENFERMERÍA:

COHEN, R.K.; DIEGELMANN, R.F. y LINDBLAD, W.L., *Wound healing: Biochemical and clinical aspects*, W.B. Saunders, Philadelphia 1992.

LAZARUS, G.S.; COOPER, D.M.; KNIGHTON, D.R.; MARGOHS, D.J.; PECORARO, R.E.; RODEHEAVER, G. y ROBSON, M.C., "Definitions and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing", *Archives of Dermatology*, 130, 1994, pp. 489-493.

MAKLEBUST, J. y SIEGGREEN, M., *Pressure ulcers: Guidelines for prevention and nursing management*, 1996, 2nd ed.

POTTER, P.A. y PERRY, A.G., *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice*, Mosby, St. Louis 1997, 4^a ed.

RIJSWIJK, L. *et al.*, "Full thickness leg ulcers: Patient demographics and predictors of healing", *The Journal of Family Practice*, 36(6), 1993, pp. 625-632.

JOHNSON, M.; MAAS, M. y MOORHEAD, S., *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, Mosby, St. Louis 2000.



Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa

4066

Definición: fomento de la circulación venosa**Actividades:**

- Realizar una evaluación completa de la circulación periférica (por ejemplo, comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura)
- Evaluar el edema y los pulsos periféricos
- Observar si se han producido úlceras o lesiones de éxtasis
- Palpar el miembro con cuidado
- Valorar el grado de malestar o de dolor
- Aplicar medias antiembolia (por ejemplo, calcetines elásticos o neumáticos), si procede
- Quitar las medias antiembolia durante 15-18 minutos cada 8 horas
- Elevar el miembro afectado veinte grados o más por encima del nivel del corazón para mejorar el retorno venoso, si procede
- Cambiar la posición del paciente al menos cada 2 horas, si procede
- Fomentar ejercicios pasivos o activos de margen de movimiento durante el reposo en cama, si procede
- Administrar medicación antiplaquetas o anticoagulantes, si procede.
- Proteger la extremidad contra las heridas (por ejemplo, piel de borrego debajo de los pies y la parte inferior de las piernas, pies de la cama / cuna; al pie de la cama; zapatos bier adaptados)
- Instruir al paciente sobre un cuidado correcto de los pies
- Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre
- Vigilar el estado de líquidos, incluyendo ingestas y eliminaciones
- Aplicar cuidados de heridas, si procede

Bibliografía:

- BLANK, C.A. y IRWIN, G.H., "Peripheral vascular disorders: Assessment and intervention" *Nursing Clinics of North America*, 25(4), 1990, pp. 777-795.
- CAPEHEART, J.K., "Chronic venous insufficiency: A focus on prevention of venous ulceration", *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 23(4), 1996, pp. 227-234.
- CULLEN, L.M., "Interventions related to circulatory care", en BULECHEK, G.M. y McCLOSKEY, J.C. [eds.], *Symposium on Nursing Interventions. Nursing Clinics of North America*, 27(2), 1992, pp. 445-476.
- LOVELL, M.B.; Dixon, V.; HARRIS, K.A. y JAMIESON, W.G., "The management of chronic venous disease", *Journal of Vascular Nursing*, 11(2), 1993, pp. 43-47.

McCLOSKEY, J.C. y BULECHEK, G.C., *Nursing Interventions Classification (NIC)*, Mosby, St Louis 2000.



Cuidados de las heridas

366C

Definición: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación

Actividades:

- Despegar los apósitos y los restos de la herida
- Afeitarse el vello que rodea el área afectada, si es necesario
- Anotar las características de cualquier drenaje que se haya producido
- Retirar el material incrustado (por ejemplo, astilla, garrapata, cristal, grava, metal), si procede
- Limpieza con jabón antibacteriano, si procede
- Colocar la zona afectada en un baño de burbujas, si procede
- Mojarse en solución salina, si procede
- Administrar cuidados en la zona IV, si procede
- Administrar cuidados de la línea Hickman, si procede
- Administrar cuidados en la zona de la vía venosa central, si procede
- Proporcionar cuidados en el sitio de incisión, si procede
- Administrar cuidados de la úlcera dérmica, si es necesario
- Masajear la zona en torno a la herida para estimular la circulación
- Aplicar unidad de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea para potenciar la curación de la herida, si procede
- Mantener la permeabilidad de los tubos de drenaje
- Aplicar un ungüento adecuado a la piel/lesión, si procede
- Vendar de forma adecuada
- Aplicar un vendaje oclusivo, si procede
- Reforzar el vendaje, si es necesario
- Vendar con gasas de malla apropiada, si es necesario
- Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio que se produzca en la herida
- Posicionar de modo que se evite la tensión sobre la herida, si procede
- Enseñar al paciente o a miembro(s) de su familia a realizar los procedimientos de los cuidados de la herida

Bibliografía:

- COOPER, D.M., "Optimizing wound healing: A practice within nursing's domain", *Nursing Clinics of North America*, 25(1), 1990, pp. 165-180.
- GARVIN, G., "Wound healing in pediatrics", *Nursing Clinics of North America*, 25(1), 1990, pp.181-192.
- JONES, P.L. y MILLMAN, A., "Wound healing and the aged patient", *Nursing Clinics of North America*, 25(1), 1990, pp. 263-278.
- KOZIER, B. y ERB, G., *Techniques in clinical nursing*, Addison-Wesley, Menlo Park, CA, 1989, 3ª ed.
- PERRY, A.G. y POTTER, P.A., *Clinical nursing skills and techniques*, Mosby, St. Louis 1998, 4ª ed.
- RISENBERG, C.S., "Wound healing in the patient with diabetes mellitus", *Nursing clinics of North America*, 25(1), 1990, pp. 247-262.
- SIEGGREEN, M.Y., "Healing of physical wounds", *Nursing clinics of North America*, 22(2), 1987, pp. 439-448.
- SMITH, S. y DUELL, D., *Clinical nursing skills*, National Nursing Review, Los Altos, CA, 1992, 3ª ed.
- SORENSEN, K.C. y LUCKMANN, J., *Basic nursing: A psychophysiological approach*, W.B. Saunders, Philadelphia 1986, 2ª ed.
- TITLER, M.G.; PETTIT, D.; BULECHEK, G.M.; MCCLOSKEY, J.C.; CRAFT, M.J.; COHEN, M.Z.; CROSSLEY, J.D.; DENEHY, J.A.; GLICK, O.J.; KRUCKEBERG, T.W.; MAAS, M.L.; PROPHET, C.M. y TRIPP-REIMER, T., "Classification of nursing interventions for care of the integument", *Nursing Diagnosis*, 2(2), 1991, pp. 45-46.
- MCCLOSKEY, J.C. y BULECHEK, G.C., *Nursing Interventions Classification (NIC)*, Mosby, St Louis 2000.



PREGUNTAS PARA EL ESTUDIO DE CASO

Juliana

1. ¿Qué etiquetas NOC y NIC seleccionarías para describir este caso?
2. Documenta el caso utilizando un formato que conozcas bien.



APLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Juliana, primípara de 30 años, ha dado a luz una niña que pesaba 3 Kg. y 300 gr., a las 38 semanas de gestación, un jueves por la tarde. El alumbramiento ha sido vaginal espontáneo, con extracción al vacío, sin analgesia ni anestesia para el parto, que tuvo lugar después de 14 horas. Unas 7 horas después del alumbramiento, la recién nacida Chelsey intentó mamar. Mamó durante diez minutos y después "soltó el pecho". Juliana explicó que su bebé no parecía tener ganas de mamar. Chelsey "peleaba" con Juliana, moviendo la cabeza hacia el pecho cuando intentaba "agarrarse". El sábado, Juliana y su bebé salieron del hospital. Chelsey había perdido un 10% de su peso al nacer. El lunes siguiente la visitó el pediatra. Había perdido un 11% de su peso al nacer. El pediatra envió a la madre a la enfermera de lactancia (EL) del hospital. La falta de peso adicional, los sentimientos de frustración en el proceso de la lactancia y la falta de un establecimiento efectivo de la lactancia dieron lugar a un diagnóstico de Lactancia materna ineficaz (6512 / 00104). El resultado a alcanzar para madre e hija era el establecimiento de la lactancia.

La enfermera de lactancia (EL) verificó la succión de Chelsey con el dedo meñique, lo cual indicó que no movía la lengua hacia adelante. La EL trabajó con Chelsey dando pequeños golpes en la parte inferior del labio y de la barbilla para que abriese más la boca al agarrar el pecho. Chelsey lo agarró y mamó durante 20 minutos. Dos horas más tarde, Juliana y Chelsey fueron a ver a la enfermera de lactancia. La boca de Chelsey era pequeña, y seguía teniendo dificultades para agarrar el pecho. También movía mucho la cabeza. Por ello, Juliana iba a tener que controlar la cabeza del bebé durante la lactancia. La EL utilizó agua de un biberón que puso en la lengua de Chelsey y sobre el pezón de Juliana. La EL también hizo que Juliana utilizase un protector del pecho pero explicó lo controvertido de dicha intervención. El martes, Chelsey había ganado 30gr. Juliana siguió dando el pecho a Chelsey, utilizaba el protector del pezón de vez en cuando y ponía agua en la lengua de Chelsey y en su pezón para que el bebé agarrase el pecho. Durante este período, los pezones de Juliana se agrietaron y le dolían. Juliana dijo que Chelsey no abría la boca suficientemente y que "pellizcaba el pezón". Algunas veces, Juliana le daba a Chelsey leche extraída del pecho en biberón para descansar de la lactancia. El viernes visitaron al pediatra donde se constató que Chelsey había perdido 30 gr. Juliana explicó que Chelsey parecía entender lo que era la lactancia. El pediatra les mandó volver el lunes siguiente para controlar el peso. Le dijo a Juliana que le diese el pecho cada 2 horas todo el día. Siguió utilizando agua para que Chelsey se agarrase al pezón. A veces, tardaba 30 minutos en hacerlo. El lunes, Chelsey había ganado 120gr. Durante ese difícil período, el marido de Juliana la apoyó ocupándose de las tareas domésticas y le dijo que "no dejase la lactancia, que aguantase". Juliana indicó que Chelsey tardó 2 semanas en "entender lo que tenía que hacer". El resultado del establecimiento de una lactancia efectiva fue conseguido con una buena succión y ganancia de peso.

Fuente: HILL, P.D., "Lactation counseling", en CRAFT-ROSENBERG M. y DENEHY, J. [eds.], *Nursing Interventions for Infants, Children, and Families*, Sage Publications Inc., Thousand Oaks, California, 2001, p. 71-72.



Establecimiento de la lactancia: recién nacido (1000)

Campo : Salud fisiológica (II)

Clase : Nutrición (K)

Escala : De Inadecuado a Totalmente adecuado (f)

Definición : Fijación adecuada de un recién nacido al pecho materno y succión para la lactancia durante las 2-3 primeras semanas.

Establecimiento de la lactancia: recién nacido	Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Muy adecuado	Totalmente adecuado
	1	2	3	4	5
Indicadores					
100001 Alineación y sujeción adecuadas	1	2	3	4	5
100002 Sujeción aerolar adecuada	1	2	3	4	5
100003 Compresión aerolar adecuada	1	2	3	4	5
100004 Succión y posición de la lengua correctas	1	2	3	4	5
100005 Deglución audible	1	2	3	4	5
100006 Deglución de un mínimo de 5 a 10 min. por pecho	1	2	3	4	5
100007 Mínimo de ocho tomas por día (según demanda)	1	2	3	4	5
100008 Seis o más micciones por día (a partir de los 2-3 días)	1	2	3	4	5
100009 Dos o más deposiciones laxas y amarillas al día	1	2	3	4	5
100010 Aumento de peso adecuado para la edad	1	2	3	4	5
100011 Satisfacción del bebé tras la alimentación	1	2	3	4	5
100012 Otros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL CONTENIDO DEL RESULTADO DE ENFERMERÍA:

- LAWRENCE, R., *Breastfeeding: A guide for the medical professional*, Mosby, St. Louis, 1994, 4ª ed.
- MINCHIN, M.K., "Positioning for breastfeeding", *Birth: Issues in Perinatal Care and Education*, 16(2), 1989, p. 67-80.
- NEIFERT, M.R. y SEACAT, J.M., "A guide to successful breastfeeding", *Contemporary Pediatrics*, 3, 1986, p. 1-14.
- PAGE-GOERTZ, S., "Discharge planning for the breastfeeding dyad", *Pediatric Nursing*, 15, 1989, p. 543-544.
- RIGHARD, L. y ALADE, M.O., "Sucking technique and its effects on success of breastfeeding", *Birth: Issues in Perinatal Care and Education*, 19, 1992, p. 185-189.
- RIORDAN, J. y AUERBACH, K.G., *Breastfeeding and human lactation*, Jones and Barlett, Boston 1993.
- SHRAGO, L. y BOCAR, D., "The infant's contribution to breastfeeding", *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 19, 1990, p. 209-213.
- WALKER, M., "Functional assessment of infant breastfeeding patterns", *Birth: Issues in Perinatal Care and Education*, 16, 1989, p. 140-147.



Establecimiento de la lactancia: madre (1001)

Campo : Salud fisiológica (II)

Clase : Nutrición (K)

Escala : De Inadecuado a Totalmente adecuado (f)

Definición : Establecimiento de la madre de la fijación adecuada de un recién nacido al pecho materno y succión para la lactancia durante las 2-3 primeras semanas.

Establecimiento de la lactancia: madre	Inadecuado 1	Ligeramente adecuado 2	Moderadamente adecuado 3	Muy adecuado 4	Totalmente adecuado 5
Indicadores					
100101 Posición cómoda durante la lactancia	1	2	3	4	5
100102 Apoyo al pecho mediante soporte "C" (succión con ventosa)	1	2	3	4	5
100103 Plenitud del pecho antes de dar el pecho	1	2	3	4	5
100104 Reflejo de eyección de leche (subida de leche)	1	2	3	4	5
100105 Goteo contralateral del pecho lactante	1	2	3	4	5
100106 Reconocer que el lactante traga	1	2	3	4	5
100107 Interrumpir la succión antes de retirar al lactante del pecho	1	2	3	4	5
100108 Exención de sensibilidad del pezón	1	2	3	4	5
100109 Evitar usar un pezón artificial con el lactante	1	2	3	4	5
100110 Evitar dar agua al lactante	1	2	3	4	5
100111 Administrar los suplementos adecuados a la edad y al estado de salud del lactante	1	2	3	4	5
100112 Comprensión del temperamento del lactante	1	2	3	4	5
100113 Reconocimiento de primeras señales de hambre	1	2	3	4	5
100114 Habilidad para exprimir manualmente o usar una bomba	1	2	3	4	5
100115 Almacenamiento adecuado de leche	1	2	3	4	5
100116 Reconocimiento del apoyo de la comunidad y la familia	1	2	3	4	5
100117 Uso del apoyo de la comunidad y la familia según las necesidades	1	2	3	4	5
100118 Satisfacción con el proceso de lactancia	1	2	3	4	5
100119 Otros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL CONTENIDO DEL RESULTADO DE ENFERMERÍA:LAWRENCE, R., *Breastfeeding: A guide for the medical professional*, Mosby, St. Louis, 1994, 4ª ed.NEIFERT, M.R. y SEACAT, J.M., "A guide to successful breastfeeding", *Contemporary Pediatrics*, 3, 1986, p. 1-14.PAGE-GOERTZ, S., "Discharge planning for the breastfeeding dyad", *Pediatric Nursing*, 15, 1989, p. 543-544.RIGHARD, L. y ALADE, M.O., "Sucking technique and its effects on success of breastfeeding", *Birth: Issues in Perinatal Care and Education*, 19, 1992, p. 185-189.RIORDAN, J. y AUERBACH, K.G., *Breastfeeding and human lactation*, Jones and Barlett, Boston 1993.SHRAGO, L. y BOCAR, D., "The infant's contribution to breastfeeding", *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 19, 1990, p. 209-213.WALKER, M., "Functional assessment of infant breastfeeding patterns", *Birth: Issues in Perinatal Care and Education*, 16, 1989, p. 140-147.

Mantenimiento de la lactancia: madre (1002)

Campo : Salud fisiológica (II)

Clase : Nutrición (K)

Escala : De Inadecuado a Totalmente adecuado (f)

Definición : Alimentación continuada de un niño a través de la lactancia.

Mantenimiento de la lactancia	Inadecuado 1	Ligeramente adecuado 2	Moderadament e adecuado 3	Muy adecuado 4	Totalmente adecuado 5
Indicadores					
100201 Crecimiento del lactante a ritmo normal	1	2	3	4	5
100202 Desarrollo del lactante a ritmo normal	1	2	3	4	5
100203 Entendimiento por parte de la familia de los esfuerzos de crecimiento del lactante	1	2	3	4	5
100204 Conocimiento por parte de la familia de los beneficios de continuar con la lactancia	1	2	3	4	5
100205 Capacidad de la madre para recoger y guardar la leche de forma segura	1	2	3	4	5
100206 Capacidad del cuidador para descongelar, calentar y administrar la leche guardada	1	2	3	4	5
100207 Exención de la madre de sensibilidad en el pezón	1	2	3	4	5
100208 Reconocimiento de las señales de disminución de la leche	1	2	3	4	5
100209 Reconocimiento de las señales de conductos obstruidos y de mastitis	1	2	3	4	5
100210 Abstinencia de la madre de automedicarse sin control del prestador de cuidados	1	2	3	4	5
100211 Continuación de la lactancia por parte de la madre tras volver al trabajo o a la escuela	1	2	3	4	5
100212 Material escrito de refuerzo para todas las instrucciones de cuidado	1	2	3	4	5
100213 Reconocimiento por parte de la familia del apoyo de la comunidad y del prestador de cuidados	1	2	3	4	5
100214 Expresión de satisfacción de la familia con el apoyo disponible	1	2	3	4	5
100215 Expresión de satisfacción de la familia con el proceso de lactancia	1	2	3	4	5
100216 Otros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL CONTENIDO DEL RESULTADO DE ENFERMERÍA:

BEAR, K. y TIGGES, B.B., "Management strategies for promoting successful breastfeeding", *Nurse Practitioner: American Journal of Primary Health Care*, 18, 1993, p. 50-60.

COREIL, J. y MURPHY, J.E., "Maternal commitment, lactation practices, and breastfeeding duration", *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 17, 1988, p. 273-278.

LAWRENCE, R., *Breastfeeding: A guide for the medical professional*, Mosby, St. Louis, 1994, 4ª ed.

RENTSCHLER, D.D., "Correlates of successful breastfeeding", *IMAGE-The Journal of Nursing Scholarship*, 23, 1991, p. 151-154.

RIORDAN, J. y AUERBACH, K.G., *Breastfeeding and human lactation*, Jones and Barlett, Boston 1993.



Asesoramiento para la lactancia

5244

Definición: Uso de un proceso interactivo de ayuda para apoyar el mantenimiento de una lactancia con éxito

ACTIVIDADES:

- Determinar la base de conocimientos sobre la lactancia
- Educar a los padres sobre la alimentación infantil para una toma de decisiones informada
- Proporcionar información sobre las ventajas e inconvenientes de la lactancia
- Corregir las ideas equivocadas, la falta de información y las imprecisiones sobre la lactancia
- Establecer el deseo y la motivación de la madre para la lactancia
- Ofrecer apoyo a las decisiones de la madre
- Proporcionar a los padres material educativo recomendado, según las necesidades
- Informar a los padres sobre clases adecuadas o sobre grupos de lactancia (por ej. La Asociación en favor de la lactancia materna)
- Evaluar la comprensión de la madre de las señales del niño referidas a la alimentación (arraigamiento, succión y estado de alerta)
- Determinar la frecuencia de tomas en relación con las necesidades del niño
- Controlar la habilidad de la madre para que el niño se agarre al pezón
- Evaluar el patrón de succión/deglución del niño
- Demostrar entrenamiento para la succión, según se considere apropiado
- Dar instrucciones sobre técnicas de relajación, incluyendo masajes del pecho
- Fomentar modos de aumentar el reposo, incluyendo la delegación de las tareas domésticas y modos de solicitar ayuda
- Dar instrucciones para llevar un registro de la longitud y la frecuencia de las sesiones de lactancia
- Informar sobre los patrones de evacuación y micción del niño, según se considere apropiado
- Evaluar la adecuación del vaciado del pecho con las tomas
- Evaluar la calidad y el uso de las ayudas a la lactancia
- Determinar la conveniencia de usar un sacaleches
- Proporcionar información básica para problemas de disminución temporal del volumen
- Controlar la integridad de la piel de los pezones
- Recomendar cuidados para los pezones, según las necesidades
- Controlar la capacidad para aliviar correctamente la congestión del pecho
- Evaluar la compresión de los conductos obstruidos y de la mastitis
- Informar de los signos de aquellos problemas que deben comunicarse al profesional de los servicios sanitarios
- Dar instrucciones sobre cómo reanudar la lactancia, según se considere apropiado
- Fomentar la continuación de la lactancia tras la vuelta al trabajo o a la escuela
- Discutir sobre los signos de disposición para destetar
- Discutir las opciones para destetar
- Discutir métodos alternativos de alimentación
- Dar instrucciones sobre la contracepción

BIBLIOGRAFÍA:

- DENEHY, J.A., "Interventions related to parent-infant attachment", en BULECHEK, G.M. y McCLOSKEY, J.C. [eds.], *Symposium on Nursing Interventions. Nursing Clinics of North America*, 27(2), W. B. Saunders, Filadelfia 1992.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives*, Publicación nº PHS 90-50213, DHHS, Washington 1990.
- OLDS, S.B., LONDON, M.L. y LADEWIG, P.A., *Maternal-newborn nursing: A family centered approach*, Addison-Wesley, Menlo Park, CA, 1988, 3ª ed.
- RIORDAN, J. y AUERBACH, K.G., *Breastfeeding and human lactation*, Jones and Barlett Publishers, Boston 1993.



Ayuda en la lactancia materna

1054

Definición: Preparar a una madre novata para dar el pecho a su bebé

ACTIVIDADES:

Proporcionar la primera oportunidad de contacto madre/bebé para dar el pecho dentro de las 2 h posteriores al nacimiento

Ayudar a los padres en la identificación de las señales del niño al despertar para practicar la lactancia

Controlar la capacidad de succión del niño

Animar a la madre a pedir ayuda en los primeros intentos de dar el pecho, llevando a cabo entre 8 y 10 tomas en 24 h

Controlar la habilidad del niño para sujetarse correctamente al pezón (por ej. habilidades de agarre)

Fomentar la comodidad y la intimidad en los primeros intentos de dar el pecho

Animar a la madre a no restringir el tiempo de lactancia del bebé

Enseñar a la madre la posición correcta

Enseñar la técnica adecuada para interrumpir la succión del bebé lactante

Controlar la integridad de la piel del pezón

Dar instrucciones sobre el cuidado de los pezones, incluyendo la prevención de inflamaciones

Hablar sobre la posibilidad de utilizar un sacaleches, si el recién nacido es incapaz de lactar inicialmente

Controlar el llenado incrementado de los pechos en respuesta a la lactancia y/o al bombeado

Informar a la madre sobre las opciones de bombeo existentes, si desea mantener la lactancia

Dar instrucciones sobre cómo controlar la congestión del pecho con un vaciado parcial mediante la lactancia o el bombeado

Dar instrucciones sobre el almacenamiento y el calentamiento de la leche materna

Proporcionar fórmulas para dar suplementos, sólo cuando sea necesario

Dar instrucciones a la madre sobre cómo hacer eructar al recién nacido

Dar instrucciones a la madre sobre las características normales de la evacuación y las deposiciones del bebé

Controlar el reflejo de chorro de leche

Dar instrucciones a la madre para que lleve una dieta bien equilibrada durante la lactancia

Animar a la madre a beber líquidos para saciar la sed

Animar a la madre a no fumar y a no tomar píldoras anticonceptivas, hasta que la lactancia esté correctamente arraigada

Informar a la madre sobre los esfuerzos de crecimiento del bebé

Fomentar el uso de sujetadores adecuados para dar el pecho, cómodos, de algodón y reforzados

Dar instrucciones para evitar el uso de almohadillas para la lactancia forradas de plástico

Animar a la madre a que se ponga en contacto con el profesional de servicios sanitarios antes de tomar cualquier medicación durante la lactancia

Identificar los sistemas de apoyo a la madre para mantener la lactancia

Fomentar los períodos de reposos frecuentes

Fomentar la continuación de la lactancia al volver al trabajo o a la escuela

Proporcionar material escrito para reforzar las instrucciones en casa

Dirigir a la madre a un asesor sobre lactancia, si se considera apropiado

BIBLIOGRAFÍA:

OLDS, S.B., LONDON, M.L. y LADEWIG, P.A., *Maternal-newborn nursing: A family centered approach*, Addison-Wesley, Menlo Park, CA, 1988, 3ª ed.

RIORDAN, J. y AUERBACH, K.G., *Breastfeeding and human lactation*, Jones and Barlett Publishers, Boston 1993.



Cuidado de niños (hasta 1 año)

6820

Definición: Previsión de los cuidados centrados en la familia y apropiados para el desarrollo de los niños menores de 1 año.

ACTIVIDADES:

Controlar la altura y el peso del bebé

Controlar la ingesta y las salidas, según se considere apropiado

Cambiar los pañales, cuando se considere apropiado

Dar al bebé los alimentos apropiados para su desarrollo

Dar oportunidades para una succión no nutritiva, según se considere apropiado

Mantener las barandillas de la cuna cuando no se esté vigilando al bebé

Controlar la seguridad del entorno del bebé

Proporcionar al niño juguetes seguros y adecuados para el desarrollo

Proporcionar a los padres información sobre el desarrollo y la cría del niño

Promover actividades adecuadas para el desarrollo para estimular el desarrollo cognitivo

Promover estímulos que afecten a todos los sentidos

Estructurar el juego y los cuidados en torno a los patrones de temperamento/conducta del niño

Hablar con el niño cuando se le esté cuidando

Mecer al niño para fomentar la seguridad o el sueño

Animar a los padres a que tengan cuidado diario del lactante, según se considere apropiado

Enseñar a los padres a dar cuidados especiales al lactante, según se considere apropiado

Reforzar las habilidades de los padres para administrar cuidados especiales al lactante, según se considere apropiado

Informar a los padres sobre los progresos del lactante

Explicar a los padres la base para los tratamientos, procedimientos, etc.

Refrenar al niño durante los procedimientos

Consolar al niño tras un procedimiento doloroso

Explicar a los padres que la regresión es normal durante períodos de estrés, como la enfermedad o la hospitalización

Consolar al niño cuando experimenta ansiedad por la separación

Fomentar las visitas de la familia

Mantener la rutina diaria del niño durante la hospitalización

Favorecer un entorno tranquilo y continuo durante la siesta o la noche, según se considere apropiado

BIBLIOGRAFÍA:

Dickinson-Hazard, N., *The first through sixth years of life*, en Stanhope, M. y Lancaster, J. [eds.], *Community Health Nursing*, Mosby, St. Louis 1992, 3ª ed., p. 485-511.

Mott, S.R., FAZEKAS, N.F. y JAMES, S.R., *Nursing care of children and families*, Addison-Wesley, Menlo Park, CA, 1985.



Definición: Facilitar el crecimiento de los individuos o las familias que están incorporando un bebé a la vida familiar

ACTIVIDADES:

- Crear un ambiente que refuerce la confianza
- Crear un ambiente de aceptación
- Transmitir una actitud de aceptación (que cree una situación no amenazante para que el enfermo y la familia puedan expresar sus sentimientos)
- Establecer una relación de confianza con los padres
- Ofrecerse para escuchar
- Ofrecerse para escuchar a otras personas importantes
- Pasar tiempo con los padres para transmitir aceptación
- Pasar tiempo con los padres para contribuir a los sentimientos de autoestima
- Proporcionar apoyo, verbal paso a paso, con voz tranquila y fuerte
- Controlar la situación habitual de la familia
- Controlar el estado psicosocial de la familia
- Controlar el efecto del neonato en la estructura familiar
- Analizar las adaptaciones de los roles de la familia al recién nacido
- Controlar las relaciones de la pareja tras el nacimiento del niño, según se considere apropiado
- Controlar las relaciones entre los miembros de la familia
- Determinar la solidez de los vínculos interfamiliares
- Identificar el sistema de interacción de la familia
- Controlar la capacidad de la familia para realizar tareas adecuadas para su estado de desarrollo
- Identificar mecanismos normales de afrontamiento familiar
- Identificar los mecanismos de afrontamiento familiar de los miembros individuales de la familia
- Ayudar a la familia a identificar los sistemas de apoyo utilizados por la familia
- Determinar las relaciones de la familia con los sistemas de apoyo
- Ofrecerse a abogar por la familia
- Ofrecerse a abogar por el niño
- Preparar a los padres para los cambios de rol que se espera que implique el hecho de ser padres
- Preparar a los padres para la responsabilidad de la paternidad
- Controlar la adaptación de los padres a la paternidad
- Determinar la autoestima de los padres
- Reforzar las conductas positivas de paternidad
- Controlar la percepción que los padres tienen de sí mismos como padres
- Valorar las percepciones de los padres de sí mismos como individuos
- Ofrecer a los padres la oportunidad de expresar sus sentimientos sobre la paternidad
- Fomentar la verbalización de los sentimientos, percepciones y preocupaciones sobre la experiencia prenatal
- Fomentar la verbalización de los sentimientos, percepciones y preocupaciones sobre la experiencia del parto
- Discutir el proceso de duelo asociado con la pérdida de "estar embarazada"
- Explicar las causas y las manifestaciones de la depresión posparto
- Fomentar la visita de la familia y del hermano durante el período posparto
- Hacer que el hermano se sienta especial cuando visite la unidad, según se considere apropiado
- Prever juguetes para los hermanos en la sala de espera, según lo necesario
- Determinar cómo los padres preparan al/los hermano(s) para recibir a un nuevo hermano, según se considere apropiado
- Facilitar información sobre la preparación del hermano, según se considere apropiado
- Animar a la familia a asistir a clases de preparación para los hermanos, según se considere apropiado
- Discutir y determinar las reacciones de los hermanos ante el recién nacido, según se considere apropiado
- Proporcionar a la familia información sobre las medidas para ayudar al hermano a sentirse importante para la familia, según se considere apropiado
- Animar a los padres para que observen la reacción de los hermanos ante el recién nacido, según se considere apropiado
- Proporcionar a la familia información para prevenir la rivalidad entre hermanos, según se considere apropiado
- Proporcionar a la familia información para gestionar la rivalidad entre hermanos, según se considere apropiado
- Desarrollar políticas que permitan la presencia de los miembros de la familia, según sus deseos

BIBLIOGRAFÍA:

- DENEHY, J.A., "Interventions related to parent-infant attachment", en BULECHEK, G.M. y McCLOSKEY, J.C. [eds.], *Symposium on Nursing Interventions. Nursing Clinics of North America*, 27(2), W. B. Saunders, Filadelfia 1992.
- TULMAN, L.; FAWCETT, J.; GROBLEWSKI, L. y SILVERMAN, L., "Changes in functional status after childbirth", *Nursing Research*, 39(2), 1990, p.425-444.



PREGUNTAS PARA EL ESTUDIO DE CASO

Sra. T., anciana de 82 años

1. Identifica los diagnósticos de enfermería de la NANDA asociados con el caso. ¿Cuál es el diagnóstico prioritario que hay que tratar?
2. Compara y contrasta los resultados de la NOC proporcionados para el caso. ¿Cuál seleccionarías?
3. Compara y contrasta las intervenciones de la NIC proporcionados para el caso. ¿Cuál implementarías para alcanzar el resultado?

ESTUDIO DE CASO

La Sra. T. es una anciana de 82 años que vive en su domicilio y que fue visitada por la enfermera domiciliaria tras una solicitud de su hija. A la Sra. T. se le diagnosticó una enfermedad degenerativa articular hace 20 años, y fue sometida a una sustitución articular de la rodilla derecha hace 5 años. Al llegar al domicilio, la enfermera observó que la Sr. T. estaba tranquila en la cama, con las cejas fruncidas y los ojos ligeramente tensos. Se sentó junto a la Sra. T., le tocó el brazo amablemente y le pidió que le describiese lo que le sucedía. La Sra. T. indicó que le dolía la rodilla izquierda y que no podía caminar. Describió un malestar acuciante y doloroso que se agravaba cuando caminaba y no la abandonaba hasta que descansaba durante varias horas. Cuando se le pidió que evaluase el grado de dolor en un Escala del 1 al 10, donde 0 equivalía a la ausencia de dolor y 10 constituía el dolor más fuerte imaginable, la Sra. T. dijo que el dolor que sufría equivalía a un 8 y declaró que solía ser de 6. Dijo que había dejado el *bridge* al que dedicaba dos días por la semana, no iba a misa, y que había dejado de ir a la tienda a hacer sus compras. Dijo que echaba en falta a sus amigos y que ya no disfrutaba de la vida. Le costaba dormirse por la noche por culpa del dolor. La enfermera le preguntó a la Sra. T. qué había hecho para aliviar su dolor. La Sra. T. explicó que le habían recetado Nalfon, fármaco antiinflamatorio no esteroide (AINE), pero que no lo había tomado porque se había enterado de que podía causar insuficiencia renal. La enfermera habló con la Sra. T. y con su hija sobre la posibilidad de escribir un diario durante una semana para poder identificar las actividades o los hechos que parecían aliviar o agravar el dolor y para registrar el grado de dolor durante la semana. Mientras tanto, la enfermera animó a la Sra. T. a empezar a tomarse el analgésico prescrito durante el día y explicó el objetivo de la medicación, sus efectos secundarios y la mejoría del dolor que se podían esperar.

Programaron una consulta al cabo de un mes para evaluar las pruebas de laboratorio relacionadas con la hemorragia gastrointestinal y la función renal. Además, la Sra. T. aceptó probar la musicoterapia. Eligió una cinta de audio con canciones clásicas y recibió instrucciones sobre cuándo y cómo debía utilizarla. La enfermera contactó con su médico de Atención Primaria y con el fisioterapeuta que había trabajado con ella después de la colocación de la prótesis de rodilla, para hablar de su evaluación y del plan de acción. Estuvieron de acuerdo con el plan de intervención y sugirieron que tenían que remitirla a un grupo local de apoyo de artritis. La enfermera habló con la Sra. T. y su hija, de la importancia de hacer el seguimiento de su nivel de malestar y de anotar la respuesta a las distintas estrategias de la intervención.

La enferma llamó a la Sra. T. al día siguiente para evaluar la eficacia del plan de cuidados. La Sra. T. le indicó que estaba tomando la medicación y que había escuchado la cinta de audio al irse a la cama, pero dijo que las compresas frías eran incómodas y no las había usado. Dijo que había podido dormirse antes de lo habitual y que estaba más descansada. Evaluó su dolor actual con un 4 sobre 10. La enfermera le animó a seguir con el analgésico y la musicoterapia y a utilizar una manta caliente en el resto del cuerpo cuando se aplicara las compresas frías. Explicó con mayor detalle las razones para utilizar el calor y el frío y su capacidad de reducir la inflamación y el espasmo muscular. La enfermera también le animó a utilizar aplicaciones de bolsas de agua fría y caliente 20 minutos antes e inmediatamente después de realizar más actividad. Una semana más tarde, la Sra. T. informó de que sentía una gran mejoría en su dolor de rodilla. Declaró que podía ir a su sesión de *bridge* y que tenía previsto asistir la semana siguiente a la reunión social de su parroquia. Indicó que su dolor era un 3 y que había dejado de interferir con su capacidad de hacer actividades que le exigían movilización. Quería proseguir las intervenciones e ir a su médico un mes más tarde para que le mandase un análisis de seguimiento debido a su terapia a base de AINE.

Fuente: HERR, K.A., y MOBILY, P.R., "Pain Management", en BULECHEK, G.M. y McCLOSKEY, J.C., *Nursing Interventions: Effective Nursing Treatments*, W.B. Saunders Company, Filadelfia 1999, 3ª ed., p. 166-167.

Nivel de dolor (2102)

Campo: Percepción de la salud (V)

Clase: Estado sintomático (V)

Escala: De Severo a Inexistente (n)

Definición: Severidad del dolor expresado o demostrado

Nivel de dolor	Severo 1	Substancial 2	Moderado 3	Ligero 4	Inexistente 5
Indicadores					
210201 Dolor expresado	1	2	3	4	5
210202 Porcentaje del cuerpo afectado	1	2	3	4	5
210203 Frecuencia del dolor	1	2	3	4	5
210204 Duración de los episodios de dolor	1	2	3	4	5
210205 Expresión oral del dolor	1	2	3	4	5
210206 Expresión facial del dolor	1	2	3	4	5
210207 Posiciones protectoras del cuerpo	1	2	3	4	5
210208 Inquietud	1	2	3	4	5
210209 Tensión muscular	1	2	3	4	5
210210 Cambio de la frecuencia respiratoria	1	2	3	4	5
210211 Cambio en la frecuencia cardíaca	1	2	3	4	5
210212 Cambio en TA*	1	2	3	4	5
210213 Cambio del tamaño de las pupilas	1	2	3	4	5
210214 Sudoración	1	2	3	4	5
210215 Pérdida de apetito	1	2	3	4	5
210216 Otros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

*TA = tensión arterial

BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL CONTENIDO DEL RESULTADO DE ENFERMERÍA:

- ACUTE PAIN MANAGEMENT GUIDELINE PANEL, *Acute Pain Management: Operative or medical procedures and trauma. Clinical practice guideline*, publicación nº 9 de la AHCP, Agency for Health Care Policy and Research, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Rockville, MD, 1992.
- Howe, C.J., "A new standard of care for pediatric pain management", *MNC: American Journal of Maternal Child Nursing*, 18, 1993, p. 325-329.
- JACOX, A.; CARR, D.B.; PAYNE, R. *et al.*, *Management of cancer pain: Clinical practice guideline*, nº 9 (publicación nº 94-0592 de la AHCP), Agency for Health Care Policy and Research, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Rockville, MD, 1994.
- PUNTILLO, K. y WEISS, S.J., "Pain: Its mediators and associated morbidity in critically ill cardiovascular surgical patients", *Nursing Research*, 43(1), 1994, p. 31-36.
- SHERBOURNE, C.D., "Pain measure", en STEWART, A.L. y WARE Jr., J.E. [eds.], *Measuring functioning and well-being*, Duke University Press, Durham, NC, 1992, p. 220-234.



Dolor: respuesta psicológica (1306)

Campo: Salud psicosocial (III)

Clase: Adaptación psicosocial (N)

Escala: De Severo a Inexistente (n)

Definición: Respuestas cognitivas y emocionales al dolor físico

Dolor: respuesta psicológica		Severo 1	Substancial 2	Moderado 3	Ligero 4	Inexistente 5
Indicadores						
130601	Ralentización de los procesos del pensamiento	1	2	3	4	5
130602	Deterioro de la memoria	1	2	3	4	5
130603	Interferencias con la concentración	1	2	3	4	5
130604	Indecisión	1	2	3	4	5
130605	Nivel de sufrimiento por el dolor	1	2	3	4	5
130606	Preocupación por la tolerancia al dolor	1	2	3	4	5
130607	Preocupación por ser una carga para los demás	1	2	3	4	5
130608	Preocupación por el abandono de cuidados	1	2	3	4	5
130609	Sentimientos de depresión	1	2	3	4	5
130610	Sentimientos de ansiedad	1	2	3	4	5
130611	Sentimientos de tristeza	1	2	3	4	5
130612	Sentimientos de desamparo	1	2	3	4	5
130613	Sentimientos de desesperanza	1	2	3	4	5
130614	Sentimientos de inutilidad	1	2	3	4	5
130615	Sentimientos de aislamiento	1	2	3	4	5
130616	Temor a los procedimientos y al equipamiento	1	2	3	4	5
130617	Temor a un dolor insoportable	1	2	3	4	5
130618	Molestia de los efectos adversos del dolor	1	2	3	4	5
130619	Pensamientos suicidas	1	2	3	4	5
130620	Pensamientos pesimistas	1	2	3	4	5
130621	Encarnizamiento con los demás	1	2	3	4	5
130622	Ira o efectos incapacitantes del dolor	1	2	3	4	5
130623	Otros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL CONTENIDO DEL RESULTADO DE ENFERMERÍA:

COPP, L.A., "The spectrum of suffering", *American Journal of Nursing*, 74(3), 1974, p. 491-495.

KALFOSS, M.H., "The assessment of psychological distress", *Scandinavian Journal of Caring Science*, 6(1), 1992, p. 23-28.

PRICE, D.D. y HARKINS, S.W., "Psychophysical approaches to pain measurement and assessment", en TURK, D.C. y MELZACK, R. [eds.], *Handbook of pain assessment*, The Guilford Press, Nueva York, 1992, p. 111-134.

PUNTILLO, K.A. y WILKIE, D.J., "Assessment of pain in the critically ill", en PUNTILLO, K.A. [ed.], *Pain in the critically ill*, Aspen Publishers, Gaithersburg, MD, 1991, p. 45-64.


 UNIVERSITAT DE BARCELONA


 Centre de Recursos per a l'Aprenentatge
 i la Investigació

Biblioteca de Delibats



Control del dolor – 1605

Campo: Conocimiento y conducta sanitaria

Clase: Conducta sanitaria

Escala: De severo a inexistente (n)

Definición: Acciones personales para controlar el dolor

		Nunca Demuestra	Raramente Demostrado	A veces Demostrado	A menudo Demostrado	Constantement Demostrado
Nivel de dolor		1	2	3	4	5
Indicadores						
160501	Reconoce los factores causales	1	2	3	4	5
160502	Reconoce la acción del dolor	1	2	3	4	5
160503	Usa medidas preventivas	1	2	3	4	5
160504	Usa medidas de alivio no analgésicas	1	2	3	4	5
160505	Usa los analgésicos adecuadamente	1	2	3	4	5
160506	Usa las señales de alarma para aplicar los cuidados	1	2	3	4	5
160507	Informa de los síntomas al profesional de la salud	1	2	3	4	5
160508	Utiliza los recursos disponibles	1	2	3	4	5
160509	Reconoce los síntomas del dolor	1	2	3	4	5
160510	Utiliza el registro del dolor	1	2	3	4	5
160511	Informa sobre el dolor controlado	1	2	3	4	5
160512	Otros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL CONTENIDO DEL RESULTADO DE ENFERMERÍA:

- ACUTE PAIN MANAGEMENT GUIDELINE PANEL, *Acute Pain Management: Operative or medical procedures and trauma. Clinical practice guideline*, publicación nº 9 de la AHCPR, Agency for Health Care Policy and Research, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Rockville, MD, 1992.
- Howe, C.J., "A new standard of care for pediatric pain management", *MNC: American Journal of Maternal Child Nursing*, 18, 1993, p. 325-329.
- JACOX, A.; CARR, D.B.; PAYNE, R. *et al.*, *Management of cancer pain: Clinical practice guideline*, nº 9 (publicación nº 94-0592 de la AHCPR), Agency for Health Care Policy and Research, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Rockville, MD, 1994.
- PUNTILLO, K. y WEISS, S.J., "Pain: Its mediators and associated morbidity in critically ill cardiovascular surgical patients", *Nursing Research*, 43(1), 1994, p. 31-36.
- SHERBOURNE, C.D., "Pain measure", en STEWART, A.L. y WARE Jr., J.E. [eds.], *Measuring functioning and well-being*, Duke University Press, Durham, NC, 1992, p. 220-234.



Dolor: efectos adversos (2101)

Campo: Percepción de la salud (V)

Clase: Estado sintomático (V)

Escala: De Severo a Inexistente (n)

Definición: Efectos adversos observados o expresados del dolor sobre las emociones y el comportamiento.

Dolor: efectos adversos		Severo 1	Substantial 2	Moderado 3	Ligero 4	Inexistente 5
Indicadores						
210101	Relaciones interpersonales deterioradas	1	2	3	4	5
210102	Alteración del desempeño del rol	1	2	3	4	5
210103	Juego comprometido	1	2	3	4	5
210104	Actividades de ocio comprometidas	1	2	3	4	5
210105	Trabajo comprometido	1	2	3	4	5
210106	Disfrute de la vida comprometido	1	2	3	4	5
210107	Sentido del control comprometido	1	2	3	4	5
210108	Concentración deteriorada	1	2	3	4	5
210109	Sentido de la esperanza comprometido	1	2	3	4	5
210110	Estado de ánimo deteriorado	1	2	3	4	5
210111	Falta de paciencia	1	2	3	4	5
210112	Sueño trastornado	1	2	3	4	5
210113	Movilidad física deteriorada	1	2	3	4	5
210114	Autocuidados deteriorados	1	2	3	4	5
210115	Pérdida de apetito	1	2	3	4	5
210116	Dificultades para comer	1	2	3	4	5
210117	Eliminación deteriorada	1	2	3	4	5
210118	Otros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL CONTENIDO DEL RESULTADO DE ENFERMERÍA:

- ACUTE PAIN MANAGEMENT GUIDELINE PANEL, *Acute Pain Management: Operative or medical procedures and trauma. Clinical practice guideline*, publicación nº 92-0032 de la AHCPR, Agency for Health Care Policy and Research, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Rockville, MD, 1992.
- Howe, C.J., "A new standard of care for pediatric pain management", *MNC: American Journal of Maternal Child Nursing*, 18, 1993, p. 325-329.
- JACOX, A.; CARR, D.B.; PAYNE, R. *et al.*, *Management of cancer pain: Clinical practice guideline*, nº 9 (publicación nº 94-0592 de la AHCPR), Agency for Health Care Policy and Research, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Rockville, MD, 1994.
- PUNTILLO, K. y WEISS, S.J., "Pain: Its mediators and associated morbidity in critically ill cardiovascular surgical patients", *Nursing Research*, 43(1), 1994, p. 31-36.
- SHERBOURNE, C.D., "Pain measure", en STEWART, A.L. y WARE Jr., J.E. [eds.], *Measuring functioning and well-being*, Duke University Press, Durham, NC, 1992, p. 220-234.



Gestión del dolor

1400

DEFINICIÓN: Alivio del dolor o reducción del dolor a un nivel de comodidad aceptable por el paciente

ACTIVIDADES:

Realizar una valoración comprensiva del dolor teniendo en cuenta la ubicación, el desarrollo /la duración, la frecuencia, la calidad, la intensidad o la gravedad del dolor y los factores precipitantes

Observar las señales no verbales de malestar, especialmente en aquellos incapaces de comunicarse con efectividad

Asegurarse de que el paciente recibe los cuidados apropiados con analgésicos

Usar estrategias de comunicación terapéutica para reconocer la experiencia del dolor y transmitir aceptación de la respuesta del paciente al dolor

Considerar las influencias culturales en la respuesta al dolor

Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (por ejemplo, sueño, apetito, actividad, conocimiento, humor, relaciones, desarrollo del trabajo y responsabilidades de rol)

Evaluar las experiencias anteriores con el dolor incluyendo el historial individual o familiar de dolores crónicos o discapacidades resultantes, si se considera apropiado

Evaluar, junto con el paciente y el equipo médico, la efectividad de las medidas aplicadas anteriormente para controlar el dolor

Ayudar al paciente y a la familia para solicitar y proporcionar apoyo

Utilizar un método de valoración adecuado para el desarrollo, que permita controlar los cambios en el dolor y que ayude a identificar factores precipitantes actuales o potenciales (por ejemplo, hoja de evolución y registro diario)

Determinar la frecuencia necesaria para realizar una valoración de la comodidad del paciente y aplicar un plan de control

Proporcionar información sobre el dolor, las causas del mismo y el tiempo que va a durar y anticipar el malestar derivado de los procedimientos

Controlar los factores ambientales que pueden influir en la respuesta del paciente al malestar (por ejemplo, temperatura de la habitación, iluminación y ruido)

Reducir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (por ejemplo, temor, fatiga, monotonía y falta de conocimientos)

Tener en cuenta la voluntad de participación del paciente, la capacidad de participación, las preferencias, el apoyo de otras personas importantes, al método y las contraindicaciones, al seleccionar una estrategia de alivio del dolor

Seleccionar y aplicar una variedad de medidas (por ejemplo, farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) para favorecer el alivio del dolor, según sea apropiado

Tener en cuenta el tipo y la fuente del dolor, al seleccionar una estrategia de alivio del dolor

Animar al paciente a controlar el propio dolor y a intervenir apropiadamente

Explicar el uso de técnicas no farmacológicas (por ejemplo, biorretroalimentación, hipnosis, relajación, imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juego, terapia de actividad, acupresión, aplicación de frío/calor y masaje), antes, después y, si es posible, durante las actividades dolorosas; antes de que el dolor empiece o aumente; y juntamente con otras medidas para aliviar el dolor

Colaborar con el paciente, otras personas importantes y otros profesionales sanitarios para seleccionar y aplicar medidas no farmacológicas para aliviar el dolor, cuando sea adecuado

Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo con los analgésicos prescritos

Aplicar el uso de la analgesia controlada por el paciente (ACP), si se considera adecuado

Medicar antes de una actividad para aumentar la participación, pero valorar el riesgo de sedación

Asegurar el pretratamiento con analgésicos y/o estrategias no farmacológicas, antes de proceder a procedimientos dolorosos

Verificar el nivel de malestar con el paciente, anotar los cambios en el registro médico e informar al resto de profesionales de la salud que trabajen con el paciente

Evaluar la efectividad de las medidas de control del dolor usadas, mediante la evaluación continua de la experiencia del dolor

Establecer y modificar las medidas de control del dolor en base a la respuesta del paciente

Promover un reposo/sueño adecuado para facilitar el alivio del dolor

Animar al paciente a hablar sobre la experiencia del dolor, si se considera adecuado

Notificar al médico si las medidas son ineficaces o si la queja habitual supone un cambio significativo respecto a las anteriores experiencias del paciente con el dolor

Informar al resto de prestadores de cuidados sanitarios / a los miembros de la familia sobre las estrategias no farmacológicas utilizadas por el paciente para promover enfoques preventivos para gestionar el dolor

Recurrir a un enfoque multidisciplinar para gestionar el dolor, si se considera adecuado

Considerar la derivación del paciente, la familia y otras personas importantes a grupos de ayuda o hacia otros recursos, si se considera apropiado

Proporcionar una información precisa para fomentar el conocimiento de la familia y la respuesta de la misma a la experiencia del dolor

Incorporar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si es posible

Controlar la satisfacción del paciente con la gestión del dolor en intervalos especificados

BIBLIOGRAFÍA:

ACUTE PAIN MANAGEMENT GUIDELINE PANEL, *Acute Pain Management: Operative or medical procedures and trauma. Clinical practice guideline*, publicación nº 92-0032 de la AHCP, Agency for Health Care Policy and Research, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Rockville, MD, 1992.

CLINTON, P. Y ELAND, J.A., "Pain", en MAAS, M.; BUCKWALTER, K. y HARDY, M. [eds.], *Nursing Diagnoses and interventions for the Elderly*. Addison-Wesley, Redwood City, CA, 1991, p. 348-368.

HERR, K.A. y MOBILY, P.R., "Interventions related to pain", en BULECHEK, G.M. y MCCLOSKEY, J.C. [eds.], *Symposium on Nursing Interventions. Nursing Clinics of North America*, 27(2), 1992, p. 347-370.

Jacox, A.; FERELL, B.; HEIDRICH, G.; HESTER, N. y MIASKOWSKI, C., "A guideline for the nation: Managing acute pain", *American Journal of Nursing*, 92(5), 1992, p. 49-55.

MCCAFFERY, M. y BEEBE, A., *Pain. Clinical manual for nursing practice*, Mosby, St. Louis 1989.

MCGUIRE, L., "The nurse's role in pain relief", *Medsurg Nursing*, 3(2), 1994, p. 94-107.

PERRY, A.G. y POTTER, P.A., *Clinical nursing skills and techniques*, Mosby, Sr. Louis 1990, p. 84-101.

SORENSEN, K. y LUCKMANN, J., *Basic nursing: A psychophysiological approach*, W.B. Saunders, Filadelfia 1986, 2ª ed, p. 709-732.



Administración de analgésicos

2210

DEFINICIÓN: Uso de agentes farmacológicos para reducir o eliminar el dolor

ACTIVIDADES:

Determinar ubicación del dolor, características, calidad y gravedad antes de medicar al paciente
 Comprobar la receta médica para el fármaco, la dosis y la frecuencia del analgésico prescrito
 Revisar el historial por si existen alergias a los medicamentos
 Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, la vía y la dosis y implicar al paciente, si se considera adecuado
 Elegir el analgésico o la combinación de analgésicos adecuados, cuando se haya prescrito más de uno
 Determinar la selección del analgésico (narcótico, no narcótico, AINE) en función del tipo y la gravedad del dolor
 Determinar el analgésico preferido, la vía de administración y la dosis para conseguir una analgesia óptima
 Escoger la vía IV, preferiblemente a la IM, en caso de inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, si es posible
 Firmar el uso de narcóticos y otros fármacos restringidos según el protocolo del centro
 Controlar las señales vitales antes y después de la administración de analgésicos narcóticos con la primera dosis o si se detectan señales fuera de lo normal
 Intentar cumplir las necesidades, u otras actividades que ayuden a la relajación para facilitar la respuesta a los analgésicos
 Administrar analgésicos según el horario para prevenir picos y drenajes de los analgésicos, especialmente en caso de dolor agudo
 Plantear expectativas positivas respecto a la efectividad de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente
 Administrar analgésicos y/o medicamentos coadyuvantes cuando se requiera potenciar la analgesia
 Considerar el uso de infusión continua, por separado o juntamente con bolo opioide, para mantener los niveles en sangre
 Establecer precauciones de seguridad para los receptores de analgésicos narcóticos, según sea apropiado
 Dar instrucciones para solicitar la medicación PRN contra el dolor antes de que el dolor sea agudo
 Informar al paciente de que la administración de narcóticos algunas veces produce somnolencia, que se prolonga durante los 2 o 3 primeros días y luego remite
 Corregir las ideas erróneas o los prejuicios que el paciente o los miembros de su familia puedan tener sobre los analgésicos, especialmente sobre los opioides (por ejemplo, adicción y riesgos de sobredosis)
 Evaluar la efectividad del analgésico en intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de la dosis inicial, observando si se dan señales o síntomas de efectos adversos (por ejemplo, depresión respiratoria, náuseas y vómitos, boca seca y estreñimiento)
 Documentar la respuesta a los analgésicos y cualquier efecto adverso
 Evaluar y documentar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opioides
 Aplicar acciones para disminuir los efectos adversos de los analgésicos (por ejemplo, estreñimiento o irritación gástrica)
 Colaborar con el médico si se indican cambios en el fármaco, la dosis, la vía de administración o el intervalo, prestando especial atención a las recomendaciones basadas en los principios equianalgésicos
 Explicar el uso de los analgésicos, las estrategias para disminuir los efectos secundarios y les expectativas de implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor



Aplicación de calor / frío

1380

DEFINICIÓN: Estimulación de la piel y de los tejidos subyacentes mediante frío o calor, con el objetivo de reducir el dolor, los espasmos musculares o la inflamación

ACTIVIDADES:

Explicar el uso del frío y el calor, las razones del tratamiento y cómo va a afectar a los síntomas del paciente

Exploración selectiva para las contraindicaciones del frío o calor, como sensación disminuida o ausente, circulación disminuida y habilidad disminuida para comunicar

Seleccionar un método de estimulación que sea conveniente y fácilmente accesible, como por ejemplo bolsas de plástico sumergibles con hielo derretido; paquetes de gel congelado; funda de hielo químico; inmersión en hielo; tela o toalla en el congelador, para el frío; o botella de agua caliente, almohadilla eléctrica, compresas húmedas calientes, inmersión en bañera o baño de remolino; parafina, baño de asiento, bombilla irradiante o cobertura de plástico, para el calor.

Determinar la disponibilidad y las condiciones de seguridad de funcionamiento de todo el equipamiento utilizado para la aplicación de frío y calor

Determinar la condición de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio en el procedimiento o las contraindicaciones a la estimulación

Seleccionar el punto de estimulación, teniendo en cuenta la alternancia de puntos cuando no es posible la aplicación directa (por ejemplo, adyacente a, distal a, entre las áreas afectadas y el cerebro, y contralateral)

Envolver el dispositivo de aplicación de frío/calor con una tela protectora, si es necesario

Usar un paño húmedo cerca de la piel para aumentar la sensación de frío/calor, cuando sea necesario

Dar instrucciones sobre como evitar daños en el tejido relacionados con el frío/calor

Revisar la temperatura de la aplicación, especialmente cuando se recurra al calor

Determinar la duración de la aplicación en base a respuestas individuales verbales, conductuales y biológicas

Cronometrar todas las aplicaciones con precisión

Aplicar el calor/frío directamente sobre o cerca de la parte afectada, si es posible

Inspeccionar detalladamente el punto de aplicación por si aparecen en la piel señales de irritación o de daños en el tejido durante los primeros 5 min. y con una cierta frecuencia durante el tratamiento

Evaluar las condiciones generales, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento

Buscar una posición que permita movimiento respecto de la fuente de temperatura, si es necesario

Explicar que no hay que regular los dispositivos de temperatura de forma independiente sin instrucciones previas

Cambiar los puntos de aplicación de frío/calor o cambiar la forma de estimulación, si no se consigue un alivio

Explicar que la aplicación de frío puede resultar brevemente dolorosa, con insensibilidad unos 5 min. después de la estimulación inicial

Dar instrucciones sobre la frecuencia y el procedimiento de aplicación

Dar instrucciones para evitar lesiones en la piel tras la estimulación

Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación de frío/calor

BIBLIOGRAFÍA:

- HERR, K.A. y MOBILY, P.R., "Interventions related to pain", en BULECHEK, G.M. y McCLOSKEY, J.C. [eds.], *Symposium on Nursing Interventions. Nursing Clinics of North America*, 27(2), 1992, p. 347-370.
- MCCAFFERY, M. y BEEBE, A., *Pain. Clinical manual for nursing practice*, Mosby, St. Louis 1990.
- PERRY, A.G. y POTTER, P.A., *Clinical nursing skills and techniques*, Mosby, Sr. Louis 1990, p. 903-908.
- SNYDER, M., "Heat and cold", en SNYDER, M. [ed.], *Independent Nursing Interventions*, Delmar Publishers, Albany 1992, 2ª ed., p. 193-198.
- SORENSEN, K. y LUCKMANN, J., *Basic nursing: A psychophysiologic approach*, W.B. Saunders, Filadelfia 1986, 2ª ed, p. 966-981.



Musicoterapia

4400

DEFINICIÓN: Uso de la música para ayudar a conseguir un cambio específico en la conducta o en los sentimientos

ACTIVIDADES:

Definir el cambio específico de la conducta que se desea (por ejemplo, relajación, estimulación, concentración y reducción del dolor)

Determinar el interés del paciente por la música

Identificar las preferencias musicales del paciente

Escoger selecciones de música determinadas representativas de las preferencias del paciente, teniendo en cuenta el cambio de conducta deseado

Poner a disposición del paciente casetes / discos compactos con música y el equipo correspondiente

Asegurarse de que los casetes /discos compactos y el equipo funcionen correctamente

Proporcionarle auriculares

Asegurarse de que el volumen es adecuado pero no demasiado elevado

Evitar poner la música y dejarla puesta durante largos períodos de tiempo

Facilitar la participación activa del paciente (por ejemplo, tocar un instrumento o cantar), si éste lo desea y si es factible dentro del área

Evitar la música estimulante tras una lesión aguda de la cabeza

BIBLIOGRAFÍA:

BUCKWALTER, K., HARTSOCK, J. y GAFFNEY, J., "Music therapy", en BULECHEK, G.M. y McCLOSKEY, J.C. [eds.], *Nursing Interventions: Treatments for Nursing Diagnoses*, W.B. Saunders, Filadelfia, 1985, p. 58-74.

RANTZ, M., "Diversional activity deficit", en MAAS, M., BUCKWALTER, K. y HARDY, M. [eds.], *Nursing Diagnoses and Interventions for the Elderly*, Addison-Wesley, Redwood city, CA, 1991, p. 299-312.

SNYDER, M., "Music", en SNYDER, M. [ed.], *Independent Nursing Interventions*, Delmar Publishers, Albany 1992, 2ª ed., p. 184-194.



Resumen

Utilización de los datos clínicos a tres niveles

Gloria M. Bulechek

La planificación y la documentación de los cuidados de Enfermería son procesos cada vez más automáticos. Los sistemas de información informatizada sobre los cuidados al enfermo requieren la utilización de una terminología estandarizada. La Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC), junto con las clasificaciones de los diagnósticos de Enfermería y con los resultados de los enfermos, proporcionarán a la disciplina enfermera sus datos para un registro automatizado del enfermo. La presentación describe un modelo que demuestra cómo los datos de la práctica enfermera utilizados con el enfermo individual pueden sumarse al nivel de la unidad y de la organización y luego sumamos de nuevo al nivel del país. Los datos agregados pueden utilizarse para determinar tanto el coste como la calidad de los servicios de Enfermería. Los datos incluidos en las series de datos nacionales también describirán brevemente el Conjunto de Datos Mínimos de Gestión Enfermera. Se examinarán temas y desafíos relacionados con la informatización y la documentación.

Documentación:

Modelo: Datos sobre la práctica enfermera: Tres niveles

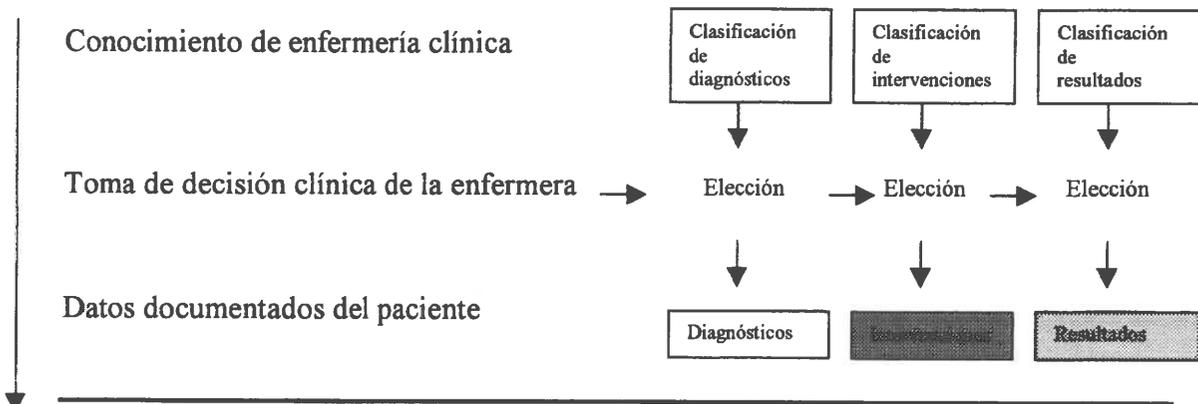
Conjunto de datos mínimos sobre gestión enfermera: las variables

La monografía de conjunto de datos mínimos de gestión enfermera:
introducción

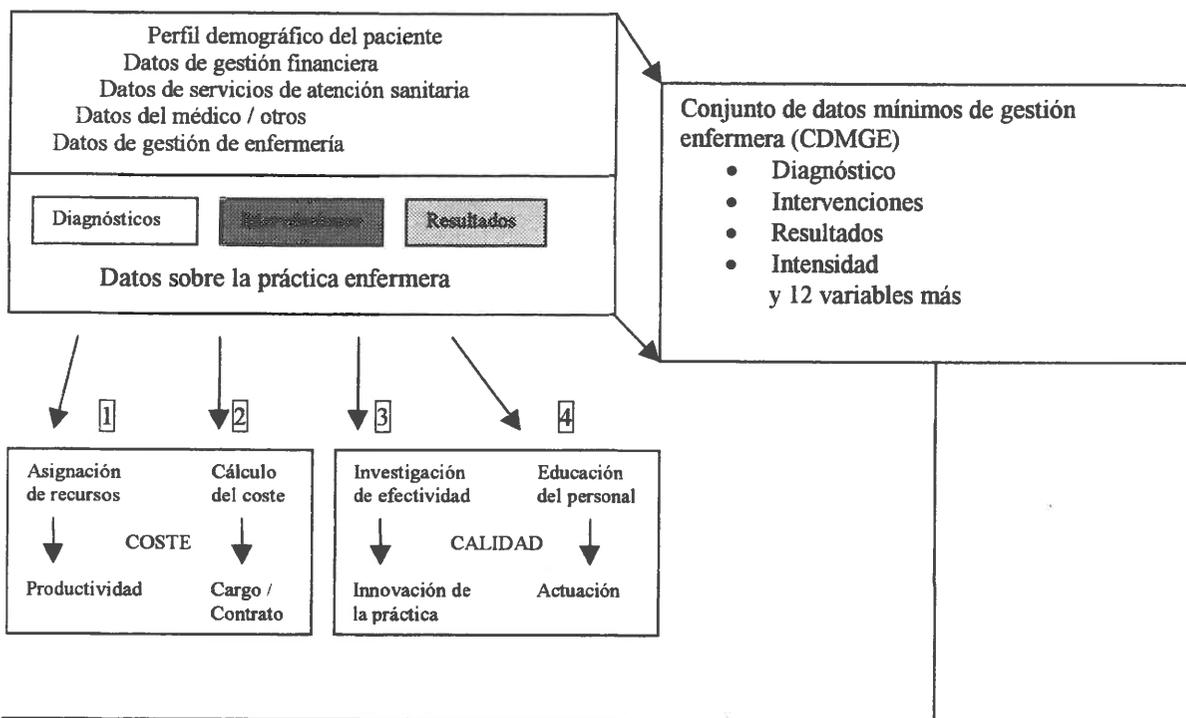


Figura 1: DATOS SOBRE LA PRÁCTICA ENFERMERA: TRES NIVELES

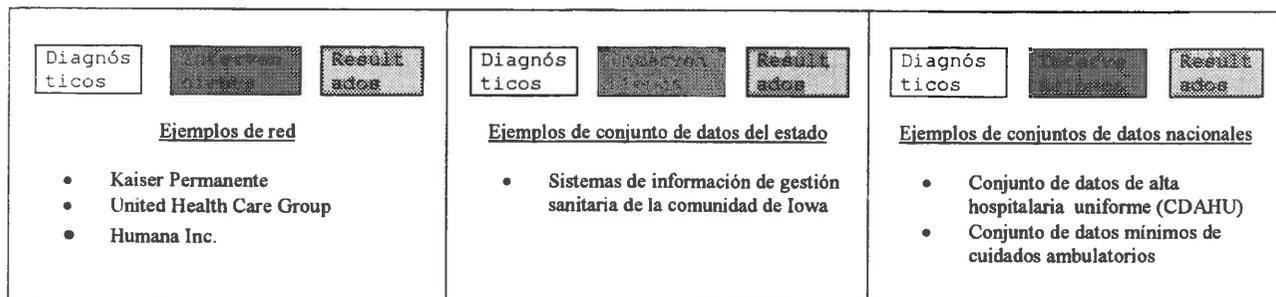
NIVEL INDIVIDUAL



NIVEL ORGANIZATIVO / UNIDAD



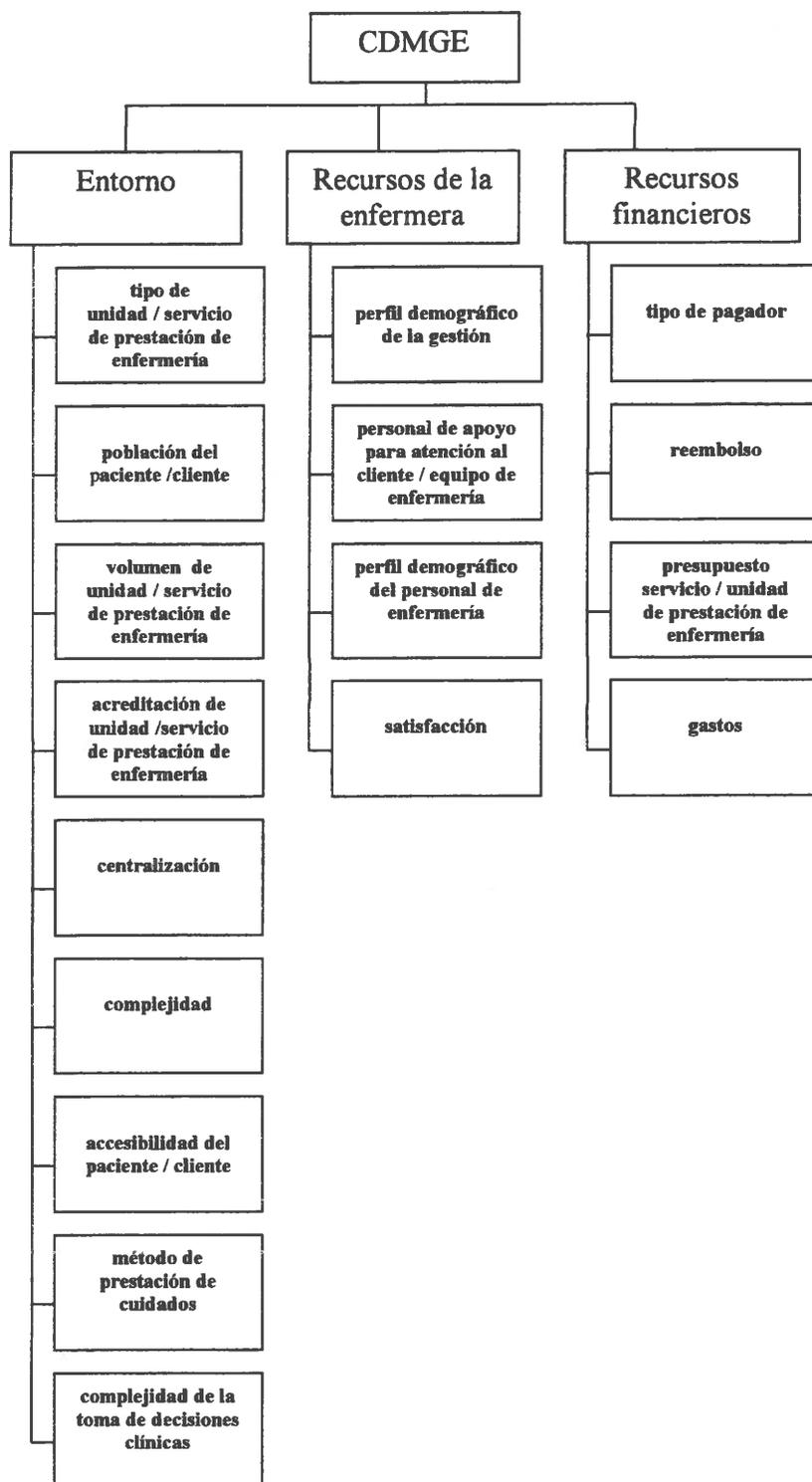
NIVEL DE RED / ESTADO / PAÍS



© Iowa Intervention Project 1996



Conjunto de Datos Mínimos de Gestión Enfermera ©



Copyright © 1996 by Diane Huber /Connie Delaney



Monografía sobre el Conjunto de Datos Mínimos de Gestión Enfermera

Introducción

El Conjunto de Datos Mínimos de Gestión Enfermera (CDMGE) proporciona el marco y los datos para calcular el coste, la productividad y la calidad de la prestación de servicios de enfermería en diversos ámbitos. La monografía incluye las bases a partir de las cuales se ha desarrollado el marco y los datos, y describe los próximos pasos a seguir para demostrar y ajustar los datos. El CDMGE se ha desarrollado en el marco de un proyecto de colaboración de las investigadoras de la Universidad de Iowa, Diane Huber (PhD y RN), y Connie Delaney (PhD y RN), con la American Organization of Nurse Executives. Se trata de un *work-in-progress* que constituye un avance muy importante de los cuidados agudos tradicionales hacia la evaluación de los cuidados de enfermería en un servicio integrado de cuidados sanitarios. A través de un estudio y un desarrollo extensos durante los últimos años, el CDMGE proporciona un marco inicial y una serie de datos con definiciones para cada elemento, que resultan apropiados en las diferentes áreas donde ejercen las enfermeras. Esta monografía sobre el Conjunto de Datos Mínimos de Gestión Enfermera incluye los conceptos, la filosofía y las descripciones de la metodología aplicada para llevar a cabo este importante avance.

Pedidos por correo

Los pedidos por correo deben dirigirse a:
AHA Services, Inc.
P.O. Box 92683
Chicago, IL 60675-2683

Se requiere una orden de compra de la empresa para los pedidos que se paguen a través de factura. Los pedidos de particulares deben incluir un cheque o los datos de la tarjeta de crédito. Los cheques o los giros postales deben extenderse a nombre de AHA Services, Inc.

Pedidos por teléfono y fax, tarjetas de crédito

Para realizar el pedido por teléfono llame al número gratuito 800-AHA-2626. Para realizar el pedido por fax, debe enviarlo al número 312-422-4505. AHA acepta tarjetas de crédito MasterCard, VISA y American Express. Al realizar el pedido, debe indicar el número y la fecha de caducidad de su tarjeta de crédito o el número de pedido de compra de su empresa.

Si no se indica lo contrario, para suscribirse a publicaciones periódicas, debe enviar sus datos (nombre, cargo, institución, empresa y dirección) a la siguiente dirección: American Hospital Publishing, Inc., Attention: Circulation Department, P.O. Box 92567, Chicago, IL 60675-2567, o llamar al número gratuito 800-621-6902 y hablar con el departamento de circulación. Los pedidos por fax deben enviarse al número 312-944-4232. Posteriormente se enviará la factura de la suscripción.

Impuestos

Deben pagarse impuestos para los pedidos enviados a CA, CO, GA, IL, KS, MA, MO, NJ, NY, OH, PA y TX. Si está exento, le rogamos que envíe un certificado de exención de impuestos.

Pedidos del extranjero

Todos los pedidos del extranjero deben pagarse por adelantado en moneda americana. Debe añadir un 20% del precio del producto para los gastos de transporte y manipulación; debe contar con un plazo de envío de 3 a 4 semanas.

Si no queda satisfecho le devolvemos su dinero

Si, por el motivo que sea, no está satisfecho con su compra, le rogamos que devuelva el producto en el plazo de 30 días para obtener el reembolso del importe completo.

Para asegurarse de que el reembolso es correcto, le rogamos que incluya una copia de la factura o del sobre del envío. Las devoluciones por correo deben enviarse a: AHA Services Inc., Customer Returns section, 2100 W. Walnut, Chicago, IL 60622.

(Las librerías están autorizadas a devolver la mercancía hasta seis meses después de la fecha de compra. La mercancía debe estar en perfectas condiciones y no se aceptarán publicaciones agotadas. Se perderán los descuentos por cantidad, si la cantidad devuelta desplaza el pedido total a una categoría de descuento inferior. No se reembolsarán los cargos de envío y manipulación, sin embargo no se facturarán los cargos por reabastecimiento.)

Debido a la naturaleza del producto, no se aceptará la devolución de sistemas magnéticos de almacenamiento de datos o de disquetes.

Deseo que se le envíe el catálogo de AHA a una colega.

Nombre _____

Organización _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____



Vínculos entre la NANDA, la NOC y la NIC

Marion Johnson



Ventajas de un lenguaje de Enfermería estandarizado

1. Crear un lenguaje común de Enfermería que define la profesión y su Práctica.
2. Extender los conocimientos de Enfermería.
3. Desarrollar sistemas de información de Enfermería.
4. Determinar el coste de los servicios prestados por las enfermeras.
5. Planificar los recursos necesarios en el entorno de la práctica.
6. Evaluar la calidad de los cuidados de Enfermería y la eficacia de la Enfermería.
7. Evaluar las innovaciones en el ámbito de la Enfermería.
8. Colaborar con otros proveedores de cuidados.
9. Articular con otros sistemas de clasificación utilizados en el ámbito de la sanidad.
10. Proporcionar datos para la toma de decisiones a niveles organizativo y nacional.
11. Enseñar la toma de decisiones a los estudiantes de Enfermería y a las nuevas enfermeras.



Estudio de caso III

Shelley McShane, RN

El Sr. B., paciente varón de 61 años, fue ingresado en el servicio de urgencias con un severo dolor en el pecho y dolor en ambos brazos, hasta los codos. Se quejaba de tener dificultades para respirar y de sentir náuseas. Estaba pálido y sudoroso. La auscultación pectoral reveló pulmones limpios y un ritmo cardíaco regular de 70. Se aplicó oxígeno al paciente a 5 litros por cánula nasal y se le conectó al monitor cardíaco. El monitor cardíaco mostró un ritmo sinusal con segmentos ST elevados. La presión sanguínea era de 108/62, la frecuencia respiratoria de 32 y la saturación de O₂ del 86% antes de aplicársele O₂. Se colocaron dos vías IV, ambas de solución salina normal, con un nivel de goteo que se mantuvo abierto. Se aplicó una tercera vía IV y se utilizó como cierre salino. Se administró al Sr. B. un comprimido de nitroglicerina sublingual y su presión sanguínea bajó a 80/42. Se le administraron 5 mg. de sulfato de morfina IV pero el dolor en el pecho no disminuyó. Se le administró una aspirina infantil y Cardiazem IV. Se realizó un electrocardiograma y una radiografía de torax. Las pruebas de laboratorio incluyeron enzimas cardíacas, incluyendo el nivel de troponina, la tasa de sedimentación, los electrólitos, el nitrógeno ureico sanguíneo (BUN), la creatina, el azúcar sanguíneo y los GSA. El Sr. B. se mostraba inquieto y ansioso, y manifestaba su miedo a morir.

El historial del Sr. B. incluye episodios previos de dolor precordial al realizar esfuerzos, que sólo duran unos minutos cuando reposa. El dolor empezó mientras cortaba el césped y no remitió cuando cesó esta actividad. El Sr. B. se presentó en el servicio de urgencias 45 min. después de que el dolor comenzara. No hace ejercicio regularmente y ha fumado dos paquetes de cigarrillos diarios durante los últimos treinta y cinco años. Pesa 118 kg. y mide 1,55 m. Su historial familiar es positivo respecto a los problemas cardíacos. Su padre murió de un IM a los 62 años y su hermano padece una coronariopatía. Tenía dos tíos que fallecieron por un IM al poco tiempo de cumplir los sesenta.

Los análisis de sangre y el electrocardiograma revelaron que estaba sufriendo un infarto de miocardio, CK 682, CK-MB 20, Índice relativo 8, y que su nivel de troponina era positivo. Los GSA mostraron un nivel de PO₂ de 68. El resto de análisis estaban dentro de los límites normales. El ECG mostraba ondas Q y un aumento de los segmentos ET. Se consultó a un cardiólogo al que se envió por fax el ECG. Se le administró estreptocinasa y se le aplicó Tridil por goteo. Su presión sanguínea ascendió a 110/56. Su estado era estable y el dolor precordial remitió lentamente. Desarrolló CVP, multifocal, unifocal, y breves períodos de taquicardia ventricular. Los latidos irregulares del corazón se controlaron y el paciente continuó presentado síntomas. La saturación del O₂ continuó con la mínima de 90 tras la administración de oxígeno y medicamentos. Estaba menos ansioso, menos sudoroso y su color mejoró después de que el dolor precordial remitiera. Continuó sin sentir dolor y fue transportado por vía aérea a otro hospital donde le trasladaron a la unidad de cateterización cardíaca para realizarle una angioplastia. Presentaba daños mínimos en el músculo cardíaco.



EJEMPLOS DE VÍNCULOS ENTRE LA NANDA, LA NIC Y LA NOC

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Disminución del gasto cardíaco 1421

DEFINICIÓN: Estado en el cual la sangre bombeada por el cuerpo resulta inadecuada para cumplir las funciones metabólicas del organismo

Resultados	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	Intervenciones opcionales
Eficacia del bombeo cardíaco	<p>Cuidados cardíacos</p> <p>Cuidados cardíacos: episodio agudo</p> <p>Regulación hemodinámica</p> <p>Gestión del shock: cardíaco</p>	<p>Gestión del equilibrio entre ácidos y bases</p> <p>Control del equilibrio entre ácidos y bases</p> <p>Cuidados cardíacos de rehabilitación</p> <p>Precauciones cardíacas</p> <p>Gestión de los códigos</p> <p>Gestión de electrolitos</p> <p>Control de electrolitos</p> <p>Gestión de líquidos</p> <p>Control hemodinámico invasivo</p> <p>Administración de medicamentos</p> <p>Control de los signos vitales</p>	<p>Reducción de la hemorragia</p> <p>Administración de productos sanguíneos</p> <p>Gestión de la disritmia</p> <p>Control de líquidos</p> <p>Terapia intravenosa (IV)</p> <p>Protección de los derechos del paciente</p> <p>Resucitación</p> <p>Resucitación: fetal</p> <p>Resucitación: neonato</p> <p>Gestión del shock</p> <p>Prevención del shock</p>
Estado de la circulación	<p>Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial</p> <p>Cuidados circulatorios: dispositivo mecánico de ayuda</p> <p>Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa</p> <p>Gestión del shock: cardíaco</p>	<p>Precauciones ante la hemorragia</p> <p>Control de la hemorragia</p> <p>Control de la hemorragia: antepartum uterus</p> <p>Control de la hemorragia: gastrointestinal</p> <p>Control de la hemorragia: nasal</p> <p>Control de la hemorragia: postpartum uterus</p> <p>Reducción de la hemorragia: heridas</p> <p>Control de líquidos</p> <p>Regulación hemodinámica</p> <p>Control de las hemorragias</p> <p>Actuación contra la hipovolemia</p> <p>Interpretación de datos de laboratorio</p> <p>Gestión del shock</p> <p>Prevención del shock</p>	<p>Autotransfusión</p> <p>Análisis de laboratorio a pie de cama</p> <p>Administración de productos sanguíneos</p> <p>Precauciones circulatorias</p> <p>Resucitación de líquidos</p> <p>Inserción intravenosa (IV)</p> <p>Terapia intravenosa (IV)</p> <p>Control hemodinámico invasivo</p> <p>Precauciones con los torniquetes neumáticos</p> <p>Control del shock: vasogénico</p> <p>Control del shock: volumen</p>
Perfusión tisular: órganos abdominales	<p>Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial</p> <p>Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa</p> <p>Terapia intravenosa (IV)</p> <p>Gestión del shock: cardíaco</p>	<p>Gestión del equilibrio entre ácidos y bases</p> <p>Control del equilibrio entre ácidos y bases</p> <p>Análisis de laboratorio a pie de cama</p> <p>Precauciones ante la hemorragia</p> <p>Control de la hemorragia</p> <p>Gestión de electrolitos</p> <p>Control de electrolitos</p> <p>Gestión de líquidos</p> <p>Control de las hemorragias</p> <p>Gestión de la hipovolemia</p>	<p>Autotransfusión</p> <p>Administración de productos sanguíneos</p> <p>Control de la hemorragia: antepartum uterus</p> <p>Control de la hemorragia: gastrointestinal</p> <p>Control de la hemorragia: postpartum uterus</p> <p>Cuidados de urgencia</p> <p>Resucitación de líquidos</p> <p>Inserción intravenosa (IV)</p> <p>Terapia intravenosa (IV)</p>



	<p>Interpretación de datos de laboratorio Gestión del shock Prevención del shock Vigilancia Control de los signos vitales</p>	
<p>Perfusión tisular: periférico</p>	<p>Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa Cuidados con el embolismo: periférico</p>	<p>Precauciones ante la hemorragia Control de la hemorragia Administración de productos sanguíneos Cuidados cardíacos: episodio agudo Cuidados circulatorios: dispositivo mecánico de ayuda Precauciones circulatorias Gestión de líquidos Regulación hemodinámica Gestión de la hipovolemia Precauciones con los torniquetes neumáticos Gestión del shock: cardíaco Prevención del shock</p> <p>Autotransfusión Administración de productos sanguíneos Resuscitación de líquidos Inserción intravenosa (IV) Terapia intravenosa (IV) Resuscitación Resuscitación: fetal Resuscitación neonato</p>
<p>Estado de los signos vitales</p>	<p>Regulación hemodinámica Gestión de los signos vitales</p>	<p>Gestión del equilibrio entre ácidos y bases Reducción de la ansiedad Cuidados cardíacos Control de la disritmia Gestión de electrolitos Gestión de líquidos Control de la hemorragia Terapia intravenosa (IV) Administración de medicamentos Gestión de medicamentos Prescripción de medicamentos Gestión del shock Prevención del shock</p> <p>Administración de productos sanguíneos Cuidados de urgencia Resuscitación de líquidos Cuidados posteriores a la anestesia Cuidados postparto Resuscitación Vigilancia</p>



EJEMPLOS DE VÍNCULOS ENTRE LA NANDA, LA NIC Y LA NOC
 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Intolerancia a la actividad 6112

DEFINICIÓN: Estado en el cual el paciente posee una insuficiente energía fisiológica o psicológica que le impide resistir o realizar las actividades diarias requeridas o deseadas

Resultados	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	Intervenciones opcionales
Tolerancia a la actividad	Terapia activa Gestión de la energía Terapia con ejercicio: práctica estricta	Terapia asistida con animales Mejora de los mecanismos corporales Cuidados cardíacos de rehabilitación Actuación ambiental Fomento del ejercicio Fomento del ejercicio: estiramiento Terapia del ejercicio: ambulación Terapia del ejercicio: equilibrio Terapia del ejercicio: movilidad articular Terapia del ejercicio: control muscular Terapia musical Gestión del dolor Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito	Terapia artística Entrenamiento autogénico Biorretroalimentación Actuación ambiental: confort Hipnosis Gestión de medicamentos Administración de medicamentos Establecimiento de objetivos comunes Gestión de la nutrición Oxigenoterapia Relajación muscular progresiva Inducción al sueño Ayuda para dejar de fumar Apoyo espiritual Tacto terapéutico Facilitación de las visitas Control de peso
Resistencia	Terapia activa Gestión de la energía Terapia con ejercicio: práctica estricta	Fomento del ejercicio Gestión de la nutrición Inducción al sueño Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito	Cuidados cardíacos de rehabilitación Gestión de los trastornos de alimentación Actuación ambiental Actuación ambiental: confort Terapia del ejercicio: ambulación Terapia del ejercicio: equilibrio Terapia del ejercicio: movilidad articular Terapia del ejercicio: control muscular Establecimiento de objetivos comunes Oxigenoterapia Gestión del dolor Facilitación de las visitas Control de peso
Conservación de la energía	Gestión de la energía Gestión de la nutrición	Terapia activa Mejora de los mecanismos corporales Actuación ambiental Actuación ambiental: confort Fomento del ejercicio Inducción al sueño Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito	Terapia del ejercicio: ambulación Terapia del ejercicio: equilibrio Terapia del ejercicio: movilidad articular Terapia del ejercicio: control muscular Meditación Terapia musical Control de peso



EJEMPLOS DE VÍNCULOS ENTRE LA NANDA, LA NIC Y LA NOC

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Patrón de respiración ineficaz 1513

DEFINICIÓN: Inspiración y/o expiración que no proporcionan una ventilación adecuada

Resultados	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	Intervenciones opcionales
Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	Gestión de las vías aéreas Aspiración de las vías aéreas	Inserción y estabilización de las vías aéreas Gestión de las vías aéreas artificiales Precauciones para evitar la aspiración Gestión de la tos Cambio de posición Control de la respiración Vigilancia	Gestión de la alergia Gestión de la anafilaxia Fisioterapia torácica Cuidados de urgencia Resucitación
Estado respiratorio: ventilación	Gestión de las vías aéreas Control respiratorio Asistencia en la ventilación	Inserción y estabilización de las vías aéreas Aspiración de vías aéreas Reducción de la ansiedad Gestión de las vías aéreas artificiales Precauciones para evitar la aspiración Ventilación mecánica Oxigenoterapia Cambio de posición Relajación muscular progresiva Gestión de los signos vitales	Gestión del equilibrio entre ácidos y bases Gestión de la alergia Fisioterapia torácica Gestión de la tos Gestión de la energía Fomento del ejercicio Destete de ventilación mecánica
Estado de los signos vitales	Control respiratorio Gestión de los signos vitales	Gestión del equilibrio entre ácidos y bases Gestión de las vías aéreas Reducción de la ansiedad Gestión de líquidos Inserción intravenosa (IV) Terapia intravenosa (IV) Gestión de medicamentos Prescripción de medicamentos Vigilancia Asistencia en la ventilación	Gestión de la alergia Cuidados de urgencia Gestión de la nutrición Oxigenoterapia Gestión del dolor Cuidados posteriores a la anestesia Resucitación Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito Enseñanza: medicamentos prescritos Enseñanza: procedimiento / tratamiento

JOHNSON, M.; BULECHEK, G.; MAAS, M.; MCCLOSKEY DOCHTERMAN, J. y MOORHEAD, S., *Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes: NANDA, NIC, and NOC Linkages*, Mosby, St. Louis, 2001.



Resumen

El uso de la NIC en la educación

En la sesión se analizarán los pasos necesarios para aplicar la NIC en un entorno educativo. La NIC puede ayudar a los miembros del claustro a identificar el contenido esencial y de especialidad en los programas de Enfermería. Las intervenciones que son esenciales para las áreas de especialidad han sido identificadas por los representantes de las organizaciones de las especialidades como respuesta a una encuesta por correo electrónico. La presentación analizará la incorporación de la NIC en un currículum de modelo médico y en un currículum de modelo enfermero.

Material:

Pasos para la implementación de la NIC en un entorno educativo

Intervenciones básicas para la enfermería geriátrica

Intervenciones básicas para la Enfermería de cuidados críticos

Intervenciones básicas para 10 o más especialidades



Pasos para la aplicación en la práctica de la NIC, en un entorno educativo

A. Establecer un compromiso organizativo respecto a la NIC

- Identificar la persona responsable de la aplicación en la práctica (por ejemplo, jefe del comité curricular)
- Crear un grupo de trabajo para la aplicación en la práctica, con representantes de las áreas claves
- Proporcionar el material de la NIC a todos los miembros del grupo de trabajo
- Invitar a un miembro del grupo del proyecto NIC a hacer una presentación al resto de profesores y a reunirse con el grupo de trabajo.
- Comprar y repartir copias del libro de la NIC.
- Hacer circular artículos sobre la NIC y el Boletín NIC /NOC al claustro. Mostrar el vídeo de la NIC en una reunión del claustro de profesores.
- Examinar las cuestiones filosóficas sobre la importancia capital de las intervenciones de Enfermería en Enfermería.
- Hacer que los miembros del grupo de trabajo y otras personas clave empiecen a utilizar el lenguaje de la NIC en sus discusiones cotidianas.
- Hacer que ciertos miembros del grupo de trabajo se adhieran a la Lista del Centro para la Clasificación de Enfermería.

B. Preparar un plan de aplicación en la práctica

- Enumerar los objetivos que deben ser conseguidos.
- Hacer un análisis en el terreno para determinar las fuerzas impulsoras y las fuerzas inhibitoras.
- Determinar si se hará un análisis interno (en la institución) y en caso afirmativo, cuál será la naturaleza de dicha evaluación.
- Determinar el grado en que se implementará la NIC; por ejemplo, en programas de licenciatura y de postgrado, en declaraciones filosóficas, en registros de procesos, planes de cuidados, estudios de casos, como orientación para los nuevos profesores.
- Priorizar los esfuerzos relacionados con la puesta en marcha.
- Desarrollar un calendario escrito para la aplicación en la práctica.
- Crear grupos de trabajo entre el claustro y tal vez entre los estudiantes para analizar las intervenciones y las actividades de la NIC, determinar si éstas serán enseñadas en el currículum, cómo se relacionan con los materiales actuales, y desarrollar o rediseñar todas las formas necesarias.
- Identificar cuáles de las intervenciones de la NIC deberán enseñarse a nivel de licenciatura y a nivel postgrado. Identificar qué intervenciones deberán enseñarse y dentro de qué asignaturas.
- Repartir los borradores de las decisiones de otros miembros del profesorado para su evaluación y para dar el feedback.
- Fomentar el desarrollo de un *campeón de la NIC* en cada departamento o grupo de asignaturas.
- Mantener a los demás responsables de las decisiones informados de los planes.
- Identificar las necesidades de aprendizaje del profesorado y planificar cómo dar una respuesta a dichas necesidades.

C. Llevar a cabo el plan de aplicación en la práctica

- Revisar los programas; pedir los libros de la NIC; pedir al bibliotecario que encargue los libros.
- Proporcionar tiempo para la discusión y el feedback en los grupos de asignaturas.
- Implementar una asignatura NiC cada vez y conseguir feedback tanto de los profesores como de los estudiantes.
- Actualizar el contenido de la asignatura en función de las necesidades.
- Determinar el impacto y las implicaciones de las asignaturas de apoyo y los requisitos previos y reestructurarlas en función de las necesidades.
- Informar del progreso sobre la implementación con periodicidad regular en las reuniones del claustro de profesores.
- Recoger datos de evaluación post-evaluación e introducir cambios en el programa en función de las necesidades.
- Identificar los marcadores clave que se utilizarán en la evaluación continuada y seguir monitorizando y manteniendo el sistema.
- Proporcionar feedback al Centro de Clasificación de Enfermería.



Intervenciones básicas
según la
Asociación Nacional de Enfermería Geriátrica

- Protección contra los abusos del anciano 6404
- Escucha activa 4920
- Terapia de actividad 4310
- Gestión de la conducta 4350
- Cuidado de la incontinencia intestinal 0410
- Adiestramiento intestinal 0440
- Apoyo al cuidador 7040
- Fomento de la comunicación: déficit auditivo 4974
- Gestión del estreñimiento / impactación 0450
- Mejorar el afrontamiento 5230
- Gestión del delirio 6440
- Gestión de la demencia 6460
- Cuidados en la agonía 5260
- Apoyo emocional 5270
- Gestión del entorno: comodidad 6842
- Promoción del ejercicio 0200
- Terapia con ejercicio: ambulación 0221
- Gestión de líquidos y electrolitos 2080
- Cuidado de los pies 1660
- Facilitar la expresión del duelo 5290
- Administración de medicamentos 2300
- Gestión de la nutrición 1100
- Protección de los derechos del paciente 7460
- Cambio de posición 0840
- Control de presiones 3500
- Terapia de reminiscencia 4860
- Cuidado para dar un respiro 7260
- Ayuda en el autocuidado 1800
- Adiestramiento del hábito urinario 0600
- Cuidado de la incontinencia urinaria 610

Fuente: Iowa Intervention Project, *Core Interventions by Specialty*, 1996.



Intervenciones básicas

según la

American Association of Critical-Care Nurses

(Asociación Estadounidense de Enfermeras de UCI)

- Gestión del equilibrio acidobase 1910
- Gestión de las vías aéreas 3140
- Aspiración de las vías respiratorias 3160
- Administración de analgésicos 2210
- Reducción de la ansiedad 5820
- Gestión de las vías aéreas artificiales 3180
- Cuidado cardíaco 4040
- Cuidado cardíaco: durante el episodio agudo 4044
- Prevención cardíaca 4050
- Apoyo al cuidador 7040
- Gestión de los códigos 6140
- Sedación 2260
- Desarrollo de vías críticas 7640
- Apoyo en la toma de decisiones 5250
- Delegación 7650
- Planificación del alta 7370
- Documentación 7920
- Gestión de electrolitos 2000
- Gestión de electrolitos: hipercalemia 2002
- Gestión de electrolitos: hipocalemia 2007
- Monitorización de electrolitos 2020
- Cuidado de urgencia 6200
- Apoyo emocional 5270
- Implicación familiar 7110
- Gestión de líquidos 4120
- Monitorización de líquidos 4130
- Gestión de líquidos y electrolitos 2080
- Regulación hemodinámica 4150
- Terapia intravenosa (IV) 4200
- Monitorización hemodinámica invasiva 4210
- Ventilación mecánica 3300
- Destete de la ventilación mecánica 3310
- Administración de medicamentos 2300
- Administración de medicamentos: oral 2304
- Administración de medicamentos: parenteral 2305
- Conferencia multidisciplinar sobre cuidado 8020
- Control y seguimiento neurológico 2620
- Oxigenoterapia 3320
- Gestión del dolor 1400
- Protección de los derechos del paciente 7460
- Apoyo médico 7710
- Cambio de posición 0840
- Control y seguimiento respiratorio 3350
- Enseñanza: Procedimiento/ tratamiento 5618
- Gestión de la tecnología 7880
- Facilitar las visitas 7560
- Monitorización de los signos vitales 6680

Fuente: Iowa Intervention Project, *Core Interventions by Specialty*, 1996.



Intervenciones identificadas como básicas por diez o más especialidades

Intervenciones	nº de especialidades
Gestión del dolor 1400	19
Documentación 7920	18
Apoyo emocional 5270	18
Planificación del alta 7370	17
Enseñanza: individual 5606	16
Reducción de la ansiedad 5820	16
Administración de medicamentos 2300	16
Escucha activa 4920	15
Educación sanitaria 5510	15
Control de las infecciones 6540	15
Conferencia multidisciplinar sobre cuidado 8020	15
Monitorización de los signos vitales 6680	15
Mejorar el afrontamiento 5230	14
Enseñanza: medicamentos prescritos 5616	13
Enseñanza: Procedimiento / tratamiento 5618	13
Administración de analgésicos 2210	12
Apoyo en la toma de decisiones 5250	12
Gestión de líquidos y electrolitos 2080	12
Chequeo sanitario 6520	12
Terapia intravenosa (IV) 4200	12
Enseñanza: proceso de la enfermedad 5602	12
Apoyo al cuidador 7040	12
Implicación familiar 7110	11
Prevención de infecciones 6550	11
Administración de medicamentos: oral 2304	11
Administración de medicamentos: parenteral 2305	11
Gestión de la medicación 2380	11
Consulta por teléfono 8180	11
Cuidados de las heridas 3660	11
Administración de productos sanguíneos 4030	10
Asesoramiento 5240	10
Gestión del entorno: seguridad 6486	10
Punción intravenosa (IV) 4190	10
Gestión de la tecnología 7880	10

Fuente: Iowa Intervention Project, *Core Interventions by Specialty*, 1996.





Centre de Recursos per a l'Aprenentatge
i la Investigació

Biblioteca de Bellvitge
