



Catálogo estatal de planes de cuidado de Enfermería





FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

DRA. YAREL ALEJANDRA BARBA RUIZ ESPARZA

DIRECTORA DE SERVICIOS DE SALUD

DRA. IRALI DEL CARMEN HERRERA GUEVARA

DIRECTORA DE CALIDAD

MAHSS. MARÍA ALEJANDRA BELÍN DELGADO

DIRECTORA DEL ÁREA DE NORMATIVIDAD EN ENFERMERÍA



COLABORADORES

HOSPITAL GENERAL DE CALVILLO Y LÍDER TÉCNICO ESTATAL

- MGDS. Hilda Cecilia Barbosa Rodríguez

CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

- MCE. Claudia Cecilia Carreón Martínez

HOSPITAL GENERAL DE RINCÓN DE ROMOS

- MAHSS. Velma Hernández Puga
- LE. Luis Alberto de León Guerrero

HOSPITAL GENERAL DE PABELLÓN DE ARTEAGA

- LE. Andrea Araceli Juárez Murillo

COORDINADOR NORMATIVO DE ENFERMERÍA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- LE. Daniel Villalobos Ramírez

COORDINADORA ESTATAL DE LOS PROYECTOS ESTRATÉGICOS DE LA COMISIÓN PERMANENTE DE ENFERMERÍA

- MAIS. Yolisma Elizabeth Aranda Montes

PASANTES DE SERVICIO SOCIAL DE ENFERMERÍA

- PSSE. Manuel Alejandro Méndez Rosas
- PSSE. Christopher Arturo Aguiñaga Ramírez
- PSSE. Fabian Hernández Berumen
- PSSE. Diana Paola Gallegos Delgado
- PSSE. Carmen Leilani Rodríguez Rangel
- PSSE. Marco Antonio Pérez Guerrero
- PSSE. Aranza Monserrat Alba Díaz
- PSSE. Melissa Zurisadai Durón Díaz



INTRODUCCIÓN

El Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA), comprometido con la mejora continua de la calidad en la atención sanitaria y con el fortalecimiento del ejercicio profesional de enfermería, presenta el Manual de Planes de Cuidado Estandarizado de Enfermería (PLACE). Este documento constituye una herramienta técnica y metodológica orientada a facilitar la planeación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería en los tres niveles de atención: primario, secundario y terciario.

PLACE tiene como objetivo fundamental garantizar una atención integral, continua, segura y centrada en la persona, basada en la mejor evidencia científica disponible. A través de la estandarización de las intervenciones de enfermería, se busca promover una práctica clínica homogénea, eficiente y de alta calidad, alineada con las necesidades reales y potenciales de la persona, la familia y la comunidad.

Este manual responde a la necesidad de sistematizar la práctica profesional, optimizar el uso de los recursos institucionales y fortalecer los resultados en salud. Para ello, integra el juicio clínico, el pensamiento crítico y el enfoque humanista en la toma de decisiones, promoviendo al mismo tiempo una comunicación interdisciplinaria más efectiva y el fortalecimiento de los procesos de calidad en la atención.

Diseñado como una guía operativa para el personal de enfermería en sus distintos ámbitos de acción, impulsa la responsabilidad clínica, la continuidad del cuidado y la consolidación del rol profesional en todos los niveles del sistema de salud. Su implementación contribuirá significativamente al logro de servicios de salud más seguros, eficientes y humanizados, y al robustecimiento de la profesionalización del cuidado en el estado de Aguascalientes.



PRÓLOGO

La enfermería es una disciplina que combina ciencia, ética, humanismo y técnica; su impacto es transversal en todos los niveles de atención a la salud y representa una de las columnas vertebrales del sistema sanitario. En la actualidad, el reto de brindar cuidados seguros, integrales, oportunos y centrados en la persona exige que el ejercicio profesional se apoye en herramientas que garanticen la estandarización de procesos, la toma de decisiones basada en evidencia y la mejora continua.

Es en este contexto que surge el programa PLACE: Planes de Cuidado Estandarizado de Enfermería, como una estrategia prioritaria para consolidar una práctica profesional estructurada, coherente y alineada con los principios de calidad, equidad y eficiencia. El desarrollo y aplicación de estos planes no solo representa una herramienta técnica, sino también una declaración de compromiso con la seguridad del paciente, la dignificación del cuidado y el fortalecimiento del rol autónomo del personal de enfermería.

Cada plan de cuidado incluido en este manual responde a una necesidad identificada en el contexto clínico real y se basa en las taxonomías internacionales de diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras (NANDA, NOC, NIC), así como en la normativa nacional vigente. Además, los planes integran un enfoque integral que considera dimensiones físicas, emocionales, familiares y sociales, lo que permite brindar cuidados más humanos y pertinentes.

La implementación de este manual tiene como propósito fundamental homologar los cuidados enfermeros en todas las unidades de atención de primer, segundo y tercer nivel, facilitando la documentación, seguimiento y evaluación de los resultados del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes. También busca ser un instrumento que promueva la reflexión crítica sobre la práctica, el trabajo colaborativo interdisciplinario y la generación de evidencia para la toma de decisiones en gestión clínica.



AGRADECIMIENTOS

La elaboración del Manual de PLACE (Planes de Cuidado Estandarizado de Enfermería) representa un hito para la profesionalización del cuidado en enfermería dentro de nuestro estado. Este documento es resultado de un proceso técnico, colaborativo y profundamente comprometido, que tuvo como base el conocimiento, la experiencia y la vocación de un equipo que creyó, desde el primer momento, en la importancia de construir una herramienta útil, estandarizada y pertinente para la práctica clínica.

Nuestro agradecimiento más sincero a la **Mtra. Alejandra Belín Delgado**, por su liderazgo visionario, su respaldo constante y su compromiso con la mejora continúa en enfermería. Su guía y confianza fueron fundamentales para dar rumbo y legitimidad a cada proyecto.

A la líder técnica estatal y los coordinadores de PLACE y GPC, queremos dedicar un reconocimiento especial. Ustedes no solo fueron parte del proceso: fueron el pilar técnico, la fuerza operativa y el sostén estructural de este manual. Su capacidad de análisis, su claridad metodológica, su disposición para trabajar en equipo y su constancia ante cada reto marcaron la diferencia. En cada plan, en cada revisión, en cada propuesta, está reflejado su profesionalismo y su compromiso con una enfermería mejor organizada, más visible y mejor preparada.

Ustedes representan lo mejor de nuestra disciplina: liderazgo con sustento, pensamiento crítico con enfoque en la calidad, y trabajo colaborativo con resultados concretos. El producto final no es solo un documento técnico: es el reflejo del esfuerzo de un equipo que asumió la responsabilidad con seriedad, ética y visión de futuro. Gracias por su entrega, por sostener el proceso con convicción y por demostrar que, cuando se trabaja con organización y propósito, se logran cambios reales.



A las y los pasantes de enfermería, gracias por integrarse con disposición, responsabilidad y entusiasmo. Su mirada propositiva aportó dinamismo al proceso y su colaboración reafirma que las nuevas generaciones de enfermería tienen mucho que ofrecer.

A las jefaturas de enfermería y a todo el personal que brindó apoyo a esta iniciativa, nuestro reconocimiento por cada aporte, cada revisión y cada acompañamiento. Su participación fortaleció el contenido y enriqueció su aplicación práctica.

Gracias a todas y todos por demostrar que cuando la enfermería se organiza, se escucha y trabaja unida, no solo responde: transforma.

Este manual es solo una muestra de lo que podemos lograr cuando caminamos en el mismo rumbo. Gracias por construir, con profesionalismo y compromiso, **el gigante de México**.

Con respeto, admiración y gratitud.

[MAIS. Yolisma E. Aranda Montes](#)

Coordinación Estatal de Proyectos Estratégicos
De la Comisión Permanente de Enfermería, ISSEA.



DLECARATORIA DE DERECHOS

Todos los derechos reservados.

El presente Manual de Planes de Cuidado Estandarizado de Enfermería (PLACE) es una obra original elaborada por el equipo de coordinación de PLACE del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA), con base en las taxonomías **NANDA**, **NIC** y **NOC**, respetando los principios, clasificaciones y marcos conceptuales establecidos por dichas metodologías.

Este documento constituye **propiedad intelectual del ISSEA**, quien se reserva todos los derechos sobre el contenido aquí expuesto, incluyendo la estructura, organización, adaptación clínica, redacción de planes de cuidado, diagramas, tablas y cualquier otro elemento desarrollado expresamente para este manual.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial, distribución, publicación, modificación, almacenamiento o cualquier tipo de uso no autorizado, en cualquier medio físico, electrónico o digital, sin el consentimiento previo y por escrito del ISSEA.

Cualquier reproducción o uso indebido del contenido será sancionado conforme a lo establecido en la **Ley Federal del Derecho de Autor y demás disposiciones legales aplicables**.

El uso de este manual está destinado exclusivamente para fines académicos, formativos y clínicos dentro del sistema estatal de salud, y bajo la supervisión de personal capacitado. Su difusión fuera del ámbito institucional requerirá autorización expresa por parte de la autoridad competente del ISSEA

INDICE

Dominio 1 Promoción a la salud	1
DISMINUCIÓN DEL COMPROMISO DE ACTIVIDAD RECREATIVA	2
RIESGO DE DISMINUCIÓN DEL COMPROMISO DE ACTIVIDAD RECREATIVA	4
COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS EXCESIVOS	6
RIESGO DE COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS EXCESIVOS	8
DESEQUILIBRIO DEL CAMPO ENERGÉTICO	10
AUTOGESTIÓN DE LA SALUD INEFICAZ	12
RIESGO DE AUTOGESTIÓN DE LA SALUD INEFICAZ	14
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD	16
GESTIÓN DE LA SALUD FAMILIAR INEFICAZ	18
RIESGO DE GESTIÓN DE LA SALUD FAMILIAR INEFICAZ	20
GESTIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA INEFICAZ	22
RIESGO DE GESTIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA INEFICAZ	24
RIESGO DE AUTOGESTIÓN DEL PATRÓN DE GLUCEMIA INEFICAZ	26
AUTOGESTIÓN DEL OJO SECO INEFICAZ	28
AUTOGESTIÓN DE LA BOCA SECA INEFICAZ	30
AUTOGESTIÓN DE LA FATIGA INEFICAZ	32
AUTOGESTIÓN DEL LINFEDEMA INEFICAZ	34
RIESGO DE AUTOGESTIÓN DEL LINFEDEMA INEFICAZ	36
AUTOGESTIÓN DE LAS NÁUSEAS INEFICAZ	38
AUTOGESTIÓN DEL DOLOR INEFICAZ	40
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DEL PESO	42
AUTOGESTIÓN DEL SOBREPESO INEFICAZ	44
RIESGO DE AUTOGESTIÓN DEL SOBREPESO INEFICAZ	46

AUTOGESTIÓN DE LA INSUFICIENCIA PONDERAL INEFICAZ	48
RIESGO DE AUTOGESTIÓN DE LA INSUFICIENCIA PONDERAL INEFICAZ	50
CONDUCTAS DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD INEFICACES	52
RIESGO DE CONDUCTAS DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD INEFICACES	54
CONDUCTAS DE MANTENIMIENTO DEL HOGAR INEFICACES	56
RIESGO DE CONDUCTAS DE MANTENIMIENTO DEL HOGAR INEFICACES	58
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LAS CONDUCTAS DE MANTENIMIENTO DEL HOGAR	60
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL COMPROMISO DE EJERCICIO	62
ALFABETIZACIÓN EN SALUD INADECUADA	64
RIESGO DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD INADECUADA	66
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD	68
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE	70
SÍNDROME DEL ANCIANO FRÁGIL	72
RIESGO DE SÍNDROME DEL ANCIANO FRÁGIL	74
RIESGO DE SÍNDROME DEL ANCIANO FRÁGIL	75
Dominio 2 Nutrición	76
INGESTA NUTRICIONAL INADECUADA	77
RIESGO DE INGESTA NUTRICIONAL INADECUADA	79
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA INGESTA NUTRICIONAL	81
INADECUADA INGESTA NUTRICIONAL PROTEICO-ENERGÉTICA	83
RIESGO DE INADECUADA INGESTA NUTRICIONAL PROTEICO-ENERGÉTICA	85
LACTANCIA INEFICAZ	87
RIESGO DE LACTANCIA INEFICAZ	89
LACTANCIA EXCLUSIVA ALTERADA	91
RIESGO DE LACTANCIA EXCLUSIVA ALTERADA	93
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA LACTANCIA	95

PRODUCCIÓN DE LECHE HUMANA INADECUADA	97
RIESGO DE PRODUCCIÓN DE LECHE HUMANA INADECUADA	99
DINÁMICA DE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE INEFICAZ	101
DINÁMICA DE ALIMENTACIÓN DEL PREESCOLAR Y ESCOLAR INEFICAZ	103
DINÁMICA DE ALIMENTACIÓN DEL ADOLESCENTE INEFICAZ	105
DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN	107
HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL	109
RIESGO DE HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL	111
RIESGO DE DETERIORO DEL EQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO	113
RIESGO DE DETERIORO DEL EQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	115
VOLUMEN DE LÍQUIDOS EXCESIVO	117
RIESGO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS EXCESIVO	119
VOLUMEN DE LÍQUIDOS INADECUADO	121
RIESGO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS INADECUADO	123
Dominio 3 Eliminación e intercambio	125
DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA	126
RIESGO DE RETENCIÓN URINARIA	128
INCONTINENCIA URINARIA ASOCIADA A LA DISCAPACIDAD	130
INCONTINENCIA URINARIA MIXTA	132
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	134
INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA	136
RIESGO INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA	138
DETERIORO DE LA MOTILIDAD GASTROINTESTINAL	140
RIESGO DE DETERIORO DE LA MOTILIDAD GASTROINTESTINAL	142
DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN INTESTINAL	144
RIESGO DE DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN INTESTINAL	146

ESTREÑIMIENTO CRÓNICO FUNCIONAL	148
RIESGO DE ESTREÑIMIENTO CRÓNICO FUNCIONAL	150
DETERIORO DE LA CONTINENCIA FECAL	152
RIESGO DETERIORO DE LA CONTINENCIA FECAL	154
DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO	156
Dominio 4 Actividad/reposo	158
PATRON DE SUEÑO INEFICAZ	159
RIESGO DE PATRON DE SUEÑO INEFICAZ	161
DISPOSICION PARA MEJORAR EL PATRON DE SUEÑO	163
CONDUCTAS INEFICACES DE HIGIENE DEL SUEÑO	165
RIESGO DE CONDUCTAS INEFICACES DE HIGIENE DEL SUEÑO	167
DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA	169
RIESGO DE DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA	171
DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN CAMA	173
DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN SILLA DE RUEDAS	175
DETERIORO DE LA MOVILIDAD PARA SENTARSE	177
DETERIORO DE LA CAPACIDAD DE BIPEDESTACIÓN	179
DETERIORO DE LA CAPACIDAD DE TRASFERENCIA	181
DETERIORO DE LA CAPACIDAD PARA CAMINAR	183
DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	185
RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	187
CARGA EXCESIVA DE FATIGA	189
DETERIORO DE LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA	191
RIESGO DE DETERIORO DE LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA	193
RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR	195
RIESGO DE TENSION ARTERIAL DESEQUILBRADA	197

RIESGO DE TENSIÓN ARTERIAL DESEQUILIBRADA	199
RIESGO DE DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO	201
RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ	203
PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ	205
RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ	207
PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ	209
DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTANEA	211
DETERIORO DE LA RESPUESTA AL DESTETE VENTILATORIO EN NIÑOS(AS).....	213
DETERIORO DE LA RESPUESTA AL DESTETE VENTILATORIO EN ADULTOS	215
SÍNDROME DE DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO.....	217
RIESGO DE SÍNDROME DE DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO	219
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LAS HABILIDADES DEL AUTOCUIDADO.....	221
DISMINUCIÓN DEL A CAPACIDAD PARA BAÑARSE	223
DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD PARA VESTIRSE.....	225
DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE ALIMENTACIÓN	227
DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE ASEO	229
DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD PARA IR AL BAÑO	231
CONDUCTAS INEFICACES DE HIGIENE BUCAL	233
RIESGO DE CONDUCTAS INEFICACES DE HIGIENE BUCAL.....	235
Dominio 5 Percepción/cognición	237
CONFUSIÓN AGUDA.....	238
RIESGO DE CONFUSIÓN AGUDA	240
CONFUSIÓN CRONICA.....	242
CONTROL DE IMPULSO INEFICAZ.....	244
PROCESOS DE PENSAMIENTO ALTERADOS.....	246
CONOCIMIENTOS DE SALUD INADECUADOS	248

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONOCIMIENTO EN SALUD.....	250
DETERIORO DE LA MEMORIA.....	252
DETERIORO EN LA TOMA DE DECISIONES.....	254
DISPOSICIÓN PARA UNA MEJOR TOMA DE DECISIONES	256
DETERIORO DE LA AUTONOMÍA PARA LA TOMA DE DECISIONES.....	258
RIESGO DE DETERIORO DE LA AUTONOMÍA PARA LA TOMA DE DECISIONES	260
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTONOMÍA PARA LA TOMA DE DECISIONES	262
DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL.....	264
RIESGO DE DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL.....	266
DISPOSICION PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN VERBAL.....	268
Dominio 6 Autopercepción	270
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTO CONCEPTO	271
IDENTIDAD PERSONAL ALTERADA	273
SÍNDROME DE IDENTIDAD FAMILIAR ALTERADA.....	275
RIESGO DE SÍNDROME DE IDENTIDAD FAMILIAR ALTERADA	277
RIESGO DE DETERIORO DE LA DIGNIDAD HUMANA.....	279
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA IDENTIDAD SOCIAL TRANSGENERO	281
AUTOESTIMA INADECUADA CRÓNICA.....	283
RIESGO DE AUTOESTIMA INADECUADO CRÓNICA	285
AUTOESTIMA SITUACIONAL INADECUADO	287
RIESGO DE AUTOESTIMA SITUACIONAL INADECUADO	289
AUTOEFICACIA EN SALUD INADECUADA	291
IMAGEN CORPORAL ALTERADA	293
Dominio 7	295
Rol/ relaciones	¡Error! Marcador no definido.
DETERIORO DE LOS COMPORTAMIENTOS PARENTALES	296

RIESGO DE DETERIORO DE LOS COMPORTAMIENTOS PARENTALES.....	298
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS COMPORTAMIENTOS PARENTALES.....	300
CONFLICTO EXCESIVO DE ROLES PARENTALES	302
PATRONES DE INTERACCIÓN FAMILIAR ALTERADOS.....	304
RIESGO DE PATRONES DE INTERACCIÓN FAMILIAR ALTERADOS	306
DETERIORO DE LOS PROCESOS FAMILIARES.....	308
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS FAMILIARES	310
RIESGO DE CONDUCTAS DE APEGO ALTERADAS	312
DESEMPEÑO DEL ROL INEFICAZ.....	314
RELACIÓN DE PAREJA INEFICAZ	316
RIESGO DE RELACIÓN DE PAREJA INEFICAZ	318
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RELACIÓN DE PAREJA	320
DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL.....	322
PROCESO DE MATERNIDAD INEFICAZ.....	324
RIESGO DE PROCESO DE MATERNIDAD INEFICAZ	326
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL PROCESO DE MATERNIDAD	328
Dominio 8 Sexualidad	330
DETERIORO DE LA FUNCIÓN SEXUAL.....	331
RIESGO DE DETERIORO DE LA DIADA MATERNO FETAL	333
Dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés	335
SÍNDROME POSTRAUMÁTICO.....	336
RIESGO DE SÍNDROME POSTRAUMÁTICO	338
RIESGO DE TRANSICIÓN MIGRATORIA ALTERADA.....	340
AFRONTAMIENTO DESADAPTATIVO.....	342
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO	344
AFRONTAMIENTO FAMILIAR DESADAPTATIVO	346

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	348
AFRONTAMIENTO DE LA COMUNIDAD DESADAPTATIVO	350
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO DE LA COMUNIDAD	352
CARGA DE CUIDADOS EXCESIVA	354
RIESGO DE CARGA DE CUIDADOS EXCESIVA	356
DUELO DESADAPTATIVO	358
RIESGO DE DUELO DESADAPTATIVO	360
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL DUELO	362
DETERIORO DE LA RESILIENCIA	364
RIESGO DEL DETERIORO DE LA RESILIENCIA	366
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RESILIENCIA	368
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA	370
AUTOCOMPASIÓN INADECUADA	372
ANSIEDAD EXCESIVA	374
ANSIEDAD EXCESIVA ANTE LA MUERTE	376
TEMOR EXCESIVO	378
RIESGO DE DISREFLEXIA AUTÓNOMA	380
REGULACIÓN INEFICAZ DE LAS EMOCIONES	382
DETERIORO DE LA REGULACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO	384
SÍNDROME AGUDO DE ABSTINENCIA DE SUSTANCIAS	386
RIESGO DE SÍNDROME AGUDO DE ABSTINENCIA DE SUSTANCIAS	388
Dominio 10 Principios vitales	390
SUFRIMIENTO MORAL	391
DETERIORO DEL BIENESTAR ESPIRITUAL	393
RIESGO DE DETERIORO DEL BIENESTAR ESPIRITUAL	395
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL	397

DETERIORO DE LA RELIGIOSIDAD.....	399
RIESGO DE DETERIORO DE LA RELIGIOSIDAD	401
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RELIGIOSIDAD	403
Dominio 11 Seguridad/protección.....	405
DETERIORO DE LA RESPUESTA INMUNITARIA	406
RIESGO DE INFECCIÓN	408
RIESGO DE INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA.....	410
RIESGO DE LESION FISICA.....	412
RIESGO DE LESIÓN POR QUEMADURA	414
RIESGO DE LESION POR FRIO	416
RIESGO DE LESIÓN CORNEAL	418
RIESGO DE OJO SECO	420
RIESGO DE LESIÓN POSTURAL PERIOPERATORIA	422
LESIÓN POR PRESIÓN EN NEONATOS	424
RIESGO DE LESIÓN POR PRESIÓN EN NEONATOS.....	426
LESIÓN POR PRESIÓN EN NIÑOS(AS)	428
RIESGO DE LESIÓN POR PRESIÓN EN NIÑOS(AS)	430
LESIÓN POR PRESIÓN EN ADULTOS	432
RIESGO DE LESIÓN POR PRESIÓN EN ADULTOS.....	434
RIESGO DE LESIÓN EN EL TRACTO URINARIO	436
DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR.....	438
RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR	440
DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	442
RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	444
DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DEL COMPLEJO PEZÓN - AREOLAR	446
RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DEL COMPLEJO PEZÓN-AREOLAR.....	448

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DE LA MUCOSA ORAL.....	450
RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DE LA MUCOSA ORAL	452
RIESGO DE CAÍDAS EN NIÑOS (AS).....	454
RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS	456
RIESGO DE ASPIRACIÓN	458
LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS.....	460
RIESGO DE ASFIXIA ACCIDENTAL	462
RIESGO DE HEMORRAGIA EXCESIVA.....	464
RIESGO DE SHOCK	466
RIESGO DE TROMBOSIS.....	468
RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA	470
RIESGO DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE	472
RIESGO DE INTENTO DE FUGA	474
RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS.....	476
RIESGO DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.....	478
RIESGO DE CONDUCTA AUTOLESIVA SUICIDA	480
CONDUCTA AUTOLESIVA NO SUICIDA	482
RIESGO DE CONDUCTA AUTOLESIVA NO SUICIDA.....	484
CONTAMINACIÓN	486
RIESGO DE CONTAMINACIÓN	488
RIESGO DE INTOXICACIÓN ACCIDENTAL.....	490
RIESGO DE ENFERMEDAD LABORAL	492
RIESGO DE LESIÓN FÍSICA LABORAL.....	494
RIESGO DE REACCIÓN ALÉRGICA	496
RIESGO DE REACCIÓN ALÉRGICA AL LÁTEX.....	498
TERMORREGULACIÓN INEFICAZ	500

RIESGO DE TERMORREGULACIÓN INEFICAZ.....	502
DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL NEONATAL.....	504
RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL NEONATAL.....	506
DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL.....	508
RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL.....	510
RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL PERIOPERATORIA	512
HIPERTERMIA	514
RIESGO DE HIPERTERMIA.....	516
Dominio 12 Confort	518
DETERIORO DEL CONFORT FÍSICO	519
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT FÍSICO	521
SÍNDROME DE DETERIORO DEL CONFORT AL FINAL DE LA VIDA	523
DOLOR AGUDO.....	525
SÍNDROME DE DOLOR CRÓNICO.....	527
DOLOR CRÓNICO.....	529
DOLOR DE PARTO.....	531
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT SOCIAL	533
CONEXIÓN SOCIAL INADECUADA.....	535
APOYO SOCIAL INADECUADO	537
SOLEDAD EXCESIVA.....	539
RIESGO DE SOLEDAD EXCESIVA	541
DETERIORO DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO.....	543
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR PSICOLÓGICO	545
Dominio 13 Crecimiento /desarrollo	547
RETRASO EN EL CRECIMIENTO INFANTIL	548
RIESGO RETRASO EN EL CRECIMIENTO INFANTIL.....	550

RETRASO EN EL DESARROLLO INFANTIL	552
RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO INFANTIL	554
RETRASO EN EL DESARROLLO MOTOR INFATIL	556
RIESGO RETRASO EN EL DESARROLLO MOTOR INFATIL	558
DETERIORO DE LA ORGANIZACIÓN DEL NEURODESARROLLO INFANTIL.....	560
RIESGO DE DETERIORO DE LA ORGANIZACIÓN DEL NEURODESARROLLO INFANTIL	562
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ORGANIZACIÓN DEL NEURODESARROLLO INFANTIL	564
RESPUESTA INEFICAZ DE SUCCIÓN Y DEGLUCIÓN DEL LACTANTE	566

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

Dominio 1

Promoción a la salud

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DEL COMPROMISO DE ACTIVIDAD RECREATIVA

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 1: Toma de conciencia de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Disminución de la estimulación, interés o participación en actividades recreativas o de esparcimiento.		1	Alteración del estado anímico.	
		2	Aburrimiento.	
		3	Inconforme con la situación	
		4	Siestas frecuentes.	
		5	Mala condición física.	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Actividades disponibles inadecuadas	1	GESTIÓN DEL TIEMPO PERSONAL 1.1 Prioriza las actividades laborales 1.2 Gestiona los compromisos dentro de los plazos establecidos 1.3 Reevalúa las prioridades de compromiso 1.4 Refiere un bajo nivel de estrés	1 Problema presente (comprometido).
2	Motivación inadecuada	2	CONSERVACIÓN DE LA ENERGÍA 2.1 Organiza actividades para conserva la energía 2.2 Equilibra la actividad y el descanso 2.3 Reconoce limitaciones de energía 2.4 Adapta el estilo de vida al nivel de energía	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Inactividad prolongada	3	ESTADO DE SALUD PERSONAL 3.1 Realización de las actividades de la vida diaria 3.2 Salud mental 3.3 Equilibrio del estado de ánimo 3.4 Capacidad para expresar emociones	3 Problema resuelto.
4	Distrés psicológico			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE DIVERSIÓN

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

- Determinar el nivel de ayuda necesario para las actividades de autocuidado o las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Proporcionar técnicas de mejora cognitiva
- Determinar si la capacidad física o cognitiva es estable o está disminuyendo, y responder a los cambios en consecuencia.
- Consultar con el terapeuta ocupacional o el fisioterapeuta para colaborar en las necesidades de autocuidado.
- Ayudar en la preparación de las tareas para que la persona pueda finalizarlas.
- Animar a realizar las actividades normales de la vida diaria a su nivel de capacidad.

INTERVENCIÓN (NIC):

DISTRACCIÓN

- Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento, recordar un suceso positivo, centrarse en una fotografía o un objeto neutro, imaginación dirigida o el humor, o bien ejercicios de respiración profunda.
- Sugerir técnicas coherentes con el nivel de energía y la capacidad según edad, nivel de desarrollo y uso eficaz en el pasado.
- Identificar con el paciente una lista de actividades placenteras (p. ej., ejercicio, salir a pasear, baños de burbujas, hablar a los amigos o familia).
- Individualizar el contenido de la técnica de distracción en función de las técnicas utilizadas con éxito anteriormente y de la edad o el nivel de desarrollo.
- Aconsejar al paciente que practique la técnica de la distracción antes del momento necesario, si fuera posible.
- Fomentar la participación de la familia y los allegados y enseñarles, si resulta oportuno.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA ENERGÍA

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.
- Monitorizar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.
- Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía.
- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.
- Ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía.
- Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades.
- Animar al paciente a elegir actividades que mejoren gradualmente su resistencia.
- Recomendar la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria), coherente con los recursos energéticos del paciente.
- Instruir al paciente y/o a los allegados a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad.
- Instruir al paciente y/o a los allegados sobre el estrés e intervenciones de afrontamiento para disminuir la fatiga

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DISMINUCIÓN DEL COMPROMISO DE ACTIVIDAD RECREATIVA

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 1: Toma de conciencia de la salud

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
	1		
Susceptible de reducir la estimulación, el interés o la participación en actividades recreativas de ocio.	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 El entorno actual no permite comprometerse en actividades	1 ESTADO DE SALUD DE LA COMUNIDAD	1.1 Prevalencia de programas de protección de la salud 1.2 Niveles de contaminación atmosférica 1.3 Estadísticas sobre delincuencia 1.4 Se definen normas sanitarias comunitarias para la medición y evaluación de la salud	1 Problema presente (comprometido).
2 Actividades disponibles inadecuadas	2 BIENESTAR PERSONAL	2.1 Realización de las actividades de la vida Diaria 2.2 Salud física 2.3 Capacidad para controlar las actividades 2.4 Logros personales	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Motivación inadecuada	3 MOTIVACIÓN	3.1 Evalúa la necesidad de un cambio de conducta 3.2 Inicia por propia iniciativa una conducta dirigida a un objetivo 3.3 Busca nuevas experiencias para mejorar la salud 3.4 Expresa que la ejecución de la acción conducirá al resultado deseado	3 Problema resuelto.
4 Malestar físico desatendido			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DISMINUCIÓN DEL COMPROMISO DE ACTIVIDAD RECREATIVA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL: COMUNIDAD

- Iniciar la detección de factores de riesgo ambientales.
- Participar en equipos multidisciplinarios para identificar las amenazas a la seguridad de la comunidad.
- Fomentar las relaciones dentro de la comunidad en relación con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
- Animar a los vecinos a que se conviertan en participantes activos en la seguridad comunitaria.
- Coordinar servicios para los grupos y comunidades de riesgo.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENTRENAMIENTO EN SALUD

- Respetar al individuo como el administrador de su propia salud y bienestar.
- Escuchar atentamente y validar que ha entendido el relato del individuo.
- Revisar todos los aspectos de la vida del individuo en relación con la mejora de la salud.
- Derivar al individuo a otros profesionales y servicios, según corresponda.
- Ayudar al individuo a disponerse para el cambio (p. ej., premeditación, meditación, preparación, acción, mantenimiento).
- Ayudar al individuo a identificar estrategias para alcanzar sus metas.
- Crear con el individuo un plan de acción con pasos claramente definidos y con los resultados esperados.
- Reforzar las fortalezas individuales y los recursos para la dirección y la acción elegidas.
- Documentar el progreso y el logro de los objetivos del entrenamiento.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA AUTOESTIMA

- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, según corresponda.
- Explorar los logros de éxitos anteriores.
- Animar al paciente a evaluar su propia conducta.
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.
- Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.
- Ayudar al paciente a identificar efectos importantes de su cultura, religión, raza, sexo y edad en la autoestima.
- Monitorizar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos.
- Monitorizar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda.
- Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS EXCESIVOS**

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 1: Toma de conciencia de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS				
Patrón de actividad insatisfactorio durante las horas de vigilancia que tiene un gasto energético bajo.		1	La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad			
		2	No se ejercita durante el tiempo libre			
		3	Realiza la mayoría de las tareas en posición sedente			
		4	Prefiere poca actividad física			
		5	Inactividad prolongada			
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN		
1	Interés inadecuado en la actividad física	1	EQUILIBRIO EN EL ESTILO DE VIDA	1	Problema presente (comprometido).	
			1.1			Reconoce la necesidad de equilibrar las actividades de la vida
			1.2			Busca información acerca de las estrategias para equilibrar las actividades de la vida
			1.3			Utiliza la gestión del tiempo en la rutina diaria
			1.4	Organiza el tiempo y la energía para alcanzar sus objetivos personales		
2	Conocimiento inadecuado de las consecuencias del sedentarismo	2	SOPORTE SOCIAL	2	Problema parcialmente resuelto.	
			2.1			Disposición a pedir ayuda a otras personas
			2.2			Personas físicamente capaces de ayudarlo
			2.3			Otras personas le brindan apoyo emocional
			2.4	Otras personas lo pueden ayudar en caso necesario		
3	Motivación inadecuada para la actividad física	3	MOTIVACIÓN	3	Problema resuelto.	
			3.1			Evalúa la necesidad de un cambio de conducta
			3.2			Obtiene el apoyo necesario
			3.3			Inicia por propia iniciativa una conducta dirigida a un objetivo 1
			3.4	Expresa que la ejecución de la acción conducirá al resultado deseado		
4	Apoyo social inadecuado					

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS EXCESIVOS

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: EJERCICIO PRESCRITO

- Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito.
- Ayudar al paciente a marcarse objetivos para un aumento lento y constante del ejercicio.
- Enseñar al paciente a realizar el ejercicio prescrito.
- Enseñar al paciente a llevar un diario de ejercicios, si resulta posible.
- Enseñar al paciente una postura y mecánica corporal correctas, según corresponda.
- Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria.
- Ayudar al paciente a alternar correctamente los períodos de descanso y actividad.
- Incluir a la familia, si resulta apropiado.
- Proporcionar información acerca de los recursos/grupos de apoyo comunitarios para aumentar el cumplimiento del paciente con el ejercicio, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DEL EJERCICIO

- Evaluar las creencias y deseos de salud sobre el ejercicio físico.
- Determinar la motivación para empezar o continuar con el programa de ejercicios.
- Explorar los obstáculos para el ejercicio.
- Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca del ejercicio o la necesidad de este.
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- Ayudar a integrar el programa de ejercicios en la rutina semanal.
- Realizar los ejercicios con la persona, según corresponda.
- Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
- Informar acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Proporcionar una respuesta positiva.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO

- Valorar las razones del paciente para desear cambiar.
- Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada.
- Ayudar al paciente a identificar los efectos de las conductas diana sobre sus entornos social y ambiental.
- Valorar el ambiente social y físico del paciente para determinar el grado de apoyo de las conductas deseadas.
- Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta.
- Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.
- Animar al paciente a elegir un refuerzo/recompensa que sea lo suficientemente significativa como para mantener la conducta.
- Ayudar al paciente a formular un plan sistemático del cambio de conducta.
- Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños.
- Animar al paciente a emparejar una conducta deseada con un estímulo o señal existente (realizar ejercicio después de trabajar cada día).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS EXCESIVOS

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 1: Toma de conciencia de la salud

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Susceptible de un patrón de actividad insatisfactorio durante las horas de vigilia que tiene un bajo gasto energético	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1 Dificultad para adaptar áreas para la actividad física	1 CONTROL DEL RIESGO EN LA COMUNIDAD: OBESIDAD	1.1	Provisión de programas de educación comunitaria sobre prevención de la obesidad	1 Problema presente (comprometido).
		1.2	Tasas de participación en los programas infantiles para fomentar la actividad física	
		1.3	Educación de los padres sobre la importancia de la actividad física	
		1.4	Acceso a instalaciones recreativas	
2 Conocimiento inadecuado de las consecuencias del sedentarismo	2 CONOCIMIENTO: ESTILO DE VIDA SALUDABLE	2.1	Estrategias para mantener una dieta saludable	2 Problema parcialmente resuelto.
		2.2	Beneficios del ejercicio regular	
		2.3	Importancia de la actividad física	
		2.4	Barreras para mantener conductas saludables	
3 Habilidades inadecuadas de gestión del tiempo	3 ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD FÍSICA	3.1	Identifica un plan para realizar las actividades de la vida diaria	3 Problema resuelto.
		3.2	Utiliza estrategias de autocuidado	
		3.3	Identifica el riesgo de complicaciones asociadas a la discapacidad	
4 Discapacidad física percibida		3.4	Refiere disminución de la imagen corporal negativa	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS EXCESIVOS

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Identificar los factores internos y externos individuales, grupales o comunitarios que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Determinar el tipo y el enfoque del programa de educación sanitaria (p. ej., salud física, salud social, salud emocional y mental, salud espiritual).
- Determinar el conocimiento de salud actual y las conductas del estilo de vida.
- Utilizar estrategias para motivar el cambio de conductas de salud o estilo de vida en la gente.
- Incorporar estrategias para enfrentarse a conductas no saludables o que entrañen riesgos.
- Fomentar las actividades de grupo para proporcionar apoyo y aliviar las inseguridades.
- Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de la salud.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA AUTOCONCIENCIA

- Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo.
- Compartir observaciones o pensamientos sobre la conducta o la respuesta del paciente.
- Facilitar la identificación por parte del paciente de sus formas de respuestas habituales a diversas situaciones.
- Ayudar al paciente a identificar las prioridades en la vida.
- Ayudar al paciente a identificar el efecto de la enfermedad sobre el Autoconcepto.
- Manifestar verbalmente la negación de la realidad por parte del paciente, según corresponda.
- Ayudar al paciente a cambiar su visión de sí mismo como víctima mediante la definición de sus propios derechos, según proceda.
- Explorar con el paciente la necesidad de control.
- Ayudar al paciente a identificar los atributos positivos de sí mismo.
- Ayudar al paciente/familia a identificar razones para mejorar.

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO

- Elegir un lugar tranquilo y cómodo.
- Preparar un ambiente tranquilo.
- Identificar cualquier déficit que pueda limitar la participación en actividades recreativas (p. ej., movilidad, cognitivas, económicas).
- Ayudar al paciente a identificar actividades recreativas que tengan sentido para él (p. ej., deportes, teatro, juegos, artes y manualidades).
- Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.
- Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas.
- Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.
- Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa.
- Establecer nuevas actividades recreativas adecuadas a la edad y la capacidad del paciente.
- Proporcionar un refuerzo positivo a la participación en las actividades.
- Monitorizar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **DESEQUILIBRIO DEL CAMPO ENERGÉTICO**

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 1: Toma de conciencia de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Interrupción en el flujo vital de energía humana, que normalmente es un todo continuo y es único, dinámico, creativo y no lineal.		1	Déficit de energía del flujo energético	
		2	Sentirse inadaptado	
		3	Sentirse desmotivado	
		4	Patrones de flujo de energía fuertes	
		5	Ritmos desincronizados en el campo energético	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Ansiedad	1 NIVEL DE ANSIEDAD	1.1 Angustia 1.2 Sentimiento de inutilidad 1.3 Falta de confianza en sí mismo 1.4 Desinterés por la vida	1 Problema presente (comprometido).
2	Estrés excesivo	2 NIVEL DE ESTRÉS	2.1 Inquietud 2.2 Interrupción de los procesos del pensamiento 2.3 Menor atención a los detalles 2.4 Pensamientos opresivos	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Malestar físico desatendido			
4	Disconfort psicológico desatendido	3 ENERGÍA PSICOMOTORA	3.1 Muestra un afecto apropiado a la situación 3.2 Muestra interés por el entorno 3.3 Muestra un nivel de energía estable 3.4 Realiza las tareas diarias	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DESEQUILIBRIO DEL CAMPO ENERGÉTICO

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA ENERGÍA

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.
- Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.
- Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognitiva y la automonitorización/regulación de la actividad.
- Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía.
- Ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía.
- Ayudar al paciente/allegado a establecer metas realistas de actividades.
- Planificar las actividades para los períodos en los que el paciente tiene más energía.
- Recomendar la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria), coherente con los recursos energéticos del paciente.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO

- Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos.
- Valorar las razones del paciente para desear cambiar.
- Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada.
- Ayudar al paciente a identificar las etapas del cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación.
- Valorar el ambiente social y físico del paciente para determinar el grado de apoyo de las conductas deseadas.
- Ayudar al paciente a identificar la frecuencia con la que se producen las conductas específicas.
- Animar al paciente a elegir un refuerzo/recompensa que sea lo suficientemente significativa como para mantener la conducta.
- Instruir al paciente en el uso de la «restricción o limitación de señales»: disminuyendo la frecuencia de las señales que inducen una conducta indeseada.
- Animar al paciente a continuar emparejando la conducta deseada con los estímulos existentes hasta que se convierta en algo habitual o automático.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA AUTOCONCIENCIA

- Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.
- Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo.
- Compartir observaciones o pensamientos sobre la conducta o la respuesta del paciente.
- Facilitar la identificación por parte del paciente de sus formas de respuesta habituales a diversas situaciones.
- Ayudar al paciente a identificar las prioridades en la vida.
- Hacer observaciones sobre el estado emocional actual del paciente.
- Ayudar al paciente a ser consciente de sus autoafirmaciones negativas.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten su ansiedad.
- Explorar con el paciente la necesidad de control.
- Ayudar al paciente a identificar los atributos positivos de sí mismo.
- Ayudar al paciente/familia a identificar razones para mejorar.
- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOGESTIÓN DE LA SALUD INEFICAZ

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Manejo insatisfactorio de los síntomas, el régimen de tratamiento y los cambios en el estilo de vida asociados a vivir con una enfermedad crónica.		1	Insatisfacción con la calidad de vida	
		2	Exacerbación de los signos de la enfermedad	
		3	No asistir a las citas con el proveedor de atención de salud	
		4	Fracaso para emprender acciones para reducir los factores de riesgo	
		5	Elecciones ineficaces en su vida diaria para alcanzar objetivos de salud	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Conflicto entre conductas de salud y normas sociales	1	CONDUCTA DE ALFABETIZACIÓN SOBRE LA SALUD 1.1 Identifica las necesidades de salud personales 1.2 Evalúa la información relevante para la salud personal 1.3 Identifica las preferencias personales en materia de atención sanitaria 1.4 Identifica a los proveedores de servicios sanitarios	1 Problema Presente (comprometido).
2	Disminución de la calidad de vida	2	CREENCIAS SOBRE LA SALUD 2.1 Percepción de la importancia de actuar 2.2 Percepción de control sobre el resultado sobre la salud 2.3 Percepción de una mejora del estilo de vida por realizar una acción 2.4 Percepción de confianza en las fuentes de información	2 Problema Parcialmente Resuelto.
3	Dificultad con la complejidad del sistema de salud	3	SATISFACCIÓN DEL PACIENTE/USUARIO: ACCESO A LOS RECURSOS SANITARIOS 3.1 Accesibilidad a los servicios 3.2 Ayuda para acceder a los médicos 3.3 Adaptación a la evolución de las necesidades 3.4	3 Problema Resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOGESTIÓN DE LA SALUD INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD

- Considerar responsable al paciente de su propia conducta.
- Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.
- Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.
- Ayudar a los pacientes a identificar las áreas en las que podrían fácilmente asumir más responsabilidad.
- Facilitar al paciente y a su familia la toma de decisiones con respecto a su cuidado, según sea apropiado.
- Asegurar que los pacientes y los miembros de la familia tengan los recursos apropiados para asumir más responsabilidad.
- Discutir las consecuencias de no asumir las propias responsabilidades.
- Brindar oportunidades para la autoevaluación y la autorreflexión.
- Fomentar el reconocer las malas conductas, según corresponda.
- Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible. • Ayudar a los padres a identificar las tareas propias de la edad de las que debe responsabilizarse el niño, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENTRENAMIENTO EN SALUD

- Establecer una relación que promueva la confianza y la intimidad.
- Respetar al individuo como el administrador de su propia salud y bienestar.
- Revisar todos los aspectos de la vida del individuo en relación con la mejora de la salud.
- Derivar al individuo a otros profesionales y servicios, según corresponda.
- Ayudar al individuo a tener en cuenta sus fortalezas personales, recursos y obstáculos para el cambio.
- Involucrar al individuo en la formulación de metas que sean específicas, medibles, realistas y de duración determinada.
- Crear con el individuo un plan de acción con pasos claramente definidos y con los resultados esperados.
- Proporcionar apoyo para nuevas ideas, comportamientos y acciones que involucren asumir riesgos o el miedo al fracaso.
- Apoyar la autonomía reconociendo que el individuo es el actor principal del progreso y el éxito. • Documentar el progreso y el logro de los objetivos del entrenamiento.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

- Determinar el nivel de ayuda necesario para las actividades de autocuidado o las actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., ir de compras, cocinar, tareas domésticas, lavandería, uso del transporte, manejo del dinero, manejo de la medicación, uso de la comunicación, uso del tiempo).
- Tener en cuenta la cultura y la edad a la hora de favorecer las actividades de autocuidado.
- Proporcionar técnicas de mejora cognitiva (p. ej., calendarios actualizados, listas claramente legibles y comprensibles para los horarios de medicación, relojes fáciles de ver).
- Establecer una rutina para las actividades de autocuidado y ayudar con las actividades, según sea necesario.
- Monitorizar la capacidad de autocuidado independiente.
- Proporcionar métodos de contacto para obtener apoyo y asistencia (p. ej., línea telefónica de ayuda, lista de números no urgentes de policía, bomberos, control de intoxicaciones, compañías de servicios públicos).
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE AUTOGESTIÓN DE LA SALUD INEFICAZ

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de manejar de forma insatisfactoria los síntomas, el régimen de tratamiento y los cambios en el estilo de vida asociados a vivir con una enfermedad crónica.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Preferencias competitivas de estilo de vida	1 CONOCIMIENTO: ESTILO DE VIDA SALUDABLE	1.1 Estrategias para mantener una dieta saludable 1.2 Importancia de la actividad física 1.3 Factores personales que afectan a las conductas de salud 1.4 Estrategias para prevenir enfermedades	1 Problema presente (comprometido).
2	Conflicto entre conductas de salud y normas sociales	2 CREENCIAS SOBRE LA SALUD: CAPACIDAD PERCIBIDA PARA ACTUAR	2.1 Percepción de que la conducta de salud requiere un esfuerzo razonable 2.2 Percepción del impacto positivo de la conducta de salud sobre el estilo de vida 2.3 Percepción de la probabilidad de llevar a cabo una conducta de salud en el futuro 2.4 Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta de salud	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Compromiso inadecuado con un plan de acción	3 CONDUCTA DE COMPROMISO DEL PACIENTE	3.1 Evalúa los factores personales de riesgo para la salud 3.2 Identifica los factores que influyen en la salud 163804 3.3 Sigue un estilo de vida saludable 163805	3 Problema resuelto.
4	Desconocimiento de la gravedad de su condición		3.4 Busca ayuda profesional cuando la necesita	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE AUTOGESTIÓN DE LA SALUD INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD

- Evaluar el nivel actual de conocimientos relacionados con el proceso específico de la enfermedad.
- Describir los signos y síntomas habituales de la enfermedad, según proceda.
- Describir el proceso de la enfermedad, según proceda.
- Proporcionar información sobre la enfermedad, según proceda.
- Identificar los cambios en el estado físico de la persona.
- Evitar las palabras tranquilizadoras vacías.
- Proporcionar información real sobre el pronóstico y la afección, según proceda.
- Proporcionar a la familia y a otros allegados información sobre la evolución, según proceda.
- Discutir los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para prevenir futuras complicaciones o controlar el proceso de la enfermedad.
- Describir las posibles complicaciones crónicas, según proceda.
- Fomentar el automanejo y los cambios de conducta para mejorar los síntomas de la enfermedad y los resultados de salud.
- Instruir sobre los signos y síntomas que se deben comunicar al profesional sanitario, según proceda.

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Identificar los grupos de riesgo y rangos de edad que se benefician más de la educación sanitaria.
- Determinar las necesidades identificadas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, Personas Saludables 2030: Objetivos Nacionales de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, u otras necesidades locales, autonómicas y nacionales.
- Determinar el conocimiento de salud actual y las conductas del estilo de vida.
- Identificar los antecedentes étnicos y culturales, el apoyo familiar y comunitario, el entorno social, el alojamiento, la religión, las creencias espirituales y los factores relacionados con el estilo de vida.
- Utilizar estrategias para motivar el cambio de conductas de salud o estilo de vida en la gente.
- Incorporar estrategias para enfrentarse a conductas no saludables o que entrañen riesgos.
- Fomentar las actividades de grupo para proporcionar apoyo y aliviar las inseguridades.
- Determinar el apoyo de la familia, compañeros y comunidad a las conductas que induzcan la salud.

INTERVENCIÓN (NIC):

MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

- Determinar la motivación para un cambio de conducta.
- Identificar el problema en términos de conducta.
- Identificar la conducta que ha de cambiarse (conducta diana) en términos específicos, concretos.
- Establecer objetivos de conducta por escrito.
- Desarrollar un programa de cambio de conducta.
- Establecer un suceso guía de la conducta antes de iniciar el cambio.
- Presentar a personas y grupos que hayan superado con éxito la misma experiencia.
- Animar a que examine su propia conducta.
- Ayudar a identificar incluso los pequeños éxitos logrados.
- Animar al paciente a participar en el seguimiento y el registro de las conductas.
- Facilitar la implicación de otros profesionales sanitarios en el proceso de modificación, según corresponda.
- Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, según corresponda.
- Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo (contacto telefónico o personal).
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	
Patrón de manejo de los síntomas, régimen de tratamiento, consecuencias y cambios en el estilo de vida asociados a vivir con una enfermedad crónica, que pueda fortalecerse.		1	Deseos de mejorar la aceptación de la condición
		2	Deseos de mejorar las elecciones de la vida diaria para satisfacer los objetivos de la salud
		3	Deseos de mejorar el compromiso con la atención de seguimiento
		4	Deseos de mejorar el manejo de los factores de riesgo
		5	Deseos de mejorar la satisfacción con su calidad de vida
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1 CONDUCTA COMPROMISO PACIENTE DE DEL	1.1 Evalúa los factores personales de riesgo para la salud 1.2 Identifica los factores que influyen en la salud 1.3 Sigue un estilo de vida saludable 1.4 Comparte estrategias para cumplir las prioridades personales en materia de salud	1 Problema presente (comprometido).
2	2 CONDUCTA ADHERENCIA DE	2.1 Busca información relacionada con la salud a partir de diversas fuentes 2.2 Valora los riesgos/beneficios de la conducta de salud 2.3 Utiliza estrategias para optimizar la salud 2.4 Realiza automonitorización del estado de salud	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3 CONTROL RIESGOS DE	3.1 Identifica los factores de riesgo 3.2 Reconoce la capacidad de cambiar la conducta 3.3 Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas 3.4 Utiliza los servicios sanitarios congruentes con sus necesidades	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO

- Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos.
- Valorar las razones del paciente para desear cambiar.
- Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica.
- Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada.
- Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta.
- Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.
- Ayudar al paciente a formular un plan sistemático del cambio de conducta.
- Animar al paciente a emparejar una conducta deseada con un estímulo o señal existente (realizar ejercicio después de trabajar cada día).
- Animar al paciente a continuar emparejando la conducta deseada con los estímulos existentes hasta que se convierta en algo habitual o automático.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD

- Evaluar el nivel actual de conocimientos relacionados con el proceso específico de la enfermedad.
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, al nivel de comprensión de la persona.
- Describir los signos y síntomas habituales de la enfermedad, según proceda.
- Explicar lo que ya se ha hecho para tratar los síntomas.
- Describir el proceso de la enfermedad, según proceda.
- Identificar los cambios en el estado físico de la persona.
- Discutir los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para prevenir futuras complicaciones o controlar el proceso de la enfermedad.
- Describir las posibles complicaciones crónicas, según proceda.
- Fomentar el automanejo y los cambios de conducta para mejorar los síntomas de la enfermedad y los resultados de salud. • Instruir sobre medidas para controlar o minimizar los síntomas, según proceda.
- Instruir sobre los signos y síntomas que se deben comunicar al profesional sanitario, según proceda.

INTERVENCIÓN (NIC):

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

- Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.
- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Determinar los recursos comunitarios adecuados para cubrir las necesidades vitales y de salud básicas.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
- Considerar criterios útiles para priorizar áreas de reducción del riesgo (p. ej., nivel de concienciación y motivación, efectividad, coste, viabilidad, preferencias, equidad, estigmatización y severidad de los resultados si los riesgos continúan sin abordarse).
- Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.
- Ejecutar las actividades de reducción del riesgo.
- Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción del riesgo.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **GESTIÓN DE LA SALUD FAMILIAR INEFICAZ**

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	
Manejo insatisfactorio de los síntomas, del régimen de tratamiento y de los cambios en el estilo de vida que resulta insatisfactorio para alcanzar los objetivos de salud específicos de la unidad familiar		1	Disminución de la atención a la enfermedad en uno o más miembros de la familia.
		2	Síntomas depresivos del cuidador(a).
		3	Fracaso al tomar medidas para reducir el factor de riesgo en uno o más miembros de la familia.
		4	Opciones ineficaces en la vida diaria para alcanzar el objetivo de salud de la unidad familiar.
		5	Uno o más miembros de la familia informan estar insatisfechos con la calidad de vida
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Demandas competitivas en la unidad familiar	1 AFRONTAMIENTO FAMILIAR	1.1 Permite a los miembros flexibilidad en los roles 1.2 Gestiona los problemas familiares 1.3 Utiliza estrategias para manejar los conflictos familiares 1.4 Comparte la responsabilidad de las tareas familiares	1 Problema presente (comprometido).
2 Dificultad para lidiar con los cambios de rol asociados con la afección	2 ESTADO DE SALUD DE LA FAMILIA	2.1 Salud mental de los miembros 2.2 Desarrollo psicosocial de los miembros 2.3 Recursos sanitarios adecuados 2.4 Recursos de servicios sociales adecuados	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Conflicto familiar			
4 Inadecuada alfabetización en salud del cuidador(a)	3 BIENESTAR CUIDADOR DEL	3.1 Satisfacción con la salud emocional 3.2 Satisfacción con la realización de los roles habituales 3.3 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados 3.4 Satisfacción con el rol del cuidador	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

GESTIÓN DE LA SALUD FAMILIAR INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO A LA FAMILIA

- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.
- Crear un ambiente terapéutico de apoyo para la familia.
- Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
- Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.
- Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.
- Facilitar la expresión de preocupaciones y sentimientos entre el paciente y su familia o entre los miembros de la familia.
- Ayudar a la familia a priorizar las necesidades de salud dentro de esta.
- Proporcionar ayuda para cubrir las necesidades básicas de la familia, como techo, comida y vestimenta.
- Proporcionar oportunidades para que la familia aplique estrategias de afrontamiento que puedan funcionar en la situación actual.
- Respetar y apoyar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia.
- Proporcionar retroalimentación a la familia respecto a sus estrategias de afrontamiento.
- Asesorar a los miembros de la familia sobre las técnicas de afrontamiento adicionales eficaces para su uso propio.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO AL CUIDADOR

- Determinar la aceptación del rol de cuidador.
- Determinar la cantidad de ayuda necesaria.
- Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- Monitorizar las interacciones en relación con los cuidados.
- Ofrecerse a prestar cuidados durante períodos cortos si experimenta dificultades o aumento del estrés.

INTERVENCIÓN (NIC):

FACILITACIÓN DE LA PRESENCIA DE LA FAMILIA

- Utilizar un abordaje de toma de decisiones compartida para comunicar los riesgos y beneficios en los casos en los que la familia pueda estar físicamente presente.
- Informar a los familiares de que deben avisar si se sienten débiles o enfermos.
- Informar a la familia de las expectativas y límites de conducta.
- Asegurarse de que los familiares no queden desatendidos.
- Determinar las necesidades de apoyo emocional, físico, psicosocial y espiritual de la persona y de la familia, y tomar las medidas oportunas para satisfacer dichas necesidades, según precise.
- Determinar la carga psicológica del pronóstico para la familia.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE GESTIÓN DE LA SALUD FAMILIAR INEFICAZ

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de un manejo insatisfactorio de los síntomas, régimen de tratamiento y cambios en el estilo de vida, que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos de salud específicos de la unidad familiar.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Conflicto entre conductas de salud y normas sociales	1	RESILIENCIA FAMILIAR 1.1 Propone soluciones prácticas y constructivas a las disputas 1.2 Se adapta a las adversidades como retos 1.3 Apoya a los miembros 1.4 Busca apoyo emocional en la familia extensa	1 Problema presente (comprometido).
2	Apoyo social inadecuado	2	APOYO DE LA RED SOCIAL FAMILIAR 2.1 Habilidades positivas de interacción social de los miembros con los demás 2.2 Personas que se preocupan por los miembros de la familia 2.3 Los miembros aceptan los consejos de los demás 2.4 Apoyo emocional de la familia extensa	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Estigma social percibido asociado con la enfermedad	3	FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA 3.1 Los miembros se comunican eficazmente con otros miembros 3.2 Proporciona cuidados a los miembros adultos dependientes 3.3 Distribuye las responsabilidades entre los miembros 3.4 Desarrolla el sentido de la responsabilidad compartida	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE GESTIÓN DE LA SALUD FAMILIAR INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DE LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Identificar las preferencias de los miembros de la familia para implicarse con el paciente.
- Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente.
- Anticipar e identificar las necesidades de la familia.
- Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluidos los resultados esperados y la implantación del plan de cuidados.
- Animar a los miembros de la familia y al paciente a ser asertivos en sus relaciones con los profesionales sanitarios.
- Observar la estructura familiar y sus roles.
- Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
- Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.
- Reconocer y respetar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia.
- Animar a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares, según cada caso.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR

- Escuchar a los miembros de la familia.
- Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.
- Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación.
- Ayudar a la familia a resolver los sentimientos irrealistas de culpa o responsabilidad, si está justificado.
- Identificar las prioridades opuestas entre los miembros de la familia.
- Ayudar a la familia en la resolución de conflictos.
- Asesorar a los miembros de la familia sobre habilidades de afrontamiento adicionales eficaces para su propio uso.
- Respetar la intimidad de los miembros individuales de la familia.
- Proporcionar intimidad a la familia.
- Facilitar la armonía dentro de/entre la familia.
- Colaborar con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones.
- Establecer los cuidados del paciente por parte de los miembros de la familia, si resulta adecuado.
- Facilitar las visitas familiares.
- Remitir a la familia a grupos de apoyo de otras familias que experimenten problemas similares

INTERVENCIÓN (NIC):

MANTENIMIENTO DE PROCESOS FAMILIARES

- Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares.
- Animar a establecer un contacto continuado con los familiares, según corresponda.
- Facilitar la flexibilidad de las visitas para satisfacer las necesidades de los miembros de la familia y el paciente.
- Comentar las estrategias de normalización de la vida familiar con la familia.
- Ayudar a los miembros de la familia a poner en práctica estrategias de normalización de su situación.
- Ayudar a los miembros de la familia a utilizar los mecanismos de apoyo existentes.
- Minimizar la ruptura de la rutina familiar facilitando hábitos y rituales familiares, tales como comidas privadas juntaos o debates familiares para la comunicación y la toma de decisiones.
- Identificar las necesidades de cuidado del paciente en casa y la incorporación de estos cuidados en el ambiente familiar y en su estilo de vida.
- Enseñar a la familia técnicas de gestión del tiempo y de organización al realizar los cuidados del paciente en casa.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

GESTIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA INEFICAZ

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN	
Manejo insatisfactorio de problemas de salud o factores que impiden el bienestar o aumentan el riesgo de problemas de salud que experimentan una población.	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	
1	Problemas de salud de la población
2	Programas no disponibles para eliminar problemas de salud de un grupo o población
3	Riesgo de manifestaciones fisiológicas para un grupo o población
4	Programas no disponibles para reducir problemas de salud de un grupo o población
5	Riesgo de manifestaciones psicológicas para un grupo o población
FACTORES RELACIONADOS	
1	Acceso inadecuado al personal sanitario
2	Apoyo inadecuado de la comunidad a los programas
3	Recursos inadecuados de salud
4	Los programas abordan de manera incompleta los problemas de salud

RESULTADOS (NOC)		INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN	
1	ESTADO DE SALUD DE LA COMUNIDAD	1.1	Estado de salud de poblaciones desfavorecidas	1	Problema presente (comprometido).
		1.2	Tasas de participación del público o de los miembros en los servicios sanitarios preventivos		
		1.3	Prevalencia de programas de promoción de la salud		
		1.4	Porcentaje de personas con una cobertura médica adecuada		
2	EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA COMUNITARIO	2.1	Valoración de la necesidad del programa	2	Problema parcialmente resuelto.
		2.2	Objetivos del programa congruentes con la valoración de la comunidad		
		2.3	Congruencia del contenido con los objetivos del programa		
		2.4	Objetivos del programa apoyados por los datos		
3	CONTROL DEL RIESGO EN LA COMUNIDAD: ENFERMEDAD TRANSMISIBLE	3.1	Disponibilidad de servicios de tratamiento para las personas infectadas	3	Problema resuelto.
		3.2	Promoción de la vacunación en toda la comunidad		
		3.3	Acceso a los servicios sanitarios		
		3.4	Ejecución de programas de control de infecciones		

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

GESTIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

DEFENSA DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD

- Definir los objetivos de apoyo y la comunidad específica a la que se va a prestar asistencia.
- Ayudar a los miembros de la comunidad a desenvolverse en el sistema de salud (p. ej., para acceder a atención gratuita o de bajo costo, para resolver problemas de facturación, para entender los derechos de los pacientes).
- Colaborar con los trabajadores de salud no profesionales y líderes comunitarios para identificar las necesidades y proporcionar servicios.
- Participar en campañas en los medios de comunicación para aumentar la concienciación pública.
- Asistir y hablar en foros públicos sobre el efecto positivo de los servicios, proyectos y legislación propuestos para el cuidado de la salud.
- Proporcionar información y formación apropiada sobre el cuidado de la salud al público y a los legisladores.
- Identificar los obstáculos que impiden el éxito y poner en marcha estrategias para reducir las barreras.

INTERVENCIÓN (NIC):

DESARROLLO DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD

- Identificar los problemas de salud, los puntos fuertes y las prioridades con los miembros de la comunidad.
- Ayudar a concienciar sobre los problemas y las preocupaciones en materia de salud.
- Dialogar con la comunidad para aclarar las prioridades en materia de salud.
- Desarrollar iniciativas estratégicas en colaboración con los miembros de la comunidad.
- Mejorar las redes de apoyo de la comunidad.
- Garantizar que los miembros de la comunidad mantengan el control de la toma de decisiones.
- Fomentar el compromiso con la comunidad demostrando cómo la participación influirá en la vida de las personas y mejorará los resultados.
- Desarrollar mecanismos para participar en actividades locales, autonómicas y nacionales relacionadas con los problemas de salud de la comunidad.
- Facilitar el acceso a centros de salud comunitarios que ofrezcan asistencia sanitaria gratuita o de bajo coste.
- Ofrecer programas educativos relacionados con las necesidades sanitarias de la comunidad.

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA: COMUNIDAD

- Identificar el propósito, el procedimiento y los mecanismos de comunicación para los sistemas necesarios y voluntarios de notificación de los datos sanitarios.
- Centrar la vigilancia en las necesidades de la comunidad identificadas por los organismos locales y los profesionales sanitarios (es decir, valoración de las necesidades sanitarias de la comunidad).
- Recoger datos que se deban notificar relacionados con situaciones sanitarias como, por ejemplo, enfermedades y lesiones.
- Enseñar la importancia del seguimiento del tratamiento de enfermedades contagiosas.
- Participar en el desarrollo de programas (p. ej., enseñanza, elaboración de políticas, grupos de presión), según estén asociados con la recogida y la notificación de datos de la comunidad.
- Proporcionar formación periódica, supervisión e incentivos para promover la sostenibilidad.
- Reforzar la vigilancia comunitaria para la sostenibilidad.
- Establecer mecanismos de retroalimentación y comunicación con la comunidad.
- Proporcionar informes periódicos sobre los beneficios observables para la comunidad.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE GESTIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA INEFICAZ

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de un manejo insatisfactorio de los problemas de salud o de los factores que disuaden del bienestar o aumentan el riesgo de problemas de salud experimentados por una población		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Acceso inadecuado al personal sanitario	ESTADO DE SALUD DE LA COMUNIDAD	1.1 Tasas de participación del público o de los miembros en los servicios sanitarios preventivos	Problema presente (comprometido).
			1.2 Evidencia de las medidas de protección de la salud	
			1.3 Implantación de sistemas de datos de vigilancia sanitaria	
			1.4 Se definen normas sanitarias comunitarias para la medición y evaluación de la salud	
2	Recursos inadecuados de salud	RESILIENCIA DE LA COMUNIDAD	2.1 Plan de valoración de la comunidad	Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Disponibilidad de servicios de atención sanitaria	
			2.3 Discusión comunitaria sobre el impacto de los cambios en la salud	
			2.4	
3	Presupuesto inadecuado del programa	PREPARACIÓN PARA UNA CATÁSTROFE EN LA COMUNIDAD	3.1 Sistema de vigilancia de salud pública sobre enfermedades	Problema resuelto.
			3.2 Plan de vacunación masiva	
			3.3 Plan actual para la asignación de recursos por escrito	
			3.4 Plan para proteger la salud y la seguridad del personal de respuesta	
4	Los programas abordan de manera incompleta los problemas de salud			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE GESTIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):	INTERVENCIÓN (NIC):	INTERVENCIÓN (NIC):
GESTIÓN DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS	FAVORECIMIENTO DE LA RESILIENCIA: COMUNIDAD	SEGUIMIENTO DE LA POLÍTICA SANITARIA
- Desarrollar un análisis de costes-beneficios de los programas y de los servicios. - Solicitar contribuciones paralelas para apoyar los programas y servicios. - Analizar la viabilidad económica del programa según las tendencias. - Utilizar métodos de contabilidad adecuados para asegurar el uso correcto y designado de los fondos. - Evaluar los resultados y la rentabilidad del programa.	- Favorecer el desarrollo de servicios comunitarios adecuados para ayudar a disminuir las áreas problemáticas (es decir, favorecer el acceso a la salud pública, la atención sanitaria y los servicios sociales, los servicios de empleo, los servicios de salud conductual, la vivienda). - Fortalecer el acceso a la sanidad pública, la asistencia sanitaria y los servicios sociales. - Garantizar que los miembros de la comunidad sepan cómo acceder a la atención sanitaria y no se vean limitados por barreras reales o percibidas a los servicios. - Favorecer el acceso a la atención sanitaria física y psicológica. - Construir redes que incluyan servicios sociales (p. ej., servicios de salud conductual, organizaciones comunitarias, empresas, instituciones académicas, personas en situación de riesgo y partes interesadas religiosas, además de las colaboraciones tradicionales con los servicios de salud pública, atención sanitaria y gestión de emergencias). - Apoyar programas educativos continuos relacionados con medidas de salud pública y salud conductual, preparación para emergencias e intervenciones de resiliencia de la salud comunitaria.	- Analizar las políticas y normas propuestas en la bibliografía de organizaciones, profesionales y el gobierno y en los medios de comunicación. - Monitorizar en línea los sitios web de interés (p. ej., portales sanitarios regionales, webs estatales de políticas de salud) para detectar cambios en las políticas que puedan afectar a la atención de los pacientes. - Comparar los requisitos de las nuevas políticas y normas con la práctica actual. - Determinar los efectos negativos y positivos de las políticas y de las normas sanitarias sobre la asistencia, el paciente y los resultados de los costes. - Determinar y resolver las discrepancias que hay entre las políticas y normas sanitarias y la práctica de cuidados actual. - Presionar a quienes realizan la política para que consigan cambios en la política y las normas sanitarias en beneficio de los pacientes. - Ayudar a elegir enfermeras para puestos clave de liderazgo en las juntas y comités de atención de la salud. - Ayudar a los consumidores de asistencia sanitaria para que estén informados de los cambios de políticas y normas sanitarias actuales y propuestas, y de las implicaciones de los resultados sanitarios.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE AUTOGESTIÓN DEL PATRÓN DE GLUCEMIA INEFICAZ

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a un manejo insatisfactorio de los síntomas, el régimen de tratamiento y los cambios en el estilo de vida asociados a vivir con fluctuaciones recurrentes del nivel de glucosa en sangre fuera del rango deseable.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Preferencias competitivas de estilo de vida	1 CONOCIMIENTO: MANEJO DE LA DIABETES	1.1 Estrategias para aumentar la adherencia a la dieta 1.2 Importancia de mantener la glucemia dentro del rango previsto 1.3 Importancia de la conciliación de la medicación con el profesional sanitario 1.4 Importancia de colaborar con el profesional sanitario	1 Problema presente (comprometido).
2	Autocontrol inadecuado de la glucemia	2 AUTOMANEJO: DIABETES	2.1 Busca información sobre métodos para prevenir las complicaciones 2.2 Participa en las decisiones sobre la atención sanitaria 2.3 Utiliza medidas preventivas para reducir el riesgo de complicaciones 2.4 Se compromete a colaborar con un profesional sanitario para controlar la diabetes	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Autogestión ineficaz de la medicación			
4	Conocimiento inadecuado sobre los factores modificables	3 CREENCIAS SOBRE LA SALUD	3.1 Percepción de la importancia de actuar 3.2 Percepción de una mejora del estilo de vida por realizar una acción 3.3 Percepción de capacidad para ejecutar una acción 3.4 Percepción de control sobre el resultado sobre la salud	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE AUTOGESTIÓN DEL PATRÓN DE GLUCEMIA INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: INDIVIDUAL

- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
- Determinar la preparación del paciente para aprender.
- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
- Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).
- Mejorar la disponibilidad del paciente para aprender, según corresponda.
- Seleccionar los métodos/estrategias adecuados de enseñanza del paciente.
- Seleccionar los materiales educativos adecuados.
- Proporcionar folletos, vídeos y recursos en línea educativos, cuando proceda.
- Corregir las malas interpretaciones de la información, según corresponda.
- Seleccionar nuevos métodos/estrategias de enseñanza, si los anteriores hubieran sido ineficaces.
- Remitir al paciente a otros especialistas/centros para conseguir los objetivos de enseñanza, si es preciso.
- Incluir a la familia, si es adecuado.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO

- Valorar las razones del paciente para desear cambiar.
- Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado.
- Valorar el ambiente social y físico del paciente para determinar el grado de apoyo de las conductas deseadas.
- Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta.
- Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.
- Animar al paciente a elegir un refuerzo/recompensa que sea lo suficientemente significativa como para mantener la conducta.
- Explicar al paciente que la lista de recompensas incluye la manera en la que el cuidador, la familia o los amigos pueden ayudar al paciente en el cambio de conducta.
- Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños.
- Animar al paciente a emparejar una conducta deseada con un estímulo o señal existente (realizar ejercicio después de trabajar cada día).

INTERVENCIÓN (NIC):

ACUERDO SOBRE LA CONDUCTA

- Ayudar a identificar la conducta y el deseo de cambio.
- Ayudar a identificar los propios puntos fuertes y capacidades.
- Evitar centrarse en el diagnóstico o en el proceso de la enfermedad al ayudar a identificar los objetivos.
- Fomentar un entorno abierto y de aceptación para la negociación de acuerdos.
- Ayudar a identificar objetivos realistas y alcanzables.
- Explorar recursos y métodos para alcanzar los objetivos.
- Ayudar a identificar y superar los obstáculos.
- Explorar métodos para evaluar el cumplimiento de los objetivos.
- Facilitar la participación de otras personas importantes en el proceso de establecimiento del acuerdo, si así lo desea la persona.
- Identificar las consecuencias o sanciones por incumplimiento del acuerdo, si se desea.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOGESTIÓN DEL OJO SECO INEFICAZ

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Manejo insatisfactorio del régimen de tratamiento, consecuencias y cambios en el estilo de vida asociados a una película lagrimal inadecuada.		1	Signos de ojo seco: Quemosis, Hiperemia conjuntival, Epifora, Queratitis filamentaria, producción inadecuada de película lagrimal según la prueba Schirmer I, Tinción queratoconjuntival con fluorescencia, placas mucosas	
		2	Síntomas de ojo seco: visión borrosa, fatiga ocular, sensación de ardor en los ojos, sensación de resequeidad ocular, sensación de cuerpo extraño en el ojo, sensación de prurito en el ojo, sensación de arena en el ojo.	
		3	Conductas: dificultad para llevar a cabo cuidados de los párpados, ingesta inadecuada de líquidos, mantenimiento inadecuado de la humedad del aire, uso inadecuado de lentes de contacto, uso inapropiado de ventiladores, uso inadecuado de gafas con cámaras de humedad	
		4	Conductas: falta de atención a los signos y síntomas de ojo seco, incumplimiento de los descansos oculares recomendados, uso de productos con conservantes de cloruro de benzalconio.	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Conflicto entre conductas de salud y normas sociales. 2 Compromiso inadecuado con un plan de acción 3 Numero inadecuado de señales para la acción	DE	1 CONDUCTA COMPENSACIÓN VISUAL	1.1 Monitoriza la aparición de síntomas de deterioro visual 1.2 Realiza descansos de la actividad 1.3 Lleva las lentes de contacto correctamente	1 Problema presente (comprometido).
		2 AUTONOMÍA PERSONAL	2.1 Toma decisiones vitales informadas 2.2 Toma decisiones sin presiones indebidas del profesional sanitario 2.3 Participa en las decisiones sobre la asistencia sanitaria 2.4 Expresa capacidad para afrontar el estado de salud actual	2 Problema parcialmente resuelto.
		3 FUNCIÓN SENSITIVA: VISIÓN	3.1 Visión borrosa 3.2 Visión distorsionada 3.3 Distorsiones de la visión de los colores	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOGESTIÓN DEL OJO SECO INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LAS LENTES DE CONTACTO

- Evaluar los ojos y el área periocular en busca de lesiones abiertas y equimosis.
- Determinar la comprensión del paciente sobre los cuidados necesarios de las lentillas.
- Instruir al paciente para realizar una higiene de las manos antes de tocar las lentillas.
- Instruir al paciente sobre los cuidados adecuados de las lentillas, dependiendo del tipo (p. ej., duras o blandas).
- Instruir al paciente para que se quite las lentillas a intervalos adecuados (p. ej., quitarse las lentes de uso diario por la noche y no usar lentes desechables más de una vez).
- Instruir al paciente sobre los síntomas que deben notificar al profesional sanitario (p. ej., eritema ocular y conjuntival, molestias o dolor, lagrimeo excesivo y alteraciones visuales).
- Instruir al paciente sobre el uso de las soluciones recomendadas para limpiar, humedecer, aclarar y desinfectar las lentillas).
- Instruir al paciente para que guarde las lentillas en recipientes específicos con la solución recomendada.
- Instruir al paciente para que evite la exposición o el uso de contaminantes ambientales lesivos o irritantes (p. ej., polvo, humo, jabones, lociones, cremas y aerosoles).
- Instruir al paciente para que lleve una identificación adecuada sobre el tipo y los cuidados de las lentillas.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LOS OJOS

- Indicar que no se toque los ojos.
- Monitorizar el reflejo corneal y determinar si las pupilas son isocóricas, redondas y reactivas a la luz y a la acomodación (p. ej., PIRRLA).
- Utilizar toallitas limpias y calientes o bolas de algodón humedecidas con agua caliente o suero fisiológico para la limpieza.
- Retirar las lentes de contacto, según corresponda.
- Aplicar protección ocular y alternar cuando sea necesario para la visión, según corresponda.
- Dar instrucciones sobre los exámenes oculares periódicos (p. ej., los mayores de 65 años deben realizarse exámenes oculares completos con dilatación de pupilas todos los años).
- Documentar los cuidados y el estado de los ojos.

INTERVENCIÓN (NIC):

PREVENCIÓN DE LA SEQUEDAD OCULAR

- Monitorizar los signos y síntomas (p. ej., eritema, quemazón, prurito, exudado, dolor peri e intraocular, dificultad para abrir los ojos al despertarse y mover los párpados, visión borrosa), de sequedad ocular.
- Identificar las características personales (p. ej., edad, sexo, hormonas, enfermedades autoinmunitarias, quemadura química) y los factores ambientales (p. ej., aire seco, aire acondicionado, luz solar) que pueden aumentar la posibilidad de sequedad ocular.
- Administrar cuidados oculares al menos dos veces al día, según corresponda.
- Aplicar lubricantes (p. ej., colirios, pomadas), para favorecer la producción lagrimal, según corresponda.
- Cubrir los ojos con dispositivos eficaces (p. ej., parche de polietileno, gel de poliacrilamida, cinta adhesiva hipoalergénica), según corresponda.
- Asegurarse de que los párpados están cerrados.
- Preparar al paciente para una tarsorrafia destinada a proteger la córnea.
- Inspeccionar la superficie ocular y la córnea para evaluar los efectos de los cuidados y del tratamiento profiláctico.
- Notificar los signos y síntomas anormales al médico.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: AUTOGESTIÓN DE LA BOCA SECA INEFICAZ

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Manejo insatisfactorio del régimen de tratamiento, consecuencias y cambios en el estilo de vida asociados a la reducción de la secreción salival.	1	Signos de boca seca: mucosas atroficas, sequedad de membranas mucosas, exacerbación de los signos de boca seca, placa dental excesiva, mucosa sin brillo, fisura oral, palidez de membranas mucosas, ruptura de membranas.	
	2	Síntomas de boca seca: sensación de ardor, disminución en la percepción del sabor, dificultad para masticar comida, dificultad para deglutir, sequedad de la boca, halitosis, malestar oral.	
	3	Complicaciones de la boca seca: caries dental, gingivitis, glositis, periodontitis marginal, infección oral, úlceras orales.	
	4	Conductas: ingiere alimentos que aumentan la sequedad de la boca, ingesta inadecuada de líquidos, mantenimiento inadecuado de la humedad del aire, hábitos inadecuados de higiene oral, uso inadecuado de lubricante oral, uso inadecuado de estimulante salival, falta de atención a las complicaciones, signos y síntomas de la boca seca, respiración por la boca, utiliza medicamentos sin receta que aumentan la sequedad de la boca, utiliza sustancias que aumentan la sequedad de la boca.	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Acceso inadecuado al cuidado dental	1 SALUD ORAL	1.1 Limpieza de la boca 1.2 Hidratación de la mucosa oral y de la lengua 1.3 Integridad de la mucosa oral 1.4 Halitosis	1 Problema presente (comprometido).
2 Conocimiento inadecuado de los síntomas de boca seca	2 FUNCIÓN SENSITIVA: GUSTO	2.1 Distorsión del gusto 2.2 Sabor metálico 2.3 2.4	2 Problema parcialmente resuelto.
3 conocimiento inadecuado sobre la higiene oral	3 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: HIGIENE ORAL	3.1 Se cepilla los dientes 3.2 Se limpia la boca, las encías y la lengua 3.3 Usa un enjuague bucal 3.4 Recibe cuidados dentales periódicos	3 Problema resuelto.
4 Conocimiento inadecuado de las sustancias que aumentan la sequedad de la boca			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOGESTIÓN DE LA BOCA SECA INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD ORAL

- Monitorizar el estado de la boca (p. ej., labios, lengua, mucosas, dientes, encías y aparatos dentales y su ajuste), incluidas las características de las anomalías (p. ej., tamaño, color y localización de las lesiones internas o externas o de la inflamación, signos de infección).
- Obtener la orden del profesional sanitario para realizar la higiene oral rutinaria, si procede.
- Alentar el mantenimiento del régimen identificado de salud oral.
- Indicar que utilice un cepillo de cerdas suaves o una esponja oral desechable.
- Administrar colutorios (p. ej., solución anestésica, efervescente, de suero salino, de recubrimiento, antifúngica o antibacteriana).
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, según sea necesario.
- Instruir sobre la frecuencia y la calidad de los cuidados de salud oral adecuados.
- Indicar que se eviten productos de higiene oral que contengan glicerina, alcohol u otros agentes desecantes.
- Instruir al paciente para que mantenga los cepillos de dientes y otros equipos de limpieza limpios.
- Animar a aumentar la ingesta de agua.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANTENIMIENTO DE LA SALUD ORAL

- Establecer una rutina de cuidados orales que incluya inspecciones orales periódicas con herramientas de medición de la salud oral.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.
- Facilitar el cepillado de los dientes y el uso del hilo dental a intervalos regulares (p. ej., después de las comidas, antes de acostarse).
- Instruir sobre la técnica correcta de cepillado dental necesario para la higiene oral.
- Inspeccionar la boca cuando sea necesario para asegurarse de que los dientes están limpios.
- Monitorizar la aparición de signos y síntomas de glositis y estomatitis, o de colonización bacteriana.
- Consultar al profesional sanitario si persisten la sequedad, la irritación y las molestias orales, o si se observa colonización bacteriana o por levaduras.
- Identificar si hay factores de riesgo de aparición de estomatitis secundaria a tratamiento farmacológico.
- Programar las revisiones dentales según sea necesario.
- Determinar la rutina actual de limpieza

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DE LA SALUD ORAL

- Monitorizar el estado de la boca (p. ej., labios, lengua, mucosas, dientes y encías, así como aparatos dentales y su ajuste).
- Realizar programas periódicos de cribado de salud oral y de evaluación de riesgos.
- Determinar la rutina habitual de higiene dental, con identificación de aspectos que deben tratarse, si es necesario.
- Instruir sobre la frecuencia y la calidad de la atención de la salud oral adecuada (p. ej., uso de hilo dental, cepillado y colutorios; nutrición adecuada; y uso de agua con fluoruros, suplementos u otros productos preventivos; así como otras consideraciones basadas en el nivel de desarrollo y la capacidad de autocuidado).
- Ayudar en el cepillado de los dientes, las encías y la lengua, en el uso de los colutorios y en la limpieza con hilo dental, según sea necesario.
- Prestar servicios a nivel comunitario (es decir, ayudar a satisfacer las necesidades de servicios de transporte y de traducción, utilizar los congresos sanitarios y los eventos culturales como oportunidades para la educación y elaborar anuncios de servicio público).
- Derivar, según sea necesario.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: AUTOGESTIÓN DE LA FATIGA INEFICAZ

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Manejo insatisfactorio del régimen de tratamiento, consecuencias y cambios en el estilo de vida asociados con una exagerada sensación sostenida de agotamiento y bajos niveles de energía para las actividades cotidianas.	1	Signos de fatiga: apatía, disminución de la velocidad de la marcha, desinterés por el entorno, inicio involuntario del sueño, parpadeo prolongado, frotarse los ojos, bostezos.	
	2	Síntomas de fatiga: somnolencia diurna, disminución de la libido, disminución de la motivación, disminución de la resistencia física, insatisfacción con el sueño, incremento de los requerimientos de descanso, cansancio y debilidad.	
	3	Complicaciones de la fatiga: disminución en el rendimiento académico, disminución de la atención, disminución de la concentración, disminución de la función inmunitaria, disminución de la interacción social, disminución del rendimiento laboral, dificultad para mantener la actividad habitual, olvidos, incremento de absentismo, incremento de accidentes, estado de ánimo irritable.	
	4	Conductas: falta de atención a las complicaciones de la fatiga, falta de atención a los signos y síntomas de fatiga, falta de atención a los factores modificables, falta de atención a las causas subyacentes, incumplimiento del tratamiento recomendado.	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Estrés excesivo	1 NIVEL DE ESTRÉS	1.1 Alteraciones del sueño 1.2 Menor atención a los detalles 1.3 Absentismo 1.4 Disminución de la productividad	1 Problema presente (comprometido).
2 Conocimiento inadecuado de los síntomas de fatiga	2 CONDUCTA DE MEJORA DEL SUEÑO	2.1 Establece una hora de acostarse lo suficientemente temprana como para dormir al menos de 7 a 8 horas 2.2 Ajusta el equilibrio entre trabajo y vida privada para mejorar el sueño 2.3 Evalúa el impacto del horario de trabajo sobre el patrón de sueño 2.4 Resuelve las preocupaciones o inquietudes antes de acostarse, siempre que sea posible	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Patrón del sueño ineficaz	3 NIVEL DE FATIGA	3.1 Agotamiento 3.2 Energía insuficiente	3 Problema resuelto.
4 Negación de la condición		3.3 Somnolencia diurna 3.4 Alteración del ciclo sueño-vigilia	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOGESTIÓN DE LA FATIGA INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

- Abordar los problemas en el ciclo sueño-vigilia (p. ej., siestas diurnas excesivas, vigilia nocturna), según sea necesario.
- Modificar las tareas o el entorno, según sea necesario.
- Detectar los obstáculos para hacer ejercicio.
- Animar a la persona a comenzar o continuar con el ejercicio.
- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios apropiado para satisfacer sus necesidades.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DEL SUEÑO

- Determinar el patrón de sueño y actividad.
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante diferentes fases y acontecimientos de la vida (p. ej., embarazo, enfermedad, situaciones de estrés psicosocial, etc.).
- Determinar los efectos que tiene la medicación sobre el patrón de sueño.
- Monitorizar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar el cansancio excesivo.
- Animar a establecer una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales a la hora de irse a la cama, los indicios de inicio de sueño y los objetos familiares (para los niños su manta/juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro, un baño caliente, etc.), según corresponda.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Proporcionar información escrita sobre técnicas para mejorar el sueño.
- Ayudar a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA ENERGÍA

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Utilizar instrumentos válidos para medir la fatiga, si está indicado.
- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/allegados.
- Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda.
- Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.
- Ayudar al paciente a identificar las tareas que pueden ser realizadas por los familiares y amigos en casa para evitar o aliviar la fatiga.
- Ofrecer ayudas para favorecer el sueño (p. ej., música o medicaciones).
- Instruir al paciente y/o a los allegados sobre la fatiga, sus síntomas comunes y las recidivas latentes.
- Instruir al paciente y/o a los allegados a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad.
- Instruir al paciente y/o a los allegados sobre el estrés e intervenciones de afrontamiento para disminuir la fatiga.
- Instruir al paciente y/o a los allegados a avisar al profesional sanitario si los síntomas de fatiga persisten.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOGESTIÓN DEL LINFEDEMA INEFICAZ

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Manejo insatisfactorio del régimen de tratamiento, las consecuencias y los cambios en el estilo de vida asociados con la obstrucción o los trastornos de los vasos o ganglios linfáticos		1	Signos de linfedema: rango reducido de movimiento de la extremidad afectada, fibrosis en la extremidad afectada, infecciones recurrentes y edema de la extremidad afectada.	
		2	Síntomas de linfedema: sensación de pesadez en la extremidad afectada, sensación de opresión en la extremidad afectada, dolor en la extremidad afectada, molestias físicas en la extremidad afectada.	
		3	Conductas: la actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad, drenaje linfático manual inadecuado, protección inadecuada del área afectada, aplicación inadecuada de vendajes nocturnos, hábitos alimentarios inadecuados, cuidados inapropiados de la piel, uso inadecuado de prendas de compresión, falta de atención al cargar objetos pesados, falta de atención a temperaturas extremas, falta de atención a los signos y síntomas de linfedema, falta de atención a la exposición al sol.	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Dificultad para manejar un régimen terapéutico complejo	1	AUTOMANEJO: LINFEDEMA	1
			1.1 Acepta el diagnóstico	
			1.2 Monitoriza los signos y síntomas de las complicaciones	
			1.3 Obtiene modificaciones para compensar las limitaciones físicas en el trabajo	
			1.4 Utiliza estrategias para afrontar el impacto fisiológico	
2	Autoeficacia inadecuada	2	CONOCIMIENTO: MANEJO DEL LINFEDEMA	2
			2.1 Signos y síntomas	
			2.2 Importancia de la adherencia al régimen terapéutico	
			2.3 Estrategias de reducción de riesgos	
			2.4 Beneficios del manejo de la enfermedad	
3	Negación de la conducta	3	SEVERIDAD DEL LINFEDEMA	3
			3.1 Edema en la zona afectada	
			3.2 Movilidad limitada	
			3.3 Autoestima negativa	
			3.4 Enrojecimiento en la zona afectada	
4	Percepción poco realista del beneficio del tratamiento			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOGESTIÓN DEL LINFEDEMA INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

MASAJE

- Evaluar el deseo del cliente de hacerse un masaje.
- Establecer un período de tiempo para que el masaje consiga la respuesta deseada.
- Seleccionar la zona o zonas del cuerpo que han de masajearse.
- Colocar al paciente en una posición cómoda que facilite el masaje.
- Hacer el masaje con movimientos continuos, uniformes, largos, de rodillo o vibración con palmas, dedos y pulgares.
- Adaptar la zona del masaje, la técnica y la presión a la percepción de alivio del paciente y al propósito del masaje.
- Utilizar el masaje solo o junto con otras medidas, si es apropiado.
- Evaluar y registrar la respuesta al masaje.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

- Determinar la movilidad actual y la percepción del estado de movilidad (caminar sin ayuda, caminar con mecanismos de ayuda o no andar/utilizar silla de ruedas).
- Determinar la presencia de áreas de presión en la extremidad inferior.
- Determinar la presencia de claudicación intermitente, dolor en reposo o dolor nocturno.
- Instruir sobre las necesidades de cuidados de las extremidades inferiores.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD

- Describir los signos y síntomas habituales de la enfermedad, según proceda.
- Explicar lo que ya se ha hecho para tratar los síntomas.
- Describir el proceso de la enfermedad, según proceda.
- Proporcionar información sobre la enfermedad, según proceda.
- Discutir los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios
- para prevenir futuras complicaciones o controlar el proceso de la enfermedad.
- Discutir la terapia y las opciones de tratamiento.
- Describir los fundamentos de las recomendaciones de manejo, terapia o tratamiento.
- Describir las posibles complicaciones crónicas, según proceda.
- Fomentar el automanejo y los cambios de conducta para mejorar los síntomas de la enfermedad y los resultados de salud.
- Instruir sobre medidas para controlar o minimizar los síntomas, según proceda.
- Instruir sobre los signos y síntomas que se deben comunicar al profesional sanitario, según proceda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE AUTOGESTIÓN DEL LINFEDEMA INEFICAZ

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible al manejo insatisfactorio del régimen de tratamiento, las consecuencias y los cambios en el estilo de vida asociados al edema relacionado con la obstrucción o los trastornos de los vasos o los ganglios linfáticos.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1 Disminución de la calidad de vida	1 AUTOMANEJO: LINFEDEMA	1.1 Sigue un plan de tratamiento intensivo con terapia descongestiva combinada 1.2 Obtiene información sobre las opciones quirúrgicas 1.3 Utiliza estrategias para afrontar el impacto Psicosocial 1.4 Obtiene el apoyo de la familia para el tratamiento	1	Problema presente (comprometido).
2 Compromiso inadecuado con un plan de acción	2 CONOCIMIENTO: MANEJO DEL LINFEDEMA	2.1 Opciones de tratamiento no quirúrgico 2.2 Importancia de la adherencia al régimen terapéutico 2.3 Efectos sobre el estilo de vida 2.4 Beneficios del manejo de la enfermedad	2	Problema parcialmente resuelto.
3 Apoyo social inadecuado	3 SEVERIDAD DEL LINFEDEMA	3.1 Función física limitada 3.2 Movilidad limitada 3.3 Autoestima negativa 3.4 Sensación de aislamiento social	3	Problema resuelto.
4 Barreras percibidas hacia el régimen terapéutico				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE AUTOGESTIÓN DEL LINFEDEMA INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

ACUERDO SOBRE LA CONDUCTA

- Evitar centrarse en el diagnóstico o en el proceso de la enfermedad
- al ayudar a identificar los objetivos.
- Fomentar un entorno abierto y de aceptación para la negociación de acuerdos.
- Ayudar a identificar objetivos realistas y alcanzables.
- Facilitar la participación de otras personas importantes en el proceso de establecimiento del acuerdo, si así lo desea la persona.
- • Facilitar la elaboración de un acuerdo escrito que incluya todos los elementos acordados.
- Observar si hay signos de incongruencia y falta de compromiso para cumplir el acuerdo
- Identificar las consecuencias o sanciones por incumplimiento del acuerdo, si se desea.
- • Tener el acuerdo firmado por todas las partes implicadas.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO A LA FAMILIA

- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Crear un ambiente terapéutico de apoyo para la familia.
- Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.
- Identificar el grado de coherencia entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales sanitarios.
- Reducir las discrepancias entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales sanitarios mediante el uso de técnicas de comunicación.
- Ayudar a la familia a identificar sus fortalezas y habilidades para sobrellevar la situación.
- Proporcionar información frecuente a la familia acerca de los progresos del paciente, de acuerdo con los deseos de este.
- Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les puedan ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente.
- Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado.

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Identificar los factores internos y externos individuales, grupales o comunitarios que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Determinar el tipo y el enfoque del programa de educación sanitaria (p. ej., salud física, salud social, salud emocional y mental, salud espiritual).
- Identificar las características de la población diana que afectan a la selección de las estrategias de aprendizaje.
- Utilizar estrategias para motivar el cambio de conductas de salud o estilo de vida en la gente.
- Facilitar el diálogo, la interacción, el aprendizaje social, el espacio de apoyo y la cooperación dentro de la intervención grupal.
- Proporcionar conocimientos sobre la enfermedad específica (p. ej., evolución de la enfermedad, factores etiológicos, efectos y consecuencias, signos y síntomas habituales, papel del tratamiento en la recuperación, mitos y conceptos erróneos sobre la enfermedad específica), según sea necesario.
- Instruir sobre el manejo de la medicación (p. ej., enseñar sobre medicación, cumplimiento y efectos adversos, cuándo y cómo buscar tratamiento, responder preguntas, preparar para el automanejo), según sea necesario

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOGESTIÓN DE LAS NÁUSEAS INEFICAZ

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 1: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Manejo insatisfactorio del régimen de tratamiento, consecuencias y cambios en el estilo de vida asociados a una sensación desagradable en el estómago, que puede o no provocar vómitos.		1	Signos de náuseas: eructación, palidez facial, incremento de la salivación, incremento de la deglución, incremento en la sudoración, agitación psicomotor, taquicardia.	
		2	Síntomas de náuseas: Disconfort abdominal, dolor abdominal, mareos, fatiga, aversión a la comida, náuseas, cefalea, apetito inadecuado, sabor agrio en la boca, ganas de vomitar, debilidad.	
		3	Complicaciones de las náuseas: pérdida de exceso de peso, volumen de fluidos inadecuados, malnutrición.	
		4	Conductas: consumo de alcohol, comer alimentos que aumenten las náuseas, ingesta inadecuada de líquidos, hábitos inadecuados de higiene oral, uso inadecuado de los antieméticos prescritos, falta de atención a los factores modificables, falta de atención a las complicaciones de las náuseas, falta de atención a los signos y síntomas de las náuseas, falta de atención a las causas subyacentes de las náuseas, incumplimiento del tratamiento recomendado, consumo de tabaco.	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Conocimiento inadecuado sobre los factores modificables	1	NÁUSEAS Y VÓMITOS: EFECTOS DISRUPTIVOS 1.1 Pérdida de apetito 1.2 Alteración del estado nutricional 1.3 Malestar 1.4 Retrasos en el tratamiento debido a la gravedad de los síntomas	1 Problema presente (comprometido).
2	Conocimiento inadecuado sobre la higiene oral	2	CONTROL DE NÁUSEAS Y VÓMITOS 2.1 Describe los factores causales 2.2 Evita los factores causales en la medida de lo posible 2.3 Reconoce el inicio de las náuseas 2.4 Informa de que las náuseas están controladas	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Conocimiento inadecuado sobre la preparación higiénica de los alimentos	3	CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: HIGIENE ORAL 3.1 Se limpia la boca, las encías y la lengua 3.2 Se cepilla los dientes 3.3 Usa un enjuague bucal 3.4 Recibe cuidados dentales periódicos	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOGESTIÓN DE LAS NÁUSEAS INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

MANTENIMIENTO DE LA SALUD ORAL

- Establecer una rutina de cuidados orales que incluya inspecciones orales periódicas con herramientas de medición de la salud oral.
- Instruir y ayudar a realizar la higiene oral después de comer y con la frecuencia necesaria.
- Realizar la higiene oral, incluyendo el cepillado de dientes y el uso de hilo dental, si la persona no puede, dos veces al día como mínimo.
- Determinar la rutina actual de limpieza (p. ej., diaria, después de las comidas, remojo, cepillado).

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LAS NÁUSEAS

- Administrar antieméticos eficaces para prevenir las náuseas siempre que sea posible.
- Prescribir medicación específica para la etiología de las náuseas (es decir, los antieméticos varían en sus mecanismos de acción, dependen de la causa y del receptor implicado).
- Controlar los factores ambientales que puedan evocar náuseas (p. ej., malos olores, sonido, estimulación visual desagradable).
- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (p. ej., ansiedad, miedo, fatiga, desconocimiento).
- Identificar estrategias que hayan tenido éxito en el alivio de las náuseas.
- Colaborar con la persona a la hora de elegir la estrategia para controlar las náuseas.
- Utilizar una higiene oral frecuente para fomentar la comodidad, a menos que eso estimule las náuseas.
- Animar a aprender estrategias para controlar las propias náuseas.
- Proporcionar medidas preventivas contra las náuseas, si está indicado.
- Monitorizar los efectos del tratamiento de las náuseas.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA PARA GANAR PESO

- Ayudar en la realización del diagnóstico para determinar la causa de la falta de peso, según corresponda.
- Pesar a los intervalos determinados, según corresponda.
- Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.
- Revisar el historial de medicación.
- Observar si hay náuseas y vómitos.
- Determinar la causa de las náuseas y/o vómitos y tratarla convenientemente.
- Administrar medicamentos para reducir las náuseas y el dolor antes de comer, si es necesario.
- Monitorizar el consumo diario de calorías.
- Proporcionar suplementos dietéticos, según corresponda.

Instituto De Servicios De Salud Del Estado De Aguascalientes
Dirección De Servicios De Salud
Dirección De Atención Hospitalaria
Dirección Del Área De Normatividad En Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOGESTIÓN DEL DOLOR INEFICAZ

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 1: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Manejo insatisfactorio del régimen de tratamiento, consecuencias y cambios en el estilo de vida relacionados con una experiencia sensorial y emocional desagradable, que se asemeja a la asociación con un daño tisular real o potencial.		1	Signos de dolor: presión arterial alterada, diaforesis, evidencia de dolor mediante pruebas estandarizadas del dolor para aquellos que no pueden comunicarse verbalmente, expresión facial de dolor, proteger una parte concreta del cuerpo, contener la respiración, incremento de la frecuencia respiratorio, gemidos con el movimiento, gestos de dolor, dilatación pupilar, reticencia a moverse, desasosiego, frotar la zona dolorida.	
		2	Síntomas de dolor: ansiedad, disminución de resistencia física, disminución de la interacción social, fatiga, miedo al movimiento, desesperanza, hipervigilancia al dolor, apetito inadecuado, estado de ánimo irritable, características del dolor evaluadas mediante un instrumento de evaluación estandarizado y validado, intensidad del dolor evaluada mediante un instrumento de evaluación estandarizado y validado informe verbal del dolor.	
		3	Complicaciones del dolor: alteración del ritmo circadiano	
		4	Conductas: seguimiento inadecuado de las modificaciones del estilo de vida acordada, uso inadecuado de técnicas de distracción, falta de atención a los factores modificables, falta de atención a las complicaciones del dolor, falta de atención a las causas subyacentes del dolor, incumplimiento del tratamiento recomendado, catastrofización del dolor, informe de una persona autorizada sobre conductas de dolor.	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Conocimiento inadecuado de las complicaciones del dolor	1	NIVEL DEL DOLOR	1
			1.1 Intensidad del dolor referido	
			1.2 Expresiones faciales de dolor	
			1.3 Irritabilidad	
			1.4 Tensión muscular	
2	Conocimiento inadecuado de las causas subyacentes del dolor	2	DOLOR: EFECTOS DISRUPTIVOS	2
			2.1 Malestar	
			2.2 Alteración del estado de ánimo	
			2.3 Interferencia con las actividades de la vida diaria	
			2.4 Deterioro del placer de vivir	
3	Autoconfianza inadecuada en la toma de decisiones			
4	Barrera percibidas hacia el régimen terapéutico	3	DOLOR: RESPUESTA PSICOLÓGICA ADVERSA	3
			3.1 Angustia por dolor	
			3.2 Preocupación por la tolerancia al dolor	
			3.3 Miedo a los procedimientos y al equipo	
			3.4 Molestia por los efectos perturbadores del dolor	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOGESTIÓN DEL DOLOR INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL DOLOR: AGUDO

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.
- Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación.
- Explorar los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales.
- Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.
- Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especial mente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior.
- Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.
- Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular.
- Modificar las medidas de control del dolor en función de la res puesta del paciente al tratamiento.
- Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.
- Proporcionar información precisa a la familia sobre el dolor del paciente.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL DOLOR: CRÓNICO

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y lo provocan.
- Explorar los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales.
- Determinar el efecto del dolor en la calidad de vida (p. ej., sueño, apetito, actividad, cognición, estado de ánimo, relaciones, desempeño en el trabajo y desempeño de roles).
- Evaluar con el paciente la eficacia de medidas anteriores de control del dolor.
- Controlar los factores ambientales que pueden influir en el dolor del paciente.
- Preguntar al paciente sobre el dolor a intervalos frecuentes, al mismo tiempo que se comprueban los signos vitales o en cada visita a la consulta.
- Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita comodidad y funcionar apropiadamente e intentar mantenerlo en un nivel igual o inferior.
- Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.
- Instruir al paciente y a su familia sobre las bases del manejo del dolor.
- Alentar al paciente a que controle su propio dolor y a que utilice enfoques de autocontrol.
- Estar atento a los signos de ansiedad o miedo (p. ej., irritabilidad, tensión, preocupación, miedo al movimiento).
- Modificar las medidas de control del dolor en función de la res puesta del paciente al tratamiento.

INTERVENCIÓN (NIC):

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DEL PESO

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de búsqueda y/o mantenimiento de un peso corporal saludable, que puede fortalecerse.		1	Deseos de mejorar un estilo de vida saludable	
		2	Deseos de mejorar el conocimiento sobre la necesidad de actividad física	
		3	Deseos de mejorar los conocimientos para elegir los alimentos adecuados para promover la salud	
		4	Deseos de aumentar la participación en el programa de control de peso	
		5	Deseos de potenciar conductas alimentarias positivas	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1		1 CONOCIMIENTO: MANEJO DEL PESO	1.1 Estrategias para alcanzar el peso óptimo 1.2 Relación entre dieta, ejercicio y peso 1.3 Prácticas nutricionales saludables 1.4 Estrategias para modificar la conducta	1 Problema presente (comprometido).
2		2 CONDUCTA DE AUMENTO DE PESO	2.1 Selecciona un objetivo de peso saludable 2.2 Se compromete a seguir un plan de alimentación saludable 2.3 Participa en el seguimiento nutricional 2.4 Monitoriza el peso corporal	2 Problema parcialmente resuelto.
3				
4		3 CONOCIMIENTO: ESTILO DE VIDA SALUDABLE	3.1 Rango de peso personal óptimo 3.2 Estrategias para mantener una dieta saludable 3.3 Beneficios del ejercicio regular 3.4 Estrategias para promover el equilibrio vital	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DEL PESO

INTERVENCIÓN (NIC):	INTERVENCIÓN (NIC):	INTERVENCIÓN (NIC):
MANEJO DEL PESO	ASESORAMIENTO NUTRICIONAL	FAVORECIMIENTO DEL EJERCICIO
- Determinar la motivación para el manejo del peso. - Comentar la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso. - Comentar los problemas de salud que pueden afectar al peso. - Comentar los hábitos, las costumbres y los factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso. - Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable. - Determinar la motivación para cambiar los hábitos en la alimentación. - Determinar el peso corporal ideal y el porcentaje de grasa corporal ideal. - Informar si existen grupos de apoyo disponibles para su ayuda. - Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético. - Animar a registrar el peso semanalmente, según corresponda. - Animar a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua. - Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.	- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. - Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. - Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. - Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética. - Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos), si es necesario, etc. - Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales. - Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca de la consecución de las metas. - Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.	- Obtener la aprobación del profesional sanitario para poner en marcha el plan de ejercicios, según sea necesario. - Evaluar las creencias y deseos de salud sobre el ejercicio físico. - Determinar la motivación para empezar o continuar con el programa de ejercicios. - Explorar los obstáculos para el ejercicio. - Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca del ejercicio o la necesidad de este. - Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio. - Dar instrucciones sobre la ingesta de agua al menos 2 horas antes del inicio de la actividad. - Realizar los ejercicios con la persona, según corresponda. - Instruir acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el profesional sanitario y/o el fisioterapeuta. - Instruir acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas del programa de ejercicio. - Monitorizar el cumplimiento del programa o de la actividad de ejercicio. - Reforzar el programa para potenciar la motivación. - Monitorizar la respuesta al programa de ejercicios. - Proporcionar una respuesta positiva.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOGESTIÓN DEL SOBREPESO INEFICAZ

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Manejo insatisfactorio del régimen de tratamiento, consecuencias y cambios en el estilo de vida asociados a la acumulación de grasa excesiva para la edad y el sexo		1	Índice de masa corporal >percentil 85 o 25 kg/m ² pero < percentil 95 o 30 kg/m ² para la edad y sexo en personas de 2-18 años. Peso para la talla >percentil 95 en personas <2 años de edad	
		2	Complicaciones del sobrepeso: disminución de los niveles séricos de lipoproteínas de alta densidad, dificultad para mantener la actividad física habitual, sudoración excesiva, enfermedad cutánea frecuente, incremento de la presión arterial, aumento de la glucosa plasmática en ayunas, aumento de los niveles séricos de lipoproteínas de baja densidad, aumento de los niveles séricos de triglicéridos, resistencia a la insulina, dolor musculoesquelético, apnea obstructiva del sueño, falta de aliento.	
		3	Comportamiento de sobrepeso: la actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad, atracones, dificultad para fijar objetivos realistas, desinhibición alimentaria, participación inadecuada en el programa de control de peso, autogestión ineficaz de la medicación, dar prioridad a las preferencias alimentaria de los demás, comer por estrés	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Conciencia disminuida acerca de los servicios de nutrición disponibles 2 Compromiso inadecuado con el nivel de actividad física recomendado 3 Conocimiento inadecuado de las estrategias del manejo de peso 4 Ingesta alimentaria inapropiada		1 CONTROL DEL RIESGO: OBESIDAD	1.1 Se compromete a seguir un plan de alimentación saludable 1.2 Monitoriza regularmente el peso corporal 1.3 Monitoriza los factores que favorecen la sobrealimentación 1.4 Pide consejo a un profesional sanitario sobre estrategias para perder peso	1 Problema presente (comprometido).
		2 CONDUCTA DE AUMENTO DE PESO	2.1 Selecciona un objetivo de peso saludable 2.2 Monitoriza el ejercicio para determinar las necesidades calóricas 2.3 Participa en el seguimiento nutricional 2.4 Monitoriza el peso corporal	2 Problema parcialmente resuelto.
		3 CONOCIMIENTO: MANEJO DEL PESO	3.1 Riesgos para la salud relacionados con el sobrepeso 3.2 Prácticas nutricionales saludables 3.3 Ejercicios para mantener el peso óptimo 3.4 Cuándo obtener ayuda de un profesional Sanitario	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOGESTIÓN DEL SOBREPESO INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA PARA PERDER PESO

- Determinar el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal.
- Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada.
- Establecer una meta de pérdida de peso semanal.
- Pesar al paciente semanalmente.
- Fomentar la automonitorización de la ingesta dietética y del ejercicio haciendo que los pacientes realicen un diario en papel o a través de un dispositivo electrónico portátil.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables.
- Ayudar en la selección de actividades de acuerdo con la cantidad de gasto energético deseada.
- Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente.
- Aconsejar la actividad en casa mientras se realizan las tareas domésticas y encontrar formas de moverse durante las actividades diarias.
- Administrar fármacos para perder peso según la prescripción.
- Recomendar la adopción de dietas que conduzcan a la consecución de objetivos de largo alcance en la pérdida de peso.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DEL EJERCICIO

- Evaluar las creencias y deseos de salud sobre el ejercicio físico.
- Determinar la motivación para empezar o continuar con el programa de ejercicios.
- Explorar los obstáculos para el ejercicio.
- Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- Ayudar a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.
- Ayudar a integrar el programa de ejercicios en la rutina semanal.
- Informar acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Instruir acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el profesional sanitario y/o el fisioterapeuta.
- Instruir acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas del programa de ejercicio.
- Monitorizar el cumplimiento del programa o de la actividad de ejercicio

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA

- Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.
- Determinar las perspectivas, antecedentes culturales y otros factores del paciente y de la familia que puedan afectar a la voluntad del paciente para seguir la dieta prescrita.
- Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.
- Informar al paciente acerca de cuánto tiempo se debe seguir la dieta.
- Instruir al paciente acerca de cómo mantener un diario de alimentos, según el caso.
- Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.
- Instruir al paciente sobre cómo leer las etiquetas y elegir los alimentos adecuados.
- Tener en cuenta la selección del paciente de los alimentos adecuados a la dieta prescrita.
- Instruir al paciente sobre la forma de planificar las comidas adecuadas
- Remitir al paciente a un dietista, si procede.
- Incluir a la familia, si procede.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE AUTOGESTIÓN DEL SOBREPESO INEFICAZ

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Susceptible de manejar de forma insatisfactoria el régimen de tratamiento, las consecuencias y los cambios de estilo de vida asociados a la acumulación de grasa excesiva para la edad y el sexo.	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1 Consciencia disminuida acerca de los servicios de nutrición disponibles	1 CONTROL DEL RIESGO EN LA COMUNIDAD: OBESIDAD	1.1 Identificación de los componentes culturales de la epidemia de obesidad		1 Problema presente (comprometido).
		1.2 Provisión de programas de educación comunitaria sobre prevención de la obesidad		
		1.3 Provisión de programas comunitarios para fomentar la actividad		
		1.4 Prestación de programas educativos sobre alimentación saludable		
2 Conocimiento inadecuado de las estrategias del manejo de peso	2 SATISFACCIÓN DEL PACIENTE/USUARIO: ACCESO A LOS RECURSOS SANITARIOS	2.1 Coordinación de los recursos sanitarios		2 Problema parcialmente resuelto.
		2.2 Coordinación con otros profesionales Sanitarios		
		2.3 Facilitación de citas con el médico		
		2.4 Acceso a grupos de apoyo		
3 Recomendaciones inadecuadas sobre la gestión de los obstáculos para la pérdida de peso	3 CONOCIMIENTO: ESTILO DE VIDA SALUDABLE	3.1 Estrategias para mantener una dieta saludable		3 Problema resuelto.
		3.2 Importancia de la actividad física		
		3.3 Factores personales que afectan a las conductas de salud		
		3.4 Recursos sanitarios fiables		

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE AUTOGESTIÓN DEL SOBREPESO INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO

- Valorar las razones del paciente para desear cambiar.
- Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado.
- Valorar el ambiente social y físico del paciente para determinar el grado de apoyo de las conductas deseadas.
- Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta.
- Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.
- Explicar al paciente la importancia de la automonitorización en el intento de cambiar la conducta.
- Ayudar al paciente a identificar la frecuencia con la que se producen las conductas específicas.
- Animar al paciente a identificar refuerzos/recompensas adecuadas, que tengan sentido.
- Animar al paciente a elegir un refuerzo/recompensa que sea lo suficientemente significativa como para mantener la conducta.
- Ayudar al paciente a evaluar el progreso mediante la comparación de registros de la conducta previa con la conducta actual.
- Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños.
- Animar al paciente a emparejar una conducta deseada con un estímulo o señal existente (realizar ejercicio después de trabajar cada día).

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL PESO

- Determinar la motivación para el manejo del peso.
- Comentar la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.
- Comentar los problemas de salud que pueden afectar al peso.
- Comentar los hábitos, las costumbres y los factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.
- Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable.
- Determinar la motivación para cambiar los hábitos en la alimentación.
- Determinar el peso corporal ideal y el porcentaje de grasa corporal ideal.
- Animar a registrar el peso semanalmente, según corresponda.
- Animar a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.
- Planificar recompensas para celebrar el logro de objetivos a corto y largo plazo.
- Informar si existen grupos de apoyo disponibles para su ayuda.
- Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA

- Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.
- Determinar las perspectivas, antecedentes culturales y otros factores del paciente y de la familia que puedan afectar a la voluntad del paciente para seguir la dieta prescrita.
- Determinar cualquier limitación económica que pueda afectar a la compra de alimentos.
- Indicar al paciente el nombre propio de la dieta prescrita.
- Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.
- Ayudar al paciente a incluir las preferencias de alimentos en la dieta prescrita.
- Tener en cuenta la selección del paciente de los alimentos adecuados a la dieta prescrita.
- Instruir al paciente sobre la forma de planificar las comidas adecuadas.
- Proporcionar los planes de comidas por escrito, según corresponda.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo sanitario, según corresponda.
- Reforzar la importancia de la monitorización continua y las necesidades cambiantes que puedan requerir modificaciones adicionales del plan de cuidados dietéticos.
- Incluir a la familia, si procede.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:		AUTOGESTIÓN DE LA INSUFICIENCIA PONDERAL INEFICAZ			
DOMINIO 1:		Promoción de la Salud			
CLASE 1:		Gestión de la salud			
DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Manejo insatisfactorio del régimen de tratamiento, consecuencias y cambios en el estilo de vida asociados a tener un peso corporal inferior a las normas estandarizadas para la edad y el sexo.		1	Signos de insuficiencia ponderal: reducción del 5% del peso corporal en 6-12 meses, índice de masa corporal $<18.5 \text{ kg/m}^2$ en individuos de 20 a 70 años de edad, índice de masa corporal $<22 \text{ kg/m}^2$ en individuos >70 años de edad, índice de masa corporal $<$ percentil 5 en individuos de 2 a 20 años de edad, masa muscular inadecuada, bajo índice de masa libre de grasa, perímetro braquial inferior al normal para la edad y el sexo, pérdida de peso involuntaria.		
		2	síntomas de insuficiencia ponderal: ansiedad, encías sangrantes, se magulla con facilidad, extremidades frías, disminución de la capacidad de concentración, diarrea, caída excesiva de cabello, fatiga, cefalea, mayor sensibilidad a la luz, estado de ánimo irritable, carencias de micronutrientes, migrañas, palidez, debilidad.		
		3	Complicaciones del bajo peso: alteración del ritmo circadiano, disminución de presión arterial, disminución de la densidad ósea, disminución de la frecuencia cardíaca, disminución del nivel de glucosa sérica, disminución del nivel de hemoglobina sérica, disminución del nivel de hierro sérico, disminución del nivel de magnesio sérico, disminución del nivel sérico de vitamina B, abortos frecuentes, infecciones respiratorias frecuentes, deterioro en la curación de las heridas, fracaso del crecimiento infantil, infertilidad, bajo recuento de espermatozoides, hospitalización prolongada		
		4	Comportamiento de bajo peso: disminución de la ingesta de alimentos, interés inadecuado en la comida.		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Inseguridad alimentaria	1	CONDUCTA DE AUMENTO DE PESO	1.1 Identifica la causa de la pérdida de peso 1.2 Establece objetivos alcanzables de aumento de peso 1.3 Identifica las necesidades de ingesta calórica 1.4 Selecciona alimentos y líquidos ricos en proteínas y calorías	1 Problema presente (comprometido)
2	Ingesta inadecuada de nutrientes para satisfacer el gasto calórico	2	CONDUCTA DE ADHERENCIA: DIETA SALUDABLE	2.1 Establece objetivos dietéticos alcanzables 2.2 Equilibra la ingesta y las necesidades calóricas 2.3 Discute con el profesional sanitario la necesidad de suplementos nutricionales 2.4 Selecciona raciones compatibles con las pautas nutricionales recomendadas	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Apetito inadecuado	3	AUTOCONTROL DEL TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN	3.1 Establece objetivos de ganancia de peso alcanzables 3.2 Mantiene el progreso hacia el objetivo de peso 3.3 Identifica los estados emocionales que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos 3.4 Expresa satisfacción con su imagen corporal	3 Problema resuelto.
4	Ingesta alimentaria inadecuada				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOGESTIÓN DE LA INSUFICIENCIA PONDERAL INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
- Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud si es necesario.
- Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales.
- Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.
- Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. Evaluar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.
- Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca de la consecución de las metas.
- Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA PARA GANAR PESO

- Ayudar en la realización del diagnóstico para determinar la causa de la falta de peso, según corresponda.
- Pesar a los intervalos determinados, según corresponda.
- Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.
- Fomentar el aumento de ingesta de calorías.
- Enseñar a aumentar la ingesta de calorías.
- Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico variados para poder seleccionar algunos.
- Considerar las preferencias alimentarias, teniendo en cuenta las opciones personales y las preferencias culturales y religiosas.
- Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida.
- Servir las comidas de forma agradable y atractiva.
- Analizar los factores socioeconómicos que contribuyen a una nutrición inadecuada.
- Analizar la percepción de los factores que interfieren con la capacidad o el deseo de comer.
- Reconocer que la pérdida de peso puede formar parte del progreso natural de una enfermedad terminal (p. ej., cáncer).

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA NUTRICIÓN

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario.
- Ajustar la dieta (es decir, proporcionar alimentos con alto contenido proteico; sugerir el uso de hierbas y especias como una alternativa a la sal; proporcionar sustitutos del azúcar; aumentar o reducir las calorías; aumentar o disminuir las vitaminas, minerales o suplementos), según sea necesario.
- Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida (p. ej., limpio, bien ventilado, relajado y sin olores fuertes).
- Ofrecer tentempiés ricos en nutrientes.
- Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria.
- Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.
- Enseñar al paciente a controlar las calorías y la ingesta dietética.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:		RIESGO DE AUTOGESTIÓN DE LA INSUFICIENCIA PONDERAL INEFICAZ	
DOMINIO 1:		Promoción de la Salud	CLASE 1: Gestión de la salud
DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	
Susceptible de manejar de forma insatisfactoria el régimen de tratamiento, las consecuencias y los cambios en el estilo de vida asociados a tener un peso corporal inferior a las normas estandarizadas para la edad y sexo.		1	
		2	
		3	
		4	
		5	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES
1 Consciencia disminuida acerca de los servicios de nutrición disponible	1	CONTROL DEL RIESGO FAMILIAR: INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR	1.1 Reconoce el riesgo de inseguridad alimentaria de la familia
			1.2 Utiliza programas de asistencia nutricional complementaria
			1.3 Controla el peso corporal de los miembros de la familia
			1.4 Estabiliza el acceso a los alimentos a lo largo del tiempo
2 Acceso inadecuado a información precisa sobre la gestión de peso	2	CONOCIMIENTO: DIETA SALUDABLE	2.1 Rango de peso personal óptimo
			2.2 Ingesta calórica adecuada a las necesidades metabólicas
			2.3 Importancia de distribuir la ingesta de alimentos a lo largo del día
3 Falta de disponibilidad local de opciones alimentarias saludables	3	CONOCIMIENTO: MANEJO DEL TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN	2.4 Pautas sobre suplementos nutricionales
			3.1 Prácticas nutricionales saludables
			3.2 Efectos nocivos para la salud de los estados emocionales sobre la ingesta de alimentos y líquidos
			3.3 Efectos de las situaciones sociales sobre la ingesta de alimentos y líquidos
4 Red de apoyo social inadecuada			3.4 Características de las relaciones familiares positivas
			ESCALA DE MEDICIÓN
			1 Problema presente (comprometido).
			2 Problema parcialmente resuelto.
			3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE AUTOGESTIÓN DE LA INSUFICIENCIA PONDERAL INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

- Establecer la duración de la relación de asesoramiento.
- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos), si es necesario, etc.
- Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales.
- Determinar las actitudes y creencias de los allegados acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente.
- Disponer una derivación/consulta a otros miembros del equipo asistencial, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

ALIMENTACIÓN

- Identificar la dieta prescrita.
- Determinar las preferencias alimentarias, culturales o religiosas e incorporarlas a las rutinas de alimentación.
- Preguntar las preferencias en el orden de los alimentos.
- Prestar atención a la persona mientras está comiendo.
- Animar a los padres o a la familia a que alimenten a la persona.
- Proporcionar interacción social, según proceda.
- Elogiar los intentos de alimentación independiente.
- Monitorizar el peso corporal, el estado de hidratación y los valores de laboratorio, según proceda.
- Instruir a la persona y a la familia sobre los métodos de ayuda a la alimentación.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.
- Documentar las sesiones de alimentación, según esté indicado.

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA NUTRICIONAL

- Revisar la información sobre el estado nutricional.
- Identificar los riesgos nutricionales.
- Iniciar el apoyo nutricional lo antes posible, según proceda.
- Monitorizar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda.
- Monitorizar la adecuación de la dieta prescrita para satisfacer las necesidades nutricionales diarias, si procede.
- Eliminar las posibles causas de desnutrición y deshidratación, tan pronto como sea posible.
- Considerar la terapia nutricional para las personas que tienen una ingesta de alimentos y líquidos escasa.
- Ofrecer suplementos nutricionales, según corresponda.
- Instruir sobre la información nutricional y la dieta prescrita.
- Remitir al paciente para recibir educación y planificación de la dieta, si es necesario.
- Entregar ejemplos escritos de la dieta prescrita.
- Controlar la medicación y modificarla cuando sea posible para minimizar los efectos adversos.
- Ofrecer asesoramiento nutricional a través de sesiones individuales, sesiones de grupo, contactos telefónicos y consejos por escrito, según proceda.
- Fomentar la actividad física para mantener o mejorar la masa y la función musculares.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONDUCTAS DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD INEFICACES

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Gestión de conocimientos, actitudes y prácticas que subyacen a las acciones de salud que no son satisfactorias para mantener o mejorar el bienestar o prevenir enfermedades y lesiones		1	Fracaso para adoptar medidas que eviten problemas de salud	
		2	Compromiso inadecuado con un plan de acción	
		3	Interés inadecuado en mejorar la salud	
		4	Elecciones ineficaces en su vida diaria para alcanzar objetivos de salud	
		5	Patrón de comportamiento inadecuado de búsqueda de atención de salud	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Preferencias competitivas de estilo de vida	1	CONOCIMIENTO: CONDUCTA DE LA SALUD 1.1 Prácticas nutricionales saludables 1.2 Vacunas recomendadas 1.3 Servicios de promoción de la salud 1.4 Técnicas de autodetección	1 Problema presente (comprometido).
2	Conflictos entre creencias culturales y prácticas de salud	2	CONOCIMIENTO: ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2.1 Estrategias para mantener una dieta saludable 2.2 Beneficios del ejercicio regular 2.3 Factores personales que afectan a las conductas de salud 2.4 Estrategias para prevenir enfermedades	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Dificultad con la complejidad del sistema de salud	3	CONOCIMIENTO: RECURSOS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD 3.1 Estrategias para acceder a los servicios sanitarios 3.2 Servicios hospitalarios disponibles 3.3 Líneas directas de asistencia sanitaria disponible 3.4 Programas de ayuda pública disponibles	3 Problema resuelto.
4	Procesos de pensamientos perturbados			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONDUCTAS DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD INEFICACES

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Identificar los grupos de riesgo y rangos de edad que se beneficien más de la educación sanitaria.
- Determinar las necesidades identificadas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, Personas Saludables 2030: Objetivos Nacionales de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, u otras necesidades locales, autonómicas y nacionales.
- Identificar los factores internos y externos individuales, grupales o comunitarios que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Determinar el tipo y el enfoque del programa de educación sanitaria (p. ej., salud física, salud social, salud emocional y mental, salud espiritual).
- Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta de salud.
- Determinar el conocimiento de salud actual y las conductas del estilo de vida.
- Utilizar estrategias para motivar el cambio de conductas de salud o estilo de vida en la gente.
- Incorporar estrategias para enfrentarse a conductas no saludables o que entrañen riesgos.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO

- Proporcionar privacidad y confidencialidad.
- Establecer metas conjuntamente.
- Esforzarse por comprender las preocupaciones, los problemas y las dificultades.
- Determinar cómo pueden interferir los problemas en la vida diaria.
- Identificar qué pensamientos, sentimientos y conductas están asociados al problema.
- Utilizar herramientas que ayuden a aumentar la autoconciencia y el conocimiento de la situación (papel y lápiz, cinta de audio, cinta de vídeo o ejercicios interactivos con otras personas), según corresponda.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA INDIVIDUAL

- Establecer una relación de confianza.
- Determinar la preparación del paciente para aprender.
- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de los temas del paciente.
- Valorar el nivel educativo del paciente.
- Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados/aprendizaje de salud y metas conflictivas).
- Mejorar la disponibilidad del paciente para aprender, según corresponda.
- Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.
- Seleccionar los métodos/estrategias adecuadas de enseñanza del paciente.
- Seleccionar los materiales educativos adecuados.
- Reforzar la conducta, si se considera oportuno.
- Corregir las malas interpretaciones de la información, según corresponda.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes.
- Incluir a la familia, si es adecuado.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE CONDUCTAS DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD INEFICACES

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de una gestión de conocimientos, actitudes y prácticas que subyacen a las acciones de salud que no son satisfactorias para mantener o mejorar el bienestar o prevenir enfermedades y lesiones.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Conflictos de creencias culturales y prácticas de salud	1 BIENESTAR PERSONAL	1.1 Salud psicológica 1.2 Salud física 1.3 Oportunidades para elegir de entre las opciones de atención sanitaria 1.4 Sensación de seguridad	1 Problema presente (comprometido).
2	Creencias culturales de salud	2 ESTADO DE SALUD PERSONAL	2.1 Realización de las actividades instrumentales de la vida diaria 2.2 Estado nutricional 2.3 Equilibrio del estado de ánimo 2.4 Vida espiritual	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Incapacidad para mantener el control	3 EQUILIBRIO EN EL ESTILO DE VIDA	3.1 Tiene en cuenta las necesidades y los valores personales a la hora de elegir las actividades de la vida 3.2 Utiliza estrategias para equilibrar las actividades laborales y los roles familiares 3.3 Participa en actividades que promueven el crecimiento personal 3.4 Participa en actividades congruentes con sus valores personales	3 Problema resuelto.
4	Conocimiento inadecuado sobre prácticas básicas de salud.			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE CONDUCTAS DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD INEFICACES

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Identificar los grupos de riesgo y rangos de edad que se beneficien más de la educación sanitaria.
- Identificar los factores internos y externos individuales, grupales o comunitarios que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta de salud.
- Determinar el conocimiento de salud actual y las conductas del estilo de vida.
- Ayudar a clarificar las creencias y valores de salud.
- Identificar los antecedentes étnicos y culturales, el apoyo familiar y comunitario, el entorno social, el alojamiento, la religión, las creencias espirituales y los factores relacionados con el estilo de vida.
- Incorporar estrategias para enfrentarse a conductas no saludables o que entrañen riesgos.
- Facilitar el diálogo, la interacción, el aprendizaje social, el espacio de apoyo y la cooperación dentro de la intervención grupal.
- Determinar el apoyo de la familia, compañeros y comunidad a las conductas que induzcan la salud.
- Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de la salud.

INTERVENCIÓN (NIC):

MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

- Identificar el problema en términos de conducta.
- Tener en cuenta que resulta más sencillo aumentar una conducta que disminuirla.
- Establecer objetivos de conducta por escrito.
- Desarrollar un programa de cambio de conducta.
- Establecer un suceso guía de la conducta antes de iniciar el cambio.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables.
- Presentar a personas y grupos que hayan superado con éxito la misma experiencia.
- Animar a que examine su propia conducta.
- Ayudar a identificar incluso los pequeños éxitos logrados.
- Animar al paciente a participar en el seguimiento y el registro de las conductas.
- Comentar el proceso de modificación de la conducta con todas las personas implicadas.
- Facilitar la implicación de otros profesionales sanitarios en el proceso de modificación, según corresponda.
- Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, según corresponda.
- Evaluar los cambios de conducta mediante la comparación de los sucesos basales con sucesos de conducta posteriores a la intervención.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENTRENAMIENTO EN SALUD

- Establecer una relación que promueva la confianza y la intimidad.
- Respetar al individuo como el administrador de su propia salud y bienestar.
- Revisar todos los aspectos de la vida del individuo en relación con la mejora de la salud.
- Derivar al individuo a otros profesionales y servicios, según corresponda.
- • Ayudar al individuo a tener en cuenta sus fortalezas personales, recursos y obstáculos para el cambio.
- Rastrear las preocupaciones del individuo de manera que se identifiquen las metas que serán el foco del proceso de entrenamiento.
- Involucrar al individuo en la formulación de metas que sean específicas, medibles, realistas y de duración determinada.
- Apoyar la sabiduría interna, la intuición y la habilidad innata del individuo para saber qué es lo mejor para sí mismo.
- Crear con el individuo un plan de acción con pasos claramente definidos y con los resultados esperados.
- Reforzar las fortalezas individuales y los recursos para la dirección y la acción elegidas.
- Ayudar al individuo a evaluar la eficacia de las acciones en relación con el logro de los objetivos esperados.
- Apoyar la autonomía reconociendo que el individuo es el actor principal del progreso y el éxito.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONDUCTAS DE MANTENIMIENTO DEL HOGAR INEFICACES

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón insatisfactorio de conocimientos y actividades para el mantenimiento seguro del propio hogar		1	Entorno desordenado	
		2	Dificultad para mantener un ambiente confortable	
		3	Actitud negativa hacia el mantenimiento del hogar	
		4	Patrón de enfermedades relacionadas con la higiene	
		5	Entorno antihigiénico	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Dificultad para tomar decisiones	1	ENTORNO SEGURO DEL HOGAR 1.1 Mantenimiento interior del hogar 1.2 Disponibilidad de agua limpia 1.3 Limpieza de la vivienda 1.4 Espacio para moverse con seguridad por la vivienda	1 Problema presente (comprometido).
2	Conocimiento inadecuado del mantenimiento del hogar	2	CONOCIMIENTO DE CONDUCTA SANITARIA 2.1 Estrategias para reducir el riesgo de lesiones accidentales 2.2 Estrategias para evitar la exposición a riesgos ambientales 2.3 Estrategias para la prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas 2.4 Servicios de promoción de la salud	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Habilidad de organización inadecuadas	3	ESTADO DE COMODIDAD DEL ENTORNO 3.1 Satisfacción con el entorno físico 3.2 Limpieza del entorno 3.3 Adaptaciones ambientales necesarias 3.4 Entorno tranquilo	3 Problema resuelto.
4	Modelo inadecuado de rol			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONDUCTAS DE MANTENIMIENTO DEL HOGAR INEFICACES

INTERVENCIÓN (NIC):

ASISTENCIA EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR

- Determinar las necesidades de mantenimiento del hogar del paciente
- Implicar a la persona en la decisión de las necesidades de mantenimiento del hogar.
- Identificar las necesidades básicas de saneamiento en el lugar de residencia.
- Proporcionar información sobre la manera de convertir el hogar en un sitio seguro y limpio.
- Sugerir servicios de reparación doméstica, si es necesario.
- Solicitar los servicios de una asistente, según corresponda.
- Ayudar a la familia a utilizar la red de apoyo social.
- Enseñar sobre cuidados básicos a domicilio.
- Coordinar el uso de recursos de la comunidad.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL

- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras sueltas, muebles móviles).
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
- Proporcionar una cama y un entorno limpios y cómodos.
- Disminuir los estímulos ambientales, según corresponda.
- Limpiar las zonas y los utensilios usados para comer y beber antes de que el paciente los use.
- Proporcionar información sobre la composición de un ambiente hogareño y seguro.
- Enseñar a construir un entorno de cuidados seguro y tranquilo en el hogar.

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables
- Determinar el tipo y el enfoque del programa de educación sanitaria (p. ej., salud física, salud social, salud emocional y mental, salud espiritual).
- Determinar el conocimiento de salud actual y las conductas del estilo de vida.
- Utilizar estrategias para motivar el cambio de conductas de salud o estilo de vida en la gente.
- Incorporar estrategias para enfrentarse a conductas no saludables o que entrañen riesgos.
- Determinar el apoyo de la familia, compañeros y comunidad a las conductas que induzcan la salud.
- Influir en el desarrollo de una política que garantice la educación sanitaria como beneficio para el empleado.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE CONDUCTAS DE MANTENIMIENTO DEL HOGAR INEFICACES

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 1: Conciencia acerca de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a un patrón insatisfactorio de conocimientos y actividades para el mantenimiento seguro del propio hogar.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Confusión	1 EQUILIBRIO EN EL ESTILO DE VIDA	1.1 Identifica las principales fuentes de estrés 1.2 Organiza el tiempo y la energía para alcanzar los objetivos personales 1.3 Participa en actividades que satisfagan las necesidades psicológicas 1.4 Participa en actividades compatibles con los valores personales	1 Problema presente (comprometido).
2	Síntomas depresivos	2 EQUILIBRIO EMOCIONAL	2.1 Muestra un estado de ánimo estable 2.2 Mantiene el aseo y la higiene personal 2.3 Muestra interés por lo que le rodea 2.4 Realiza las tareas diarias	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Deterioro de la movilidad física	3 AUTOCONTROL DE LA DEPRESIÓN	3.1 Identifica los factores precursores de la depresión	3 Problema resuelto.
			3.2 Planifica estrategias para reducir los efectos de los factores precursores	
			3.3 Practica técnicas de resolución de problemas	
			3.4 Mantiene el aseo y la higiene personal	
4	Distrés psicológico			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE CONDUCTAS DE MANTENIMIENTO DEL HOGAR INEFICACES

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LAS APTITUDES PARA LA VIDA DIARIA

- Potenciar la motivación mediante el establecimiento de metas asequibles progresivas
- Evaluar las habilidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente
- Adaptar el contenido a las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y efectivas del paciente
- Determinar la capacidad del paciente para aprender información específica (es decir, tener en cuenta el nivel de desarrollo, el estado fisiológico, la orientación, el dolor, la fatiga, las necesidades básicas insatisfechas, el estado emocional y la adaptación a la enfermedad del paciente).
- Utilizar tareas para practicar y mejorar la aplicación de las nuevas habilidades en situaciones de la vida real.
- Enseñar al paciente a establecer prioridades y tomar decisiones.
- Enseñar al paciente cómo manejar sus síntomas de la enfermedad, si procede.
- Instruir al paciente sobre los aspectos fundamentales del lugar de trabajo (p. ej., mejora del rendimiento en el trabajo, aprendizaje sobre el lugar específico de trabajo y las expectativas de rendimiento, realización de amistades y socialización apropiada).
- Identificar y organizar la participación en actividades de ocio.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA AUTOESTIMA

- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO A LA FAMILIA

- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Favorecer una relación abierta de confianza con la familia.
- Crear un ambiente terapéutico de apoyo para la familia.
- Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
- Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.
- Facilitar la expresión de preocupaciones y sentimientos entre el paciente y su familia o entre los miembros de la familia.
- Ayudar a la familia a priorizar las necesidades de salud dentro de esta.
- Proporcionar oportunidades para que la familia aplique estrategias de afrontamiento que puedan funcionar en la situación actual.
- Respetar y apoyar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:		DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LAS CONDUCTAS DE MANTENIMIENTO DEL HOGAR		
DOMINIO 1: Promoción de la Salud		CLASE 2: Gestión de la salud		
DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de conocimientos y actividades para el mantenimiento seguro del propio hogar que puede fortalecerse.		1	Deseos de mejorar la actitud hacia las tareas del hogar	
		2	Deseos de mejorar el confort ambiental	
		3	Deseos de mejorar la seguridad en el hogar	
		4	Deseos de mejorar las habilidades de organización	
		5	Deseos de mejorar la gestión de la basura	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	ENTORNO SEGURO DEL HOGAR	1.1 Limpieza de la vivienda 1.2 Espacio para moverse con seguridad por la vivienda 1.3 Uso del sistema de seguridad doméstico 1.4 Mantenimiento del equipo para cumplir las normas de seguridad	1 Problema presente (comprometido).
2	2	AUTOGESTIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)	2.1 Identifica la ayuda necesaria para mantener el hogar 2.2 Obtiene ayuda para el mantenimiento de la casa 2.3 Obtiene ayuda con las tareas domésticas 2.4 Supervisa las tareas delegadas a otros	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	ESTADO DE COMODIDAD DEL ENTORNO	3.1 Satisfacción con el entorno físico 3.2 Organización del entorno 3.3 Limpieza del entorno 3.4 Entorno tranquilo	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LAS CONDUCTAS DE MANTENIMIENTO DEL HOGAR

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras sueltas, muebles móviles).
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.
- Al escoger compañeros de habitación tener en cuenta la estética del entorno.
- Proporcionar una cama y un entorno limpios y cómodos.
- Disminuir los estímulos ambientales, según corresponda.
- Traer objetos familiares del hogar.
- Mantener una coherencia en cuanto a la asignación de personal en el tiempo.
- Proporcionar información sobre la composición de un ambiente hogareño y seguro.
- Enseñar a construir un entorno de cuidados seguro y tranquilo en el hogar.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASISTENCIA EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR

- Determinar las necesidades de mantenimiento del hogar.
- Implicar a la persona en la decisión de las necesidades de mantenimiento del hogar.
- Identificar las necesidades básicas de saneamiento en el lugar de residencia.
- Aconsejar las modificaciones estructurales necesarias para que el hogar sea accesible.
- Proporcionar información sobre la manera de convertir el hogar en un sitio seguro y limpio.
- Ofrecer soluciones a las dificultades económicas.
- Solicitar los servicios de una asistente, según corresponda.
- Ayudar a la familia a utilizar la red de apoyo social.
- Proporcionar información sobre la ayuda temporal a los que cuidan a los miembros de la familia, si es necesario.
- Enseñar sobre cuidados básicos a domicilio.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL CONFORT

- Determinar objetivos de manejo del entorno y confort óptimo.
- Proporcionar un entorno seguro, limpio, tranquilo y aireado.
- Ofrecer la posibilidad de elegir, siempre que sea posible, actividades sociales y visitas.
- Determinar las fuentes de malestar, como apósitos húmedos, colocación de tubos, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada e irritantes ambientales.
- Ajustar la temperatura ambiental a la más confortable para el individuo, si es posible.
- Facilitar las medidas de higiene.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL COMPROMISO DE EJERCICIO

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de atención a la actividad física que se caracteriza por movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, que pueden fortalecerse.		1	Deseos de mejorar la autonomía para las actividades de la vida diaria.	
		2	Deseos de mejorar el conocimiento sobre los entornos físicos para la participación en la actividad física	
		3	Deseos de mejorar el conocimiento sobre la necesidad de actividad física	
		4	Deseos de mejorar la condición física	
		5	Deseos de mantener el bienestar físico mediante la actividad física	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	CONOCIMIENTO DE UNO MISMO	1.1 Reconoce las capacidades físicas personales 1.2 Reconoce las limitaciones físicas personales 1.3 Acepta la propiedad de sus conductas 1.4	1 Problema presente (comprometido).
2	2	CONDUCTA DE ADHERENCIA: ACTIVIDAD PRESCRITA	2.1 Identifica los beneficios esperados de la actividad física 2.2 Recibe instrucciones sobre cómo realizar actividades 2.3 Utiliza estrategias para dedicar tiempo a la actividad física 2.4 Participa en la actividad física diaria prescrita	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	PARTICIPACIÓN EN EL EJERCICIO	3.1 Equilibra la rutina de vida para incluir el ejercicio 3.2 Hace ejercicio regularmente 3.3 Realiza ejercicio en un entorno seguro 3.4 Optimiza las oportunidades para hacer ejercicio	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL COMPROMISO DE EJERCICIO

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DEL EJERCICIO

- Evaluar las creencias y deseos de salud sobre el ejercicio físico.
- Investigar experiencias deportivas anteriores.
- Determinar la motivación para empezar o continuar con el programa de ejercicios.
- Explorar los obstáculos para el ejercicio.
- Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca del ejercicio o la necesidad de este.
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Ayudar a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.
- Ayudar a integrar el programa de ejercicios en la rutina semanal.
- Realizar los ejercicios con la persona, según corresponda.
- Informar acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Monitorizar el cumplimiento del programa o de la actividad de ejercicio.

INTERVENCIÓN (NIC):

**FAVORECIMIENTO DEL EJERCICIO:
ENTRENAMIENTO DE FUERZA**

- Examinar el estado general antes del ejercicio para identificar los posibles riesgos del ejercicio utilizando escalas estandarizadas de la preparación para la actividad física o una anamnesis y una exploración física.
- Facilitar información acerca de los tipos de resistencia muscular que pueden utilizarse (p. ej., pesas libres, máquinas de pesas, bandas elásticas de goma, objetos pesados, acuáticos).
- Ayudar a fijar objetivos realistas a corto y largo plazo y a lograr el dominio del programa de ejercicios.
- Ayudar a desarrollar formas para minimizar los efectos de las barreras de procedimiento, emocionales, de actitud, económicas o de comodidad en el entrenamiento muscular frente a resistencias.
- Ayudar a obtener los recursos necesarios para dedicarse al entrenamiento muscular progresivo.
- Ayudar a desarrollar un entorno en el hogar/trabajo que facilite la dedicación al programa de ejercicios.
- Proporcionar un programa de entrenamiento de fuerza compatible con la edad y el estado de salud.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: EJERCICIO PRESCRITO

- Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente y el conocimiento del ejercicio prescrito.
- Evaluar las limitaciones fisiológicas y psicológicas del paciente, así como su condición y nivel cultural.
- Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito.
- Ayudar al paciente a marcarse objetivos para un aumento lento y constante del ejercicio.
- Enseñar al paciente a llevar un diario de ejercicios, si resulta posible.
- Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.
- Enseñar al paciente los métodos de conservación de energía, según corresponda.
- Observar al paciente mientras realiza el ejercicio prescrito.
- Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria.
- Ayudar al paciente a alternar correctamente los períodos de descanso y actividad.
- Incluir a la familia, si resulta apropiado.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

ALFABETIZACIÓN EN SALUD INADECUADA

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 1: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón insatisfactorio de obtención, valoración y aplicación de información y de servicios básicos necesarios para la toma de decisiones en salud.		1	Dificultad para aplicar una medida relacionada con la salud	
		2	Dificultad en la toma de decisiones sobre la atención de salud personal	
		3	Conocimiento inadecuado de las prácticas de salud	
		4	Comprensión inadecuada de la información de salud	
		5	Búsqueda inadecuada de servicios de salud	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Depende de las opiniones de los demás	1 CONDUCTA ALFABETIZACIÓN SOBRE LA SALUD DE	1.1 Manifiesta que comprende la información escrita relevante para la salud 1.2 Evalúa la información relevante para la salud personal 1.3 Identifica las preferencias personales en materia de atención sanitaria 1.4 Identifica a los proveedores de servicios Sanitarios	1 Problema presente (comprometido).
2	Información disponible inadecuada para la persona de apoyo	2 CONDUCTA ALFABETIZACIÓN SOBRE SEGUROS DE SANITARIOS DE	2.1 Identifica el tipo de seguro necesario en función de las necesidades de salud 2.2 Identifica a los profesionales sanitarios de la red 2.3 Establece las necesidades de cobertura del seguro en función de las necesidades de la familia 2.4 Pregunta por la cobertura antes de obtener los servicios	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Confianza inadecuada en el personal de salud	3 SATISFACCIÓN DEL PACIENTE/USUARIO: ACCESO A LOS RECURSOS SANITARIOS	3.1 Accesibilidad a los servicios 3.2 Coordinación de los recursos sanitarios 3.3 Coordinación con otros profesionales sanitarios 3.4 Facilitación de citas con el médico	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

ALFABETIZACIÓN EN SALUD INADECUADA

INTERVENCIÓN (NIC):

ORIENTACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO

- Determinar los servicios cualificados disponibles en función de la ubicación.
- Determinar el conocimiento actual del sistema sanitario y las necesidades de atención sanitaria.
- Explicar los servicios asistenciales más próximos, cómo funcionan y lo que se puede esperar.
- Ayudar a elegir a los profesionales sanitarios adecuados.
- Instruir sobre el tipo de servicio que puede esperar de cada clase de profesional sanitario.
- Informar sobre los distintos tipos de instalaciones sanitarias (hospital general, hospital de especialidades, hospital universitario, ambulatorio y clínica de cirugía ambulatoria), según corresponda.
- Aconsejar que se solicite una segunda opinión, según proceda.
- Facilitar la comunicación entre los profesionales sanitarios y la persona, según corresponda.
- Animar a consultar a otros profesionales sanitarios, según corresponda.
- Revisar y completar la información proporcionada por otros profesionales sanitarios.
- Disponer un sistema de seguimiento, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD

- Crear un entorno sanitario en el que un paciente con problemas para leer y escribir pueda buscar ayuda sin sentirse avergonzado o estigmatizado.
- Evitar la jerga médica y el uso de acrónimos.
- Comunicarse teniendo en cuenta la idoneidad según la cultura, la edad y el sexo.
- Determinar la experiencia del paciente con el sistema sanitario, incluidos la promoción de la salud, la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el cuidado y mantenimiento de la salud y el paso por el sistema sanitario.
- Determinar el estado del acceso a la información sobre salud al inicio del contacto con el paciente con evaluaciones informales y/o formales.
- Determinar qué sabe ya el paciente sobre su estado o riesgo de salud y relacionar la nueva información con lo que ya sabe.
- Proporcionar una enseñanza o consejos individuales, siempre que sea posible.
- Proporcionar materiales escritos comprensibles.
- Utilizar estrategias para potenciar el conocimiento.
- Utilizar múltiples herramientas de comunicación.
- Evaluar la comprensión del paciente haciendo que repita con sus propias palabras o demuestre su capacidad.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENTRENAMIENTO EN SALUD

- Respetar al individuo como el administrador de su propia salud y bienestar.
- Escuchar atentamente y validar que ha entendido el relato del individuo.
- Revisar todos los aspectos de la vida del individuo en relación con la mejora de la salud.
- Derivar al individuo a otros profesionales y servicios, según corresponda.
- Ayudar al individuo a identificar estrategias para alcanzar sus metas.
- Crear con el individuo un plan de acción con pasos claramente definidos y con los resultados esperados.
- Reforzar las fortalezas individuales y los recursos para la dirección y la acción elegidas.
- Solicitar que la persona se comprometa con el plan y tome medidas para seguir adelante.
- Ayudar al individuo a evaluar la eficacia de las acciones en relación con el logro de los objetivos esperados.
- Apoyar la autonomía reconociendo que el individuo es el actor principal del progreso y el éxito.
- Documentar el progreso y el logro de los objetivos del entrenamiento.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:		RIESGO DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD INADECUADA						
DOMINIO 1:		Promoción de la Salud		CLASE 1: Gestión de la salud				
DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS						
Susceptible de seguir un patrón insatisfactorio de obtención, valoración y aplicación de información y de servicios básicos necesarios para la toma de decisiones en salud.		1						
		2						
		3						
		4						
		5						
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN			
1	Síntomas depresivos	1	CONDUCTA ALFABETIZACIÓN SOBRE LA SALUD	DE	1.1	Manifiesta que comprende la información visual relevante para la salud	1	Problema presente (comprometido).
				1.2	Identifica las preferencias personales en materia de atención sanitaria			
				1.3	Expresa su preocupación			
				1.4	Utiliza un sistema de apoyo personal			
2	Habilidades inadecuadas de comunicación	2	CREENCIAS SOBRE LA SALUD		2.1	Percepción de la importancia de actuar	2	Problema parcialmente resuelto.
				2.2	Percepción de control sobre el resultado sobre la salud			
				2.3	Percepción de una mejora del estilo de vida por realizar una acción			
				2.4	Percepción de confianza en las fuentes de información			
3	Apoyo social inadecuado	3	CREENCIAS SOBRE LA SALUD: PERCEPCIÓN DE RECURSOS		3.1	Percepción del apoyo del profesional sanitario	3	Problema resuelto.
				3.2	Percepción de la capacidad percibida			
				3.3	Percepción de acceso a la medicación			
				3.4	Percepción de acceso a los servicios de asistencia sanitaria			
4	Visión inadecuada desatendida							

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD INADECUADA

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA AUTOCONCIENCIA

- Ayudar al paciente a identificar los valores que contribuyen al Autoconcepto.
- Compartir observaciones o pensamientos sobre la conducta o la respuesta del paciente.
- Facilitar la identificación por parte del paciente de sus formas de respuesta habituales a diversas situaciones.
- Ayudar al paciente a identificar las prioridades en la vida.
- Ayudar al paciente a identificar el efecto de la enfermedad sobre el Autoconcepto.
- Ayudar al paciente a cambiar su visión de sí mismo como víctima mediante la definición de sus propios derechos, según proceda.
- Explorar con el paciente la necesidad de control.
- Ayudar al paciente a identificar los atributos positivos de sí mismo

INTERVENCIÓN (NIC):

FACILITACIÓN DE LA AUTORRESPONSABILIDAD

- Considerar responsable al paciente de su propia conducta.
- Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.
- Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.
- Facilitar al paciente y a su familia la toma de decisiones con respecto a su cuidado, según sea apropiado.
- Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda llevarla a cabo.
- Asegurar que los pacientes y los miembros de la familia tengan los recursos apropiados para asumir más responsabilidad.
- Discutir las consecuencias de no asumir las propias responsabilidades.
- Brindar oportunidades para la autoevaluación y el autorreflexión.
- Fomentar el reconocer las malas conductas, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO

- Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos.
- Valorar las razones del paciente para desear cambiar.
- Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica.
- Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado.
- Explicar al paciente la importancia de la automonitorización en el intento de cambiar la conducta.
- Ayudar al paciente a formular un plan sistemático del cambio de conducta.
- Ayudar al paciente a identificar las circunstancias o situaciones en las que se produce la conducta (señales/desencadenantes).
- Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños.
- Animar al paciente a continuar emparejando la conducta deseada con los estímulos existentes hasta que se convierta en algo habitual o automático.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de obtención, valoración y aplicación de la información y los servicios sanitarios básicos necesarios para tomar decisiones sanitarias, que puede fortalecerse.		1	Deseos de mejorar la capacidad de leer, escribir, hablar e interpretar números para las necesidades de salud cotidianas	
		2	Deseos de mejorar la comunicación con el personal de salud.	
		3	Deseo de mejorar el conocimiento de los determinantes actuales de la salud en los entornos sociales y físicos.	
		4	Deseos de mejorar la toma de decisiones sobre la atención de salud personal.	
		5	Deseos de mejorar la comprensión de la información de salud para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud.	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	CONDUCTA DE ALFABETIZACIÓN LA SALUD SOBRE	1.1 Identifica las necesidades de salud personales 1.2 Manifiesta que comprende el tratamiento recomendado 1.3 Identifica los servicios preventivos 1.4 Toma decisiones informadas sobre la atención sanitaria	1 Problema presente (comprometido).
2	2	CONDUCTA DE ALFABETIZACIÓN DIGITAL	2.1 Navega por internet 2.2 Utiliza un dispositivo electrónico para recopilar información sanitaria 2.3 Se comunica eficazmente utilizando aplicaciones electrónicas 2.4 Utiliza el pensamiento crítico para evaluar la información de los sitios de Internet	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	CREENCIAS SOBRE LA SALUD	3.1 Percepción de beneficios por una acción 3.2 Percepción de control sobre el resultado sobre la salud 3.3 Percepción de una mejora del estilo de vida por realizar una acción 3.4 Percepción de confianza en las fuentes de información.	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA INDIVIDUAL

- Establecer una relación de confianza.
- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
- Determinar la preparación del paciente para aprender.
- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
- Valorar el nivel educativo del paciente.
- Valorar las capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.
- Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).
- Mejorar la disponibilidad del paciente para aprender, según corresponda.
- Valorar el estilo de aprendizaje del paciente.
- Seleccionar los métodos/estrategias adecuadas de enseñanza del paciente.
- Seleccionar los materiales educativos adecuados.
- Proporcionar folletos, vídeos y recursos en línea educativos, cuando proceda.
- Seleccionar nuevos métodos/estrategias de enseñanza, si los anteriores hubieran sido ineficaces.
- Incluir a la familia, si es adecuado.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD

- Crear un entorno sanitario en el que un paciente con problemas para leer y escribir pueda buscar ayuda sin sentirse avergonzado o estigmatizado.
- Utilizar una comunicación clara y adecuada
- Utilizar un lenguaje sencillo.
- Simplificar el lenguaje cuando sea posible
- Utilizar un ritmo lento al hablar.
- Determinar el estado del acceso a la información sobre salud al inicio del contacto con el paciente con evaluaciones informales y/o formales.
- Determinar el estilo de aprendizaje del paciente.
- Observar los indicios de alteración del acceso a la información sobre salud (p. ej., no conseguir rellenar formularios escritos, olvidar citas, no tomar la medicación adecuadamente, incapacidad de identificar los medicamentos o de describir las razones para tomarlos, remitirse a la familia para la información sobre el estado de salud, hacer múltiples preguntas sobre temas ya incluidos en folletos y prospectos, evitar leer cosas delante de los profesionales sanitarios)
- Utilizar múltiples herramientas de comunicación (p. ej., cintas de audio, cintas de vídeo, vídeo digital, ordenadores, pictogramas, modelos, diagramas)

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Utilizar la mejor información disponible (p. ej., investigación de alta calidad), comprensible, adaptada a las necesidades lingüísticas y culturales, utilizando técnicas de asesoramiento facilitador y enseñanza didáctica.
- Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de lectura adecuado a la audiencia diana.
- Instruir sobre el manejo de la medicación (p. ej., enseñar sobre medicación, cumplimiento y efectos adversos, cuándo y cómo buscar tratamiento, responder preguntas, preparar para el automanejo), según sea necesario.
- Utilizar teleconferencias, telecomunicaciones y tecnologías informáticas para la enseñanza a distancia.
- Implementar estrategias para medir el programa y la rentabilidad de la educación, utilizando estos datos para mejorar la eficacia de los programas subsiguientes.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de desarrollo o mantenimiento del bienestar y las funciones físicas, mentales, sociales y espirituales con la edad avanzada, que puede fortalecerse.		1	Deseos de mejorar la gestión de la condición	
		2	Deseos de mejorar la capacidad funcional	
		3	Deseos de aumentar la independencia para el autocuidado	
		4	Deseos de mejorar los conocimientos para tomar decisiones adecuadas que promuevan la salud	
		5	Deseos de mejorar la calidad de vida	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	ENVEJECIMIENTO EFICAZ	1.1 Expectativas positivas sobre el envejecimiento 1.2 Resiliencia fisiológica 1.3 Alta función física 1.4 Seguridad económica para sus necesidades y deseos	1 Problema Presente (comprometido).
2	2	DESEMPEÑO DEL ROL	2.1 Describe los cambios de rol por enfermedad o discapacidad 2.2 Describe los cambios de rol con las personas mayores dependientes 2.3 Cumple las expectativas de su rol 2.4	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	DESARROLLO: ADULTO MAYOR	3.1 Mantiene la capacidad de resolución de problemas 3.2 Muestra una visión realista de sus capacidades 3.3 Se adapta al deterioro funcional 3.4 Busca comprender el sentido de su propia vida	3 Problema Resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE ACTIVIDAD

- Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas.
- Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades.
- Ayudar al paciente a explorar el significado personal de la actividad habitual (p. ej., trabajo) y/o actividades recreativas favoritas.
- Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.
- Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer más que en las debilidades.
- Ayudar al paciente a identificar las actividades significativas.
- Ayudar al paciente y a la familia a identificar los déficits de nivel de actividad.
- Identificar estrategias para fomentar la participación del paciente en actividades deseadas.
- Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud.
- Enseñar al paciente y a la familia a realizar la actividad deseada o prescrita.
- Coordinar la selección del paciente de las actividades adecuadas para su edad.

INTERVENCIÓN (NIC):

**MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA:
HABILIDADES SOCIALES**

- Ayudar a identificar los problemas de conducta debidos a la forma en la que una persona se relaciona con otras.
- Animar a expresar los sentimientos (positivos y negativos) asociados con los problemas interpersonales.
- Ayudar a identificar pautas posibles de acción y sus consecuencias sociales o interpersonales, incluyendo cambios que es probable que experimenten por los nuevos objetivos relativos a las relaciones.
- Ayudar a escenificar las etapas conductuales si se siente cómodo en el juego de roles.
- Enseñar a los allegados (familiares, compañeros, empleadores) el propósito y el proceso del entrenamiento de las habilidades sociales, etc.), según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

- Establecer objetivos funcionales realistas con un plan para alcanzarlos.
- Abordar los factores de riesgo que afectan al logro de los objetivos (p. ej., efectos secundarios de la polimedicación, reciente hospitalización, depresión, deterioro cognitivo, problemas nutricionales, miedo a las caídas).
- Abordar los procesos de la enfermedad (p. ej., enfermedad tiroidea, infección, afecciones cardíacas o pulmonares, trastornos metabólicos, anemia) que puedan ser la causa del deterioro funcional.
- Determinar la necesidad de gafas, audífonos y dispositivos de movilidad (p. ej., bastón, andador).
- Modificar las tareas o el entorno, según sea necesario.
- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios apropiado para satisfacer sus necesidades.
- Aconsejar a los pacientes sobre los beneficios cognitivos del compromiso social, una nutrición equilibrada y las actividades físicas.
- Educar a los ancianos para que comprendan los cambios relacionados con la edad, los ajustes apropiados al estilo de vida y el afrontamiento efectivo.
- Fomentar las visitas programadas regularmente a sus servicios de salud.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

SÍNDROME DEL ANCIANO FRÁGIL

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS					
Estado dinámico de desequilibrio que incluye el deterioro de las funciones y reservas en todos los sistemas fisiológicos.		1	Disminución de la tolerancia a la actividad				
		2	Deterioro de la memoria				
		3	Deterioro de la movilidad física				
		4	Inadecuada ingesta nutricional proteico-energética				
		5	Riesgo de caídas en adultos				
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN			
1	Disminución de la energía	1	DESARROLLO: ADULTO MAYOR	1	Problema Presente (comprometido).		
			1.1			Mantiene la función cognitiva	
			1.2			Aplica estrategias compensadoras si se produce un deterioro de la memoria	
			1.3			Acepta la ayuda de los demás	
			1.4	Evalúa el riesgo personal de caídas			
2	Deterioro del equilibrio postural	2	AMBULAR	2	Problema parcialmente resuelto.		
			2.1			Soporta el peso	
			2.2			Camina a paso moderado	
			2.3			Anda por la habitación	
			2.4	Anda por la casa			
3	Malnutrición	3	FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA: CUIDADOS DE LA DEMENCIA	3	Problema Resuelto.		
						3.1	Atiende las necesidades de los miembros de la familia afectados
						3.2	Utiliza estrategias para manejar la perdida de la memoria
						3.3	Utiliza estrategias para promover una ingesta de alimentos adecuada
						3.4	Evalúa la capacidad de la familia para proporcionar cuidados al miembro de la familia afectado a medida que progresa la enfermedad
4	Apoyo social inadecuado						

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

SÍNDROME DEL ANCIANO FRÁGIL

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE EJERCICIOS: AMBULACIÓN

- Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno.
- Eliminar las barreras del entorno a lo largo del recorrido.
- Aplicar y proporcionar un dispositivo de ayuda (p. ej., bastón, muletas, silla de ruedas) para la deambulaci3n si tiene inestabilidad.
- Ayudar con la deambulaci3n inicial, si es necesario.
- Instruir acerca de las t3cnicas de traslado y deambulaci3n seguras.
- Vigilar la utilizaci3n de muletas, bastones u otros dispositivos de ayuda para andar.
- Ayudar a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un n3mero concreto de personal.
- Ayudar a establecer aumentos de distancia realistas para la deambulaci3n.
- Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA DEMENCIA

- Incluir a los familiares en la planificaci3n, provisi3n y evaluaci3n de cuidados, en el grado deseado.
- Identificar los esquemas usuales de comportamiento para actividades como dormir, utilizaci3n de medicamentos, eliminaci3n, ingesta de alimentos y autocuidado.
- Tratar con dignidad y respeto.
- Determinar las expectativas conductuales adecuadas para el estado cognitivo.
- Identificar y retirar los peligros potenciales del entorno.
- Monitorizar la alimentaci3n y el peso.
- Proporcionar apoyo para la alimentaci3n (p. ej., ambiente hogareño, alimentos y cubiertos adaptados, alimentos culturalmente apropiados, salud bucodental adecuada)
- Proporcionar espacio seguro para paseos.
- Monitorizar cuidadosamente si hay causas fisiol3gicas que aumenten una confusi3n que pueda ser aguda y reversible.

INTERVENCIÓN (NIC):

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

- Identificar d3ficits cognitivos o f3sicos que puedan aumentar el riesgo de ca3das.
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de ca3das.
- Identificar las caracter3sticas del ambiente que aumentan las posibilidades de ca3das (suelos resbaladizos, alfombras, escaleras sin barandillas)
- Evaluar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular
- Ayudar a la deambulaci3n de las personas inestables.
- Animar a utilizar un bast3n, un andador o un cintur3n de marcha, seg3n corresponda.
- Enseñar a utilizar un bast3n, un andador o un cintur3n de marcha, seg3n corresponda.
- Instruir para que pida ayuda para moverse, si lo precisa.
- Evitar reorganizaciones innecesarias del ambiente f3sico.
- Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE SÍNDROME DEL ANCIANO FRÁGIL

DOMINIO 1: Promoción de la Salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de un estado dinámico de desequilibrio que incluye el deterioro de las funciones y reservas en todo el sistema fisiológico.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Anorexia del envejecimiento	1 ESTADO NUTRICIONAL	1.1 Ingesta de nutrientes 1.2 Ingesta de alimentos 1.3 Energía 1.4	1 Problema presente (comprometido).
2 Temor a caerse	2 MOVIMIENTO COORDINADO	2.1 Control del movimiento 2.2 Estabilidad del movimiento 2.3 2.4	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Conocimiento inadecuado del cuidador sobre los factores modificables	3 FACTORES ESTRESANTES DEL CUIDADOR	3.1 Factores estresantes referidos por el cuidador 3.2 Percepción de falta de apoyo social 3.3 Deterioro de la relación entre el cuidador y el paciente 3.4 Falta de apoyo familiar	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE SÍNDROME DEL ANCIANO FRÁGIL

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

- Determinar el estado de salud, los sistemas de apoyo y los objetivos del tratamiento.
- Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados para desarrollar un plan de tratamiento; implicar a la persona y/o allegados, según corresponda.
- Desarrollar una relación de apoyo.
- Realizar regularmente comentarios y acciones que generen esperanza para alentar los esfuerzos hacia la recuperación.
- Monitorizar la ingesta y eliminación de líquidos, según corresponda.
- Fomentar el auto monitorización de la ingesta diaria de alimentos, la ganancia de peso y el mantenimiento del peso, según corresponda.
- Ayudar a la persona y a los allegados a examinar y resolver cuestiones personales que puedan contribuir a los trastornos de alimentación, según sea necesario.
- Delegar la responsabilidad total de opciones acerca de la alimentación y la actividad física en la persona, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

- Identificar déficits cognitivos o físicos que puedan aumentar el riesgo de caídas.
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Ayudar a ir al baño a intervalos frecuentes y programados.
- Evaluar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
- Ayudar a la deambulación de las personas inestables.
- Instruir para que pida ayuda para moverse, si lo precisa.
- Informar sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y las formas de reducir dichos riesgos.
- Ayudar a identificar y modificar los peligros del hogar.
- Establecer un acuerdo de seguridad frente a las caídas, según proceda.

INTERVENCIÓN (NIC):

FACILITACIÓN DE LA PRESENCIA DE LA FAMILIA

- Utilizar un abordaje de toma de decisiones compartida para comunicar los riesgos y beneficios en los casos en los que la familia pueda estar físicamente presente.
- Informar al equipo interprofesional de la reacción emocional de la familia ante el estado de la persona, según proceda.
- Obtener información respecto al estado de la persona, la res puesta al tratamiento y las necesidades identificadas.
- Dar a la familia información y explicaciones oportunas sobre el estado de la persona, la respuesta al tratamiento y las necesidades identificadas, en términos comprensibles.
- Conseguir la ayuda de la familia para garantizar que los demás miembros cumplen los protocolos de seguridad establecidos, si está indicado.
- Cuando se hable con la familia, utilizar el nombre de la persona.
- Determinar las necesidades de apoyo emocional, físico, psicosocial y espiritual de la persona y de la familia, y tomar las medidas oportunas para satisfacer dichas necesidades, según precise.
- Determinar la carga psicológica del pronóstico para la familia.
- Fomentar esperanzas realistas, según corresponda.
- Defender a la familia, según sea necesario.

Dominio 2

Nutrición

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

INGESTA NUTRICIONAL INADECUADA

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Consumo insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.		1	Dolor abdominal	
		2	Ingesta de alimentos inferior a las necesidades estimadas	
		3	Hiperperistaltismo	
		4	Peso inferior al normal para la edad y el sexo	
		5	Pérdida de peso involuntaria a pesar de una ingesta adecuada de alimentos	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Aversión a la comida	1 ESTADO NUTRICIONAL	1.1 Ingesta de alimentos	1 Problema presente (comprometido).
			1.2 Ingesta de nutrientes	
			1.3 Relación peso/talla	
			1.4 Hidratación	
2	Deterioro de la integridad de la mucosa oral	2 ESTADO DE DEGLUCIÓN	2.1 Acepta los alimentos	2 Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Náuseas	
			2.3 Mayor esfuerzo para tragar	
			2.4 Molestias al tragar	
3	Deterioro de la deglución	3 FUNCIÓN GASTROINTESTINAL	3.1 Dolor abdominal	3 Problema resuelto
			3.2 Aumento del peristaltismo visible	
			3.3 Pérdida de peso	
4	Hiperperistaltismo		3.4 Indigestión	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

INGESTA NUTRICIONAL INADECUADA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA NUTRICIÓN

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Ajustar la dieta (es decir, proporcionar alimentos con alto contenido proteico; sugerir el uso de hierbas y especias como una alternativa a la sal; proporcionar sustitutos de azúcar).
- Realizar o ayudar a los pacientes con los cuidados orales antes de comer.
- Administrar medicamentos antes de comer (p. ej., analgésicos, antieméticos), si es necesario.
- Monitorizar las calorías y la ingesta necesaria.
- Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.
- Enseñar al paciente a controlar las calorías y la ingesta dietética.
- Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.
- Derivar al paciente a los servicios necesarios.

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE DEGLUCIÓN

- Determinar el tipo de dificultad con la deglución (p. ej., inflamación, constricción, disfunción neurológica).
- Ayudar a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible de los 90 grados) para la alimentación/ejercicio.
- Ayuda a colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para la deglución (barbilla metida).
- Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.
- Utilizar ejercicios de mandíbula, lengua y deglución para fortalecerlos.
- Monitorizar los signos y síntomas de aspiración.
- Monitorizar si hay signos de fatiga al comer, beber y deglutir.
- Monitorizar la consistencia de los alimentos y líquidos en función de los resultados del estudio de deglución.
- Monitorizar el peso corporal.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO INTESTINAL

- Identificar los factores que afectan al hábito intestinal.
- Monitorizar las defecaciones, incluyendo fecha, frecuencia, consistencia, volumen, forma y color, según corresponda.
- Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.
- Enseñar los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.
- Consultar con un dietista, según sea necesario.
- Enseñar a registrar la frecuencia, la consistencia, el volumen, la forma y el color de las heces.
- Instruir sobre hábitos intestinales saludables (p. ej., evitar el esfuerzo, posición adecuada en el inodoro).
- Instruir sobre los alimentos de alto contenido en fibra, según corresponda.
- Evaluar el perfil de medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **RIESGO DE INGESTA NUTRICIONAL INADECUADA**

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Susceptible de consumo insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1	Alteración en la percepción del sabor	1 CONOCIMIENTO: DIETA SALUDABLE	1.1	Rango de peso personal óptimo	1 Problema presente (comprometido).
			1.2	Ingesta de nutrientes adecuada a las necesidades individuales	
			1.3	Alimentos congruentes con las directrices nutricionales	
			1.4	Recomendaciones dietéticas sobre una ingesta saludable de grasas, proteínas e hidratos de carbono	
2	Deterioro de la integridad de la mucosa oral	2 ESTADO NUTRICIONAL	2.1	Ingesta de alimentos	2 Problema parcialmente resuelto.
			2.2	Ingesta de nutrientes	
			2.3	Relación peso/talla	
			2.4	Hidratación	
3	Suministro inadecuado de alimentos	3 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	3.1	Sensibilidad	3 Problema resuelto
			3.2	Hidratación	
			3.3	Lesiones de las mucosas	
4	Conocimientos inadecuados sobre los requerimientos nutricionales		3.4	Textura	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE INGESTA NUTRICIONAL INADECUADA

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA

- Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.
- Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.
- Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.
- Instruir al paciente acerca de cómo mantener un diario de alimentos, según sea el caso.
- Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.
- Informar al paciente acerca de cuánto tiempo se debe seguir la dieta.
- Ayudar al paciente a sustituir ingredientes para cumplir las recetas favoritas de la dieta prescrita.
- Instruir al paciente sobre la forma de planificar las comidas adecuadas.
- Reforzar la importancia de la monitorización continua y las necesidades cambiantes que puedan requerir modificaciones adicionales del plan de cuidados dietético.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL

- Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (p. ej., índice de masa corporal, medición de cintura).
- Monitorizar las tendencias de pérdida o ganancia de peso.
- Identificar los cambios recientes del peso corporal.
- Monitorizar la presencia de náuseas y vómito.
- Monitorizar la ingesta calórica y dietética.
- Identificar los cambios recientes de apetito y actividad.
- Determinar los patrones de comida (p. ej., gustos y aversiones alimentarias, consumo excesivo de comida rápida, comidas no realizadas, comer de prisa).
- Identificar anomalías en las uñas (p. ej., forma de cuchara, agrietadas, partidas, rotas, quebradizas y estriadas).
- Evaluar la deglución (p. ej., función motora de los músculos faciales, orales y linguales, reflejo nauseoso).
- Identificar las anomalías de la cavidad oral (p. ej., inflamación, encías esponjosas, retraídas o hemorrágicas; labios secos y agrietados; llagas).
- Determinar las recomendaciones energéticas (p. ej., ingesta diaria recomendada) basadas en factores del paciente (p.ej., edad, peso, talla, sexo, y actividad física).

INTERVENCIÓN (NIC):

RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD ORAL

- Monitorizar el estado de la boca (p. ej., labios, lengua, mucosas, dientes, encías y aparatos dentales), incluidas las características de las anomalías (p. ej., tamaño, color, y localización de lesiones internas o externas o de inflamación, signos de infección).
- Controlar los cambios del gusto, la deglución, la calidad de la voz y el confort.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, según sea necesario.
- Instruir sobre la frecuencia y la calidad de los cuidados de salud adecuados.
- Explicar la importancia de una ingesta nutricional adecuada (es decir, tratar la desnutrición por deficiencias de folato, zinc, vitaminas; consumo de los alimentos con alto contenido de proteínas y vitamina C).
- Animar a aumentar la ingesta de agua.
- Instruir a los pacientes sobre los signos y síntomas de estomatitis, incluyendo cuando informar al personal sanitario.
- Derivar, según este indicado.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA INGESTA NUTRICIONAL

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de consumo de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas, que pueden fortalecerse.		1	Deseos de mejorar la nutrición	
		2	Deseos de mejorar los conocimientos sobre nutrientes esenciales	
		3	Deseos de mejorar los conocimientos para elegir los alimentos adecuados para promover la salud	
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	APETITO	1.1 Deseo de comer 1.2 Disfruta la comida 1.3 Energía para comer 1.4 Ingesta de nutrientes	1 Problema presente (comprometido).
2	2	CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: COMER	2.1 Prepara los alimentos para su ingestión 2.2 Masticar la comida 2.3 Traga los alimentos con seguridad 2.4 Come de forma aceptable	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN DE NUTRIENTES	3.1 Ingesta de proteínas 3.2 Ingesta de vitaminas 3.3 Ingesta calórica 3.4 Ingesta de calcio	3 Problema resuelto

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA INGESTA NUTRICIONAL

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA NUTRICIONAL

- Revisar la información sobre el estado nutricional.
- Identificar los riesgos nutricionales.
- Medir el peso, la talla, y la longitud, según este indicado.
- Examinar la ingesta de líquidos para detectar deshidratación.
- Monitorizar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda.
- Monitorizar la adecuación de la dieta para satisfacer las necesidades nutricionales diarias, si procede.
- Fomentar un cuidado dental y oral adecuado.
- Instruir sobre la información nutricional y la dieta prescrita.
- Ofrecer asesoramiento nutricional a través de sesiones individuales, de grupo, contactos telefónicos y consejos por escrito, según proceda.

INTERVENCIÓN (NIC):

ALIMENTACIÓN

- Identificar la dieta prescrita.
- Crear un ambiente placentero durante la comida, retirando el equipo y suministros innecesarios.
- Facilitar la higiene bucal después de las comidas, según corresponda.
- Identificar la presencia de reflejo de deglución, si fuera necesario.
- Colocar en una posición cómoda para comer.
- Acompañar la comida con agua, si es necesario.
- Establecer el ritmo de alimentación para evitar la fatiga.
- Registrar la ingesta, si resulta oportuno.
- Servir las comidas a la temperatura más apetecible.
- Evitar distraer durante la deglución.
- Comer sin prisa y lentamente.
- Comprobar que no quedan restos de comida en la boca al final de la comida.
- Monitorizar el peso corporal, el estado de hidratación y los valores de laboratorio, según proceda.
- Instruir a la persona y a la familia sobre los métodos de ayuda a la alimentación.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej., pérdida o ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol), si es necesario.
- Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones o enfermedades de cumplir con las necesidades nutricionales.
- Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda.
- Evaluar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.
- Disponer una derivación/consulta a otros miembros del equipo asistencia, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

INADECUADA INGESTA NUTRICIONAL PROTEICO-ENERGÉTICA

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Consumo insuficiente de proteínas y calorías alimentarias para satisfacer las necesidades metabólicas.		1	Ingesta de alimentos inferior a las necesidades estimadas	
		2	Pérdida de peso involuntaria a pesar de una ingesta adecuada de alimentos	
		3	Crecimiento inadecuado para la edad y sexo	
		4	Gasto energético por debajo de la ingesta energética según evaluación estándar	
		5	Inflamación	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Deterioro de la integridad de la mucosa oral	1	CONOCIMIENTO: DIETA SALUDABLE 1.1 Rango de peso personal óptimo 1.2 Ingesta de nutrientes adecuada a las necesidades individuales 1.3 Recomendaciones dietéticas sobre una ingesta saludable de grasas, proteínas e hidratos de carbono 1.4 Cantidad diaria recomendada de proteínas	1 Problema presente (comprometido).
2	Deterioro en la deglución	2	ESTADO DE DEGLUCIÓN 2.1 Acepta los alimentos 2.2 Náuseas 2.3 Mayor esfuerzo para tragar 2.4 Molestias al tragar	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Conocimiento inadecuado sobre los requerimientos nutricionales	3	INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS 3.2 Hidratación 3.3 Lesiones de las mucosas 3.4 Textura	3 Problema resuelto
4	Actividad física inadecuada para la absorción de nutrientes		3.4 Sensibilidad	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

INADECUADA INGESTA NUTRICIONAL PROTEICO-ENERGÉTICA

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA

- Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.
- Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.
- Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.
- Instruir al paciente acerca de cómo mantener un diario de alimentos, según sea el caso.
- Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.
- Informar al paciente acerca de cuánto tiempo se debe seguir la dieta.
- Ayudar al paciente a sustituir ingredientes para cumplir las recetas favoritas de la dieta prescrita.
- Instruir al paciente sobre la forma de planificar las comidas adecuadas.
- Reforzar la importancia de la monitorización continua y las necesidades cambiantes que puedan requerir modificaciones adicionales del plan de cuidados dietético.

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE DEGLUCIÓN

- Determinar el tipo de dificultad con la deglución (p. ej., inflamación, constricción, disfunción neurológica).
- Ayudar a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible de los 90 grados) para la alimentación/ejercicio.
- Ayudar a colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para la deglución (barbilla metida).
- Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.
- Utilizar ejercicios de mandíbula, lengua y deglución para fortalecerlos.
- Monitorizar los signos y síntomas de aspiración.
- Monitorizar si hay signos de fatiga al comer, beber y deglutir.
- Monitorizar la consistencia de los alimentos y líquidos en función de los resultados del estudio de deglución.
- Monitorizar el peso corporal.

INTERVENCIÓN (NIC):

RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD ORAL

- Monitorizar el estado de la boca (p. ej., labios, lengua, mucosas, dientes, encías y aparatos dentales), incluidas las características de las anomalías (p. ej., tamaño, color, y localización de lesiones internas o externas o de inflamación, signos de infección).
- Controlar los cambios del gusto, la deglución, la calidad de la voz y el confort.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, según sea necesario.
- Instruir sobre la frecuencia y la calidad de los cuidados de salud adecuados.
- Explicar la importancia de una ingesta nutricional adecuada (es decir, tratar la desnutrición por deficiencias de folato, zinc, vitaminas; consumo de los alimentos con alto contenido de proteínas y vitamina C).
- Animar a aumentar la ingesta de agua.
- Instruir a los pacientes sobre los signos y síntomas de estomatitis, incluyendo cuando informar al personal sanitario.
- Derivar, según este indicado.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **RIESGO DE INADECUADA INGESTA NUTRICIONAL PROTEICO-ENERGÉTICA**

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de consumo insuficiente de proteínas alimentarias y calorías para satisfacer las necesidades metabólicas.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Conocimientos inadecuados sobre los requerimientos nutricionales	1 CONDUCTA DE ADHERENCIA: DIETA SALUDABLE	1.1 Equilibra la ingesta y las necesidades calóricas 1.2 Busca recomendaciones para una dieta saludable 1.3 Selecciona alimentos compatibles con las directrices nutricionales recomendadas 1.4 Establece objetivos dietéticos alcanzables	1 Problema presente (comprometido).
2	Suministro inadecuado de alimentos	2 APETITO	2.1 Deseo de comer 2.2 Disfruta la comida 2.3 Energía para comer 2.4 Ingesta de nutrientes	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Apetito inadecuado	3 ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN DE NUTRIENTES	3.1 Ingesta de proteínas 3.2 Ingesta de vitaminas 3.3 Ingesta calórica 3.4 Ingesta de calcio	3 Problema resuelto
4	Acceso inadecuado a alimentos sanos			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE INADECUADA INGESTA NUTRICIONAL PROTEICO-ENERGÉTICA

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA

- Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.
- Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.
- Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.
- Instruir al paciente acerca de cómo mantener un diario de alimentos, según sea el caso.
- Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.
- Informar al paciente acerca de cuánto tiempo se debe seguir la dieta.
- Ayudar al paciente a sustituir ingredientes para cumplir las recetas favoritas de la dieta prescrita.
- Instruir al paciente sobre la forma de planificar las comidas adecuadas.
- Reforzar la importancia de la monitorización continua y las necesidades cambiantes que puedan requerir modificaciones adicionales del plan de cuidados dietético.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL

- Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (p. ej., índice de masa corporal, medición de cintura).
- Monitorizar las tendencias de pérdida o ganancia de peso.
- Identificar los cambios recientes del peso corporal.
- Monitorizar la presencia de náuseas y vómito.
- Monitorizar la ingesta calórica y dietética.
- Identificar los cambios recientes de apetito y actividad.
- Determinar los patrones de comida (p. ej., gustos y aversiones alimentarias, consumo excesivo de comida rápida, comidas no realizadas, comer de prisa).
- Identificar las anomalías de la cavidad oral (p. ej., inflamación, encías esponjosas, retraídas o hemorrágicas; labios secos y agrietados; llagas).
- Determinar las recomendaciones energéticas (p. ej., ingesta diaria recomendada) basadas en factores del paciente (p.ej., edad, peso, talla, sexo, y actividad física).

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej., pérdida o ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol), si es necesario.
- Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones o enfermedades de cumplir con las necesidades nutricionales.
- Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda.
- Evaluar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.
- Disponer una derivación/consulta a otros miembros del equipo asistencia, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: LACTANCIA INEFICAZ

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Dificultad para proporcionar o recibir leche materna, lo que puede comprometer el estado nutricional de un lactante a un niño (a).		1	Deposiciones inadecuadas	
		2	Perdida sostenida de peso	
		3	Dolor en el pezón	
		4	Percepción de suministro de leche inadecuado	
		5	Pezones agrietados	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Respuesta ineficaz de succión y deglución del lactante	1 ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: MADRE	1.1 Mantiene contacto piel con piel con el lactante 1.2 Mantiene una posición cómoda durante la lactancia 1.3 Produce suficiente leche 1.4 Utiliza técnicas para prevenir la hipersensibilidad del pezón	1 Problema presente (comprometido).
2	Fatiga	2 ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: LACTANTE	2.1 Reflejo de succión 2.2 Deglución perceptible o audible 2.3 Deposiciones diarias adecuadas para la edad 2.4 Satisfacción del lactante tras la toma	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Autoeficacia inadecuada de la lactancia	3 MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA	3.1 Monitoriza el crecimiento del lactante 3.2 Reconoce los signos de disminución de la producción de leche 3.3 Satisfacción con el proceso de lactancia 3.4 Extrae y almacena de forma segura la leche materna	3 Problema resuelto
4	Conocimiento inadecuado de la importancia de la lactancia			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

LACTANCIA INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORMANIENTO EN LA LACTANCIA

- Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
- Proporcionar los materiales educativos que sean necesarios.
- Instruir sobre los signos del lactante (p.ej., hociqueo, succión y estado de alerta tranquila).
- Ayudar a asegurar que el lactante sujeta bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar y deglución audible).
- Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia (p.ej., posición de cuna cruzado, cogido como un balón de fútbol y decúbito lateral).
- Monitorizar la capacidad del lactante para mamar.
- Mostrar la forma de amamantar (utilizar un dedo limpio para estimular el reflejo de succión y el enganche al pezón), si es necesario.
- Explicar a la madre los cuidados del pezón.
- Explicar los signos, síntomas y estrategias de manejo de la obstrucción de conductos, la mastitis y la infección candidiásica.
- Remitir a un asesor sobre lactancia materna.

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE DEGLUCIÓN

- Determinar el tipo de dificultad con la deglución (p.ej., inflamación, constricción, disfunción neurológica).
- Proporcionar y usar dispositivos de ayuda, si precisa.
- Ayudar a colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la deglución (barbilla metida).
- Monitorizar los signos y síntomas de aspiración.
- Monitorizar el sellado de los labios al comer, beber y deglutir.
- Monitorizar si hay signos de fatiga al comer, beber o deglutir.
- Proporcionar un periodo de descanso antes de comer para evitar un fatiga excesiva.
- Monitorizar el peso corporal.
- Monitorizar la hidratación corporal (p. ej., entradas, salidas, turgencia de la piel, membranas mucosas).
- Enseñar a los cuidadores a cambiar de posición, alimentar y monitorizar.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DEL APEGO

- Animar a la lactancia materna, si es apropiado.
- Proporcionar una educación y ayuda adecuadas para la lactancia materna, si es adecuado.
- Instruir a los progenitores sobre los datos del lactante acerca de la necesidad de alimentarse (p. ej., reflejo de succión, chuparse los dedos, llanto).
- Instruir a los progenitores sobre la alimentación como actividad de crianza, pues proporciona la oportunidad de un contacto ocular prolongado y de cercanía física.
- Ayudar a los progenitores a identificar la necesidad del lactante cuando llora (p. ej., hambre, dolor, fatiga, excitación).
- Mostrar a los progenitores técnicas para calmar al lactante.
- Instruir a los progenitores sobre los cuidados del lactante (p. ej., cambio de pañal, alimentación, forma de cogerlo, masajes).
- Fomentar una cercanía física mantenida y frecuente entre el lactante y los progenitores (p. ej., contacto piel con piel, lactancia materna, dormir en estrecha proximidad con él).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LACTANCIA INEFICAZ

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de tener dificultades para suministrar o recibir leche materna, lo que puede comprometer el estado nutricional del lactante o del niño (a).		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Ambivalencia sobre la lactancia	1 CONOCIMIENTO: LACTANCIA MATERNA	1.1 Señales de hambre del lactante 1.2 Técnica adecuada para sujetar al lactante en el pecho 1.3 Evaluación de la deglución del lactante 1.4 Signos de mastitis, obstrucción de los conductos, traumatismo del pezón	1 Problema presente (comprometido).
2	Retraso en el inicio de la lactancia	2 ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE	2.1 Tolerancia a los alimentos 2.2 Relación peso/talla 2.3 Crecimiento 2.4 Hidratación	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Asesoramiento inadecuado sobre la técnica de lactancia	3 ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: MADRE	3.1 Utiliza técnicas para prevenir la hipersensibilidad del pezón 3.2 Mantiene contacto piel con piel con el lactante 3.3 Mantiene una posición cómoda durante la lactancia 3.4 Produce suficiente leche	3 Problema resuelto.
4	Mastitis			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LACTANCIA INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORMANIENTO EN LA LACTANCIA

- Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
- Proporcionar los materiales educativos que sean necesarios.
- Instruir sobre los signos del lactante (p.ej., hociqueo, succión y estado de alerta tranquila).
- Ayudar a asegurar que el lactante sujeta bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar y deglución audible).
- Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia (p.ej., posición de cuna cruzado, cogido como un balón de fútbol y decúbito lateral).
- Monitorizar la capacidad del lactante para mamar.
- Mostrar la forma de amamantar (utilizar un dedo limpio para estimular el reflejo de succión y el enganche al pezón), si es necesario.
- Explicar a la madre los cuidados del pezón.
- Explicar los signos, síntomas y estrategias de manejo de la obstrucción de conductos, la mastitis y la infección candidiásica.
- Remitir a un asesor sobre lactancia materna.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL

- Pesar al paciente.
- Monitorizar crecimiento y desarrollo.
- Monitorizar las tendencias de pérdida y ganancia de peso (es decir, en pacientes pediátricos, marcar la talla y el peso en una gráfica de peso estandarizada).
- Monitorizar la turgencia y movilidad cutáneas.
- Identificar las anomalías en la defecación (p. ej., diarrea, sangre, moco y defecación irregular o dolorosa).
- Evaluar la deglución (p. ej., función motora de los músculos faciales, orales y linguales, reflejo deglutorio y nauseoso).
- Identificar anomalías de la cavidad oral (p. ej., inflamación, encías esponjosas, retraídas o hemorrágicas; labios secos y agrietados, llagas, lengua de color escarlata y geográfica, papilas hiperémicas e hipertróficas).
- Iniciar el tratamiento o derivar al paciente, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DEL APEGO

- Animar a la lactancia materna, si es apropiado.
- Proporcionar una educación y ayuda adecuadas para la lactancia materna, si es adecuado.
- Instruir a los progenitores sobre los datos del lactante acerca de la necesidad de alimentarse (p. ej., reflejo de succión, chuparse los dedos, llanto).
- Instruir a los progenitores sobre la alimentación como actividad de crianza, pues proporciona la oportunidad de un contacto ocular prolongado y de cercanía física.
- Ayudar a los progenitores a identificar la necesidad del lactante cuando llora (p. ej., hambre, dolor, fatiga, excitación).
- Mostrar a los progenitores técnicas para calmar al lactante.
- Instruir a los progenitores sobre los cuidados del lactante (p. ej., cambio de pañal, alimentación, forma de cogerlo, masajes).
- Fomentar una cercanía física mantenida y frecuente entre el lactante y los progenitores (p. ej., contacto piel con piel, lactancia materna, dormir en estrecha proximidad con él).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **LACTANCIA EXCLUSIVA ALTERADA**

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Interferencia en el proceso de proporcionar únicamente leche humana a un lactante de hasta seis meses de edad, en aquellos para los que la producción de leche humana es adecuada.		1	Diarrea frecuente	
		2	Gastroenteritis infecciosa	
		3	Se niega a proporcionar leche materna en exclusiva	
		4	Dificultad para proporcionar leche materna en exclusiva	
		5	Utiliza el estilo de alimentación forzada	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Pérdida sostenida de peso	1 CONOCIMIENTO: LACTANCIA MATERNA	1.1 Señales de hambre del lactante	1 Problema presente (comprometido).
			1.2 Técnica adecuada para sujetar al lactante al pecho	
			1.3 Evaluación de la deglución del lactante	
			1.4 Signos de mastitis, obstrucción de los conductos, traumatismo del pezón	
2	Tejido mamario inflamado	2 FUNCIÓN GASTROINTESTINAL	2.1 Frecuencia de deposiciones	2 Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Distensión abdominal	
			2.3 Diarrea	
			2.4 Pérdida de peso	
3	Fatiga	3 MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA	3.1 Monitoriza el crecimiento del lactante	3 Problema resuelto
			3.2 Reconoce los signos de disminución de la producción de leche	
			3.3 Satisfacción con el proceso de lactancia	
			3.4 Extrae y almacena de forma segura la leche materna	
4	Asesoramiento inadecuado sobre la técnica de la lactancia			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

LACTANCIA EXCLUSIVA ALTERADA

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORMANIENTO EN LA LACTANCIA

- Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
- Proporcionar los materiales educativos que sean necesarios.
- Instruir sobre los signos del lactante (p.ej., hociqueo, succión y estado de alerta tranquila).
- Ayudar a asegurar que el lactante sujeta bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar y deglución audible).
- Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia (p.ej., posición de cuna cruzado, cogido como un balón de fútbol y decúbito lateral).
- Monitorizar la capacidad del lactante para mamar.
- Mostrar la forma de amamantar (utilizar un dedo limpio para estimular el reflejo de succión y el enganche al pezón), si es necesario.
- Explicar a la madre los cuidados del pezón.
- Explicar los signos, síntomas y estrategias de manejo de la obstrucción de conductos, la mastitis y la infección candidiásica.
- Remitir a un asesor sobre lactancia materna.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO INTESTINAL

- Revisar el historial de salud, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que afectan al hábito intestinal (p. ej., medicación, sueño, dieta).
- Monitorizar las defecaciones, incluyendo la fecha, la frecuencia, la consistencia, el volumen, la forma y el color, según corresponda.
- Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación (p. ej., características de los ruidos intestinales, frecuencia y consistencia de deposiciones).
- Enseñar a registrar la frecuencia, la consistencia, el volumen, la forma y el color de las heces.
- Evaluar la incontinencia fecal, si es el caso.
- Consultar con un dietista, según sea necesario.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: NUTRICIÓN DEL LACTANTE (0-3 MESES)

- Enseñar a alimentar solo con leche materna o de fórmula durante el primer año (es decir, se debe evitar sustituir la fórmula o la leche materna por leche).
- aconsejar que sujete siempre al lactante erguido en posición semirreclinada mientras se le dé alimentación.
- Indicar que se expulsan los gases durante la toma y después.
- Instruir sobre la preparación y el almacenamiento adecuados de la leche materna.
- Enseñar a permitir la succión no nutritiva.
- Indicar que se administren suplementos de vitamina D, según proceda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **RIESGO DE LACTANCIA EXCLUSIVA ALTERADA**

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Susceptible de interferir en el proceso de proporcionar únicamente leche humana a un lactante de hasta seis meses de edad, en aquellos para los que la producción de leche humana es adecuada.		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Respuesta ineficaz de succión y deglución del lactante	1	ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE 1.1 Tolerancia a los alimentos 1.2 Relación peso/talla 1.3 Crecimiento 1.4 Hidratación	1	Problema presente (comprometido).
2	Pérdida sostenida de peso	2	ESTADO DE DEGLUCIÓN: FASE FARÍNGEA 2.1 Reflejo de deglución en el momento oportuno 2.2 Mantiene una posición neutra de la cabeza y el cuello 2.3 Aspiración 2.4 Reflujo	2	Problema parcialmente resuelto.
3	Conocimiento inadecuado de la importancia de la lactancia exclusiva	3	CONOCIMIENTO: LACTANCIA MATERNA 3.1 Signos de mastitis, obstrucción de los conductos, traumatismo del pezón 3.1 Señales de hambre del lactante 3.2 Técnica adecuada para sujetar al lactante al pecho 3.3 Evaluación de la deglución del lactante	3	Problema resuelto
4	Percepción de suministro de leche inadecuado				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LACTANCIA EXCLUSIVA ALTERADA

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL

- Pesar al paciente.
- Monitorizar crecimiento y desarrollo.
- Monitorizar las tendencias de pérdida y ganancia de peso (es decir, en pacientes pediátricos, marcar la talla y el peso en una gráfica de peso estandarizada).
- Monitorizar la turgencia y movilidad cutáneas.
- Identificar las anomalías en la defecación (p. ej., diarrea, sangre, moco y defecación irregular o dolorosa).
- Evaluar la deglución (p. ej., función motora de los músculos faciales, orales y linguales, reflejo deglutorio y nauseoso).
- Identificar anomalías en la cavidad oral (p. ej., inflamación, encías esponjosas, retraídas o hemorrágicas; labios secos y agrietados, llagas, lengua de color escarlata y geográfica, papilas hiperémicas e hipertóxicas).
- Iniciar el tratamiento o derivar al paciente, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE DEGLUCIÓN

- Determinar el tipo de dificultad con la deglución (p. ej., inflamación, constricción, disfunción neurológica).
- Ayudar a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible de los 90 grados) para la alimentación/ejercicio.
- Ayuda a colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para la deglución (barbilla metida).
- Utilizar ejercicios de mandíbula, lengua y deglución para fortalecerlos.
- Monitorizar los signos y síntomas de aspiración.
- Monitorizar si hay signos de fatiga al comer, beber y deglutir.
- Monitorizar la consistencia de los alimentos y líquidos en función de los resultados del estudio de deglución.
- Monitorizar el peso corporal.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORMANIENTO EN LA LACTANCIA

- Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
- Proporcionar los materiales educativos que sean necesarios.
- Instruir sobre los signos del lactante (p.ej., hociqueo, succión y estado de alerta tranquila).
- Ayudar a asegurar que el lactante sujeta bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar y deglución audible).
- Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia (p.ej., posición de cuna cruzado, cogido como un balón de fútbol y decúbito lateral).
- Monitorizar la capacidad del lactante para mamar.
- Mostrar la forma de amamantar (utilizar un dedo limpio para estimular el reflejo de succión y el enganche al pezón), si es necesario.
- Explicar a la madre los cuidados del pezón.
- Explicar los signos, síntomas y estrategias de manejo de la obstrucción de conductos, la mastitis y la infección candidiásica.
- Remitir a un asesor sobre lactancia materna.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA LACTANCIA**

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de suministro de leche a un lactante o un niño (a) directamente de los pechos, que puede fortalecerse.		1	Deseos de mejorar la capacidad de alimentación exclusiva al pecho	
		2	Deseos de aumentar la producción de leche humana	
		3	Deseos de mejorar los conocimientos sobre la técnica de lactancia	
		4	Deseos de aumentar la capacidad de dar leche materna para las necesidades nutricionales del niño (a)	
		5	Deseos de mejorar la autoeficacia de la lactancia	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: MADRE	1.1 Mantiene contacto piel con piel con el lactante 1.2 Mantiene una posición cómoda durante la lactancia 1.3 Produce suficiente leche 1.4 Utiliza técnicas para prevenir la hipersensibilidad del pezón	1 Problema presente (comprometido).
2	2	MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA	2.1 Monitoriza el crecimiento del lactante 2.2 Reconoce los signos de disminución de la producción de leche 2.3 Satisfacción con el proceso de lactancia 2.4 Extrae y almacena de forma segura la leche materna	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	CONOCIMIENTO: LACTANCIA MATERNA	3.1 Evaluación de la deglución del lactante 3.1 Signos de mastitis, obstrucción de los conductos, traumatismo del pezón 3.1 Señales de hambre del lactante 3.2 Técnica adecuada para sujetar al lactante al pecho	3 Problema resuelto

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA LACTANCIA

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACIÓN PARENTAL: LACTANTE

- Determinar los conocimientos, así como la buena disposición y la habilidad para aprender sobre los cuidados del lactante.
- Proporcionar orientación anticipatoria acerca de los cambios del desarrollo.
- Enseñar habilidades para cuidar al lactante.
- Animar a practicar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Proporcionar orientación anticipatoria sobre los signos de los problemas con la lactancia materna.
- Orientar sobre los riesgos de la obesidad del lactante.
- Proporcionar orientación anticipatoria acerca de los cambios en los patrones de evacuación.
- Ayudar a interpretar las indicaciones no verbales y los llantos del lactante.
- Monitorizar la habilidad para reconocer las necesidades fisiológicas del lactante.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORMANIENTO EN LA LACTANCIA

- Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
- Proporcionar los materiales educativos que sean necesarios.
- Instruir sobre los signos del lactante (p.ej., hociqueo, succión y estado de alerta tranquila).
- Ayudar a asegurar que el lactante sujete bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar y deglución audible).
- Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia (p.ej., posición de cuna cruzado, cogido como un balón de fútbol y decúbito lateral).
- Monitorizar la capacidad del lactante para mamar.
- Mostrar la forma de amamantar (utilizar un dedo limpio para estimular el reflejo de succión y el enganche al pezón), si es necesario.
- Explicar a la madre los cuidados del pezón.
- Explicar los signos, síntomas y estrategias de manejo de la obstrucción de conductos, la mastitis y la infección candidiásica.
- Remitir a un asesor sobre lactancia materna.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: NUTRICIÓN DEL LACTANTE (0-3 MESES)

- Enseñar a alimentar solo con leche materna o de fórmula durante el primer año (es decir, se debe evitar sustituir la fórmula o la leche materna por leche).
- Aconsejar que sujete siempre al lactante erguido en posición semi-reclinada mientras se le dé alimentación.
- Indicar que se expulsan los gases durante la toma y después.
- Instruir sobre la preparación y el almacenamiento adecuados de la leche materna.
- Enseñar a permitir la succión no nutritiva.
- Indicar que se administren suplementos de vitamina D, según proceda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

PRODUCCIÓN DE LECHE HUMANA INADECUADA

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Producción insuficiente de leche humana para satisfacer exclusivamente las necesidades nutricionales del lactante durante los seis primeros meses de vida.		1	Ausencia de producción de leche a pesar de una estimulación suficiente del pezón	
		2	La leche materna extraída es inferior al volumen prescrito	
		3	Estreñimiento	
		4	Succiona demasiado superficial	
		5	Lactancia no sostenida	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Autoeficacia inadecuada de la lactancia	1	ESTADO NUTRICIONAL 1.1 Ingesta de alimentos 1.2 Ingesta de nutrientes 1.3 Relación peso/talla 1.4 Hidratación	1 Problema presente (comprometido).
2	Ingesta inadecuada de líquidos	2	CONOCIMIENTO: LACTANCIA MATERNA 2.1 Fisiología de la lactancia 2.2 Necesidades de ingesta de líquidos de la madre 2.3 Técnica adecuada para sujetar al lactante al pecho 2.4 Signos de un aporte adecuado de leche	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Malnutrición	3	ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: MADRE 3.1 Produce suficiente leche 3.2 Percibe el reflejo de eyección (bajada) de la leche 3.3 Reconoce la deglución del lactante 3.4 Interrumpe la succión antes de retirar al lactante del pecho	3 Problema resuelto
4	Asesoramiento inadecuado sobre la técnica de lactancia			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

PRODUCCIÓN DE LECHE HUMANA INADECUADA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA NUTRICIÓN

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Ajustar la dieta (es decir, proporcionar alimentos con alto contenido proteico; sugerir el uso de hierbas y especias como una alternativa a la sal; proporcionar sustitutos de azúcar).
- Realizar o ayudar a los pacientes con los cuidados orales antes de comer.
- Administrar medicamentos antes de comer (p. ej., analgésicos, antieméticos), si es necesario.
- Monitorizar las calorías y la ingesta necesaria.
- Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.
- Enseñar al paciente a controlar las calorías y la ingesta dietética.
- Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.
- Derivar al paciente a los servicios necesarios.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORMANIENTO EN LA LACTANCIA

- Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
- Proporcionar los materiales educativos que sean necesarios.
- Instruir sobre los signos del lactante (p.ej., hociqueo, succión y estado de alerta tranquila).
- Ayudar a asegurar que el lactante sujeta bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar y deglución audible).
- Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia (p.ej., posición de cuna cruzado, cogido como un balón de fútbol y decúbito lateral).
- Monitorizar la capacidad del lactante para mamar.
- Mostrar la forma de amamantar (utilizar un dedo limpio para estimular el reflejo de succión y el enganche al pezón), si es necesario.
- Explicar a la madre los cuidados del pezón.
- Explicar los signos, síntomas y estrategias de manejo de la obstrucción de conductos, la mastitis y la infección candidiásica.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DEL APEGO

- Animar a la lactancia materna, si es apropiado.
- Proporcionar una educación y ayuda adecuadas para la lactancia materna, si es adecuado.
- Instruir a los progenitores sobre los datos del lactante acerca de la necesidad de alimentarse (p. ej., reflejo de succión, chuparse los dedos, llanto).
- Instruir a los progenitores sobre la alimentación como actividad de crianza, pues proporciona la oportunidad de un contacto ocular prolongado y de cercanía física.
- Ayudar a los progenitores a identificar la necesidad del lactante cuando llora (p. ej., hambre, dolor, fatiga, excitación).
- Mostrar a los progenitores técnicas para calmar al lactante.
- Instruir a los progenitores sobre los cuidados del lactante (p. ej., cambio de pañal, alimentación, forma de cogerlo, masajes).
- Fomentar una cercanía física mantenida y frecuente entre el lactante y los progenitores (p. ej., contacto piel con piel, lactancia materna, dormir en estrecha proximidad con él).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE PRODUCCIÓN DE LECHE HUMANA INADECUADA

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de producción insuficiente de leche humana para satisfacer exclusivamente las necesidades nutricionales del lactante durante los seis primeros meses de vida.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Introducción precoz de la leche artificial	1	ESTADO NUTRICIONAL 1.1 Ingesta de alimentos 1.2 Ingesta de nutrientes 1.3 Relación peso/talla 1.4 Hidratación	1 Problema presente (comprometido).
2	Asesoramiento inadecuado sobre la técnica de lactancia	2	CONOCIMIENTO: LACTANCIA MATERNA 2.1 Fisiología de la lactancia 2.2 Necesidades de ingesta de líquidos de la madre 2.3 Técnica adecuada para sujetar al lactante al pecho 2.4 Signos de un aporte adecuado de leche	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Malnutrición	3	ESTADO DE DEGLUCIÓN 3.1 Reflejo de deglución en el momento oportuno 3.2 Mantiene una posición neutra de la cabeza y el tronco 3.3 Hallazgos del estudio de deglución 3.4 Reflujo gástrico	3 Problema resuelto
4	Respuesta ineficaz de succión y deglución del lactante			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE PRODUCCIÓN DE LECHE HUMANA INADECUADA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA NUTRICIÓN

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Ajustar la dieta (es decir, proporcionar alimentos con alto contenido proteico; sugerir el uso de hierbas y especias como una alternativa a la sal; proporcionar sustitutos de azúcar).
- Realizar o ayudar a los pacientes con los cuidados orales antes de comer.
- Administrar medicamentos antes de comer (p. ej., analgésicos, antieméticos), si es necesario.
- Monitorizar las calorías y la ingesta necesaria.
- Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.
- Enseñar al paciente a controlar las calorías y la ingesta dietética.
- Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.
- Derivar al paciente a los servicios necesarios.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORMANIENTO EN LA LACTANCIA

- Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
- Proporcionar los materiales educativos que sean necesarios.
- Instruir sobre los signos del lactante (p.ej., hociqueo, succión y estado de alerta tranquila).
- Ayudar a asegurar que el lactante sujete bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar y deglución audible).
- Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia (p.ej., posición de cuna cruzado, cogido como un balón de fútbol y decúbito lateral).
- Monitorizar la capacidad del lactante para mamar.
- Mostrar la forma de amamantar (utilizar un dedo limpio para estimular el reflejo de succión y el enganche al pezón), si es necesario.
- Explicar a la madre los cuidados del pezón.
- Explicar los signos, síntomas y estrategias de manejo de la obstrucción de conductos, la mastitis y la infección candidiásica.

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE DEGLUCIÓN

- Determinar el tipo de dificultad para la deglución (p. ej., inflamación, constricción, disfunción neurológica).
- Colaborar con los miembros del equipo de cuidados interprofesional (p. ej., terapeuta ocupacional, logopeda y nutricionistas) para dar continuidad al plan de rehabilitación.
- Colocarse de forma que la persona pueda ver y oír las instrucciones.
- Explicar el fundamento de régimen de deglución.
- Ayuda a sentarse en un aposición erguida (lomas cerca posible de los 90°) para la alimentación/ejercicio.
- Ayudar a colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la deglución (barbilla metida).
- Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.
- Monitorizar el sellado de los labios al comer, beber y deglutir.
- Monitorizar si hay signos de fatiga al comer, beber y deglutir.
- Indicar que busque partículas de comida en los labios o la barbilla con la lengua.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DINÁMICA DE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE INEFICAZ

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Alteración de las conductas de los padres en la alimentación del niño (as) menores de un año.	1	Rechazo de la comida	
	2	Apetito inadecuado	
	3	Transición inapropiada a alimentos solidos	
	4	Comer en exceso	
	5	Bajo consumo de alimentos	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Problemas de apego	1 ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN DE NUTRIENTES	1.1 Ingesta calórica 1.2 Ingesta de proteínas 1.3 Ingesta de grasas 1.4 Ingesta de carbohidratos	1 Problema presente (comprometido).
2 Estilo parenteral sin compromiso	2 ESTABLECIMIENTO DE LA ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN: LACTANTE	2.1 Reflujo de succión eficaz 2.2 Coordinación del patrón de succión, deglución y respiración 2.3 Tolerancia a la alimentación 2.4 Satisfacción tras la toma	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Falta de conocimiento de las etapas del desarrollo del niño(a)	3 CONOCIMIENTO: LACTANCIA MATERNA	3.1 Beneficios de la lactancia materna 3.2 Señales de hambre del lactante 3.3 Posición adecuada del lactante durante la toma 3.4 Signos de un lactante bien alimentado	3 Problema resuelto.
4 Paternidad no involucrada			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DINÁMICA DE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA

- Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.
- Determinar el deseo y motivación de la madre respecto a la lactancia materna, así como su percepción de esta.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
- Animar a la pareja, familia o amigos de la madre a que la apoyen (ofrecer alabanzas, ánimos y seguridad, realizar las tareas domésticas y asegurarse de que la madre tiene el descanso y nutrición adecuados).
- Proporcionar los materiales educativos que sean necesarios.
- Fomentar la asistencia a clases y grupos de apoyo de lactancia materna.
- Proporcionar a la madre la oportunidad de dar lactancia tras el parto, cuando sea posible.
- Enseñar a la madre a dejar que el lactante termine con la primera mama antes de ofrecer la segunda.
- Instruir sobre el modo de interrumpir la succión del lactante, si es preciso.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: NUTRICIÓN DEL LACTANTE (4-6 MESES)

- Proporcionar materiales por escrito adecuados a las necesidades identificadas.
- Aconsejar que se introduzcan alimentos sólidos sin añadir sal o azúcar cuando el lactante muestre indicios de estar preparado.
- Indicar que se introduzcan alimentos ricos en hierro.
- Aconsejar que se introduzca un nuevo alimento cada vez.
- Indicar que se eviten los zumos o las bebidas azucaradas.
- Aconsejar que se alimente solo con la cuchara.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL

- Pesar al paciente.
- Monitorizar el crecimiento y desarrollo.
- Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (p. ej., índice de masa corporal, medición de la cintura y medición de los pliegues cutáneos).
- Monitorizar las tendencias de pérdida y ganancia de peso (es decir, en pacientes pediátricos, marcar la talla y el peso en una gráfica de peso estandarizada).
- Identificar los cambios recientes del peso corporal.
- Determinar la cantidad apropiada de ganancia de peso durante el período previo al parto.
- Monitorizar la turgencia y movilidad cutáneas.
- Identificar las anomalías de la piel (p. ej., hematomas excesivos, mala cicatrización de las heridas y hemorragia).
- Identificar las anomalías del pelo (p. ej., seco, fino, tosco, y rotura fácil).
- Monitorizar la presencia de náuseas y vómitos.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **DINÁMICA DE ALIMENTACIÓN DEL PREESCOLAR Y ESCOLAR INEFICAZ**

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Actitudes, conductas e influencias alteradas sobre los patrones de alimentación que dan como resultado una salud nutricional comprometida en personas de 1 a 10 años.		1	Evita la participación en horarios regulares de comida.	
		2	Consume comida rápida con frecuencia.	
		3	Rechazo de la comida.	
		4	Comer en exceso.	
		5	Bajo consumo de alimentos.	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	patrón alimentario anormal	1 ESTADO NUTRICIONAL	1.1 Ingesta de nutrientes 1.2 Ingesta de alimentos 1.3 Relación peso/talla 1.4 Energía	1 Problema presente (comprometido).
2	Sobornar al niño (a) para que coma.	2 ESTADO DE SALUD PERSONAL	2.1 Nivel de energía 2.2 Peso 2.3 Estado nutricional 2.4 Función gastrointestinal	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Forzar al niño a comer.			
4	Patrones de alimentación impredecible.	3 AUTOCONTROL DEL TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN.	3.1 Monitoriza el peso corporal 3.2 Consume una ingesta calórica diaria adecuada para las necesidades metabólicas 3.3 Déficits nutricionales 3.4 Depresión	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DINÁMICA DE ALIMENTACIÓN DEL PREESCOLAR Y ESCOLAR INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACION NUTRICIONAL

- Pesar al paciente.
- Monitorizar el crecimiento y desarrollo.
- Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (p. ej., índice de masa corporal, medición de la cintura y medición de los pliegues cutáneos). • Monitorizar las tendencias de pérdida y ganancia de peso (es decir, en pacientes pediátricos, marcar la talla y el peso en una gráfica de peso estandarizada).
- Identificar los cambios recientes del peso corporal.
- Determinar la cantidad apropiada de ganancia de peso durante el período previo al parto.
- Monitorizar la turgencia y movilidad cutáneas.
- Identificar las anomalías de la piel (p. ej., hematomas excesivos, mala cicatrización de las heridas y hemorragia).
- Identificar las anomalías del pelo (p. ej., seco, fino, tosco, y rotura fácil).
- Monitorizar la presencia de náuseas y vómitos.
- Identificar las anomalías de la defecación (p. ej., diarrea, sangre, moco y defecación irregular o dolorosa).
- Monitorizar la ingesta calórica y dietética.
- Identificar los cambios recientes de apetito y actividad

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Establecer la duración de la relación de asesoramiento.
- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos), si es necesario, etc.
- Colocar folletos informativos llamativos de guías alimentarias en la habitación del paciente.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

- Determinar el estado de salud, los sistemas de apoyo y los objetivos del tratamiento.
- Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados para desarrollar un plan de tratamiento; implicar a la persona y/o allegados, según corresponda.
- Hablar con la persona y con el equipo para establecer un peso adecuado como objetivo, si no está dentro del rango de peso recomendado para la edad y estructura corporal.
- Establecer la cantidad de ganancia de peso diario que se desee.
- Hablar con el dietista para determinar la ingesta calórica diaria necesaria para conseguir y/o mantener el peso marcado como objetivo.
- Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición, según sea necesario.
- Animar a comentar las preferencias alimentarias con el dietista.
- Monitorizar la ingesta y eliminación de líquidos, según corresponda. • Monitorizar la ingesta diaria de alimento calórico.
- Fomentar la automonitorización de la ingesta diaria de alimentos, la ganancia de peso y el mantenimiento del peso, según corresponda. • Monitorizar para detectar conductas suicidas o autolesivas.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DINÁMICA DE ALIMENTACIÓN DEL ADOLESCENTE INEFICAZ

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Actividades y conductas alternadas que resultan en patrones de alimentación excesivos o insuficientes que comprometen la salud nutricional en personas de 11 a 19 años.		1	Evitar la participación en horarios regulares de comida	
		2	Se queja de hambre entre comidas	
		3	Apetito inadecuado	
		4	Comer en exceso	
		5	Consume comida rápida con frecuencia	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Ansiedad	1 ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN DE NUTRIENTES	1.1 Ingesta calórica 1.2 Ingesta de proteínas 1.3 Ingesta de grasas 1.4 Ingesta de líquidos	1 Problema presente (comprometido).
2	Alteración en las relaciones familiares	2 ESTADO NUTRICIONAL	2.1 Ingesta de nutrientes 2.2 Ingesta de alimentos 2.3 Energía 2.4 Hidratación	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Trastornos alimentarios		3.1 Ingesta de alimentos 3.2 Alimentación por sonda 3.3 Ingesta de líquidos 3.4 Aporte de líquidos intravenosos	3 Problema resuelto.
4	Hábitos alimentarios inadecuados	3 ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS		

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DINÁMICA DE ALIMENTACIÓN DEL ADOLESCENTE INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

- Comentar el significado de la comida para el paciente.
- Determinar las actitudes y creencias de los allegados acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente.
- Evaluar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.
- Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca de la consecución de las metas.
- Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.
- Fomentar el uso de internet para acceder a información útil sobre la dieta, las recetas y la modificación del estilo de vida, según corresponda.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Establecer la duración de la relación de asesoramiento.
- Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA NUTRICIÓN

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
- Determinar las preferencias alimentarias del paciente.
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario.
- Ajustar la dieta (es decir, proporcionar alimentos con alto contenido proteico; sugerir el uso de hierbas y especias como una alternativa a la sal; proporcionar sustitutos del azúcar; aumentar o reducir las calorías; aumentar o disminuir las vitaminas, minerales o suplementos), según sea necesario.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL

- Pesar al paciente.
- Monitorizar el crecimiento y desarrollo.
- Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (p. ej., índice de masa corporal, medición de la cintura y medición de los pliegues cutáneos).
- Monitorizar las tendencias de pérdida y ganancia de peso (es decir, en pacientes pediátricos, marcar la talla y el peso en una gráfica de peso estandarizada).
- Identificar los cambios recientes del peso corporal.
- Determinar la cantidad apropiada de ganancia de peso durante el período previo al parto.
- Monitorizar la turgencia y movilidad cutáneas.
- Identificar las anomalías de la piel (p. ej., hematomas excesivos mala cicatrización de las heridas y hemorragia).
- Identificar las anomalías del pelo (p. ej., seco, fino, tosco, y rotura fácil).
- Monitorizar la presencia de náuseas y vómitos.
- Identificar las anomalías de la defecación (p. ej., diarrea, sangre, moco y defecación irregular o dolorosa).
- Monitorizar la ingesta calórica y dietética.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Proceso debilitado o dañado del paso de sustancias de la boca al estómago.		1	Agotamiento antes de la deglución	
		2	Masticación inadecuada	
		3	Deglución por etapas	
		4	Atragantamiento	
		5	Sensación nauseosa	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Personas con antecedentes de alimentación enteral	1	ESTADO DE DEGLUCIÓN	1
			1.1 Mantiene los alimentos en la boca	Problema presente (comprometido).
			1.2 Maneja las secreciones orales	
			1.3 Capacidad de masticación	
			1.4 Capacidad para limpiar la cavidad oral	
2	Adultos mayores	2	CONTROL DEL RIESGO: ASPIRACIÓN	2
			2.1 Selecciona alimentos de consistencia adecuada	Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Se coloca en posición vertical para comer y beber	
			2.3 Permanece erguido durante 30 minutos después de comer	
3	Bebes prematuros		2.4 Tiene cuidado al tragar comprimidos	
4		3	ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS	3
			3.1 Ingesta de alimentos	Problema resuelto.
			3.2 Alimentación por sonda	
			3.3 Ingesta de líquidos	
			3.4 Aporte de líquidos intravenosos	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

- Monitorizar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de las respiraciones.
- Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, la utilización de músculos accesorios y las retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Monitorizar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos.
- Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, respiración apnéustica, Biot y patrones atáxicos

INTERVENCIÓN (NIC):

ALIMENTACIÓN ENTERAL POR Sonda

- Consultar con el dietista para seleccionar el tipo y la concentración de la alimentación enteral.
- verificar la fórmula correcta, la fecha de caducidad y la integridad del envase.
- Preparar la fórmula para su administración siguiendo las directrices del fabricante, asegurándose de que la fórmula esté a temperatura ambiental.
- Realizar valoraciones abdominales adecuadas antes de iniciar la alimentación (p. ej., ruidos intestinales, firmeza a la palpación, expansión del perímetro).
- Vigilar la correcta colocación de la sonda, según el protocolo del centro.
- Evitar las pruebas de pH para confirmar la colocación en personas que reciben medicación antiácida o alimentación continua
- Administrar las necesidades totales de agua libre al día según la recomendación de un dietista.
- Utilizar una técnica limpia para la administración de alimentación por sonda, con una técnica aséptica para las conexiones de los tubos

INTERVENCIÓN (NIC):

PRECAUCIONES EN LA ASPIRACIÓN

- Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.
- Evaluar la presencia de disfagia, según corresponda.
- Mantener una vía aérea.
- Minimizar el uso de narcóticos y sedantes.
- Minimizar el uso de fármacos que retrasen el vaciado gástrico, según corresponda.
- Controlar el estado pulmonar.
- Monitorizar las necesidades de cuidados intestinales.
- Colocación erguida a 30 grados o más (alimentación por SNG) hasta 90 grados, o lo más incorporado posible.
- Mantener la cabecera de la cama elevada de 30 a 45 minutos después de la alimentación.
- Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Supervisar la comida o ayudar, según corresponda.
- Proporcionar la alimentación en pequeñas cantidades.
- Comprobar la colocación de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 4: Metabolismo

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Acumulación de bilirrubina no conjugada en la circulación por encima del percentil 95 para la edad durante la primera semana de vida.	1	Resultados anormales de las pruebas de función hepáticas	
	2	Esclerótica amarilla	
	3	Piel con hematomas	
	4	Membranas mucosas amarillas	
	5	Piel de color amarillo - anaranjada	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Ingesta inadecuada de líquidos	1 ADAPTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	1.1 Puntuación de Apgar 1.2 Índice de edad gestacional 1.3 Frecuencia cardíaca apical (100-160 lpm) 1.4 Relación entre la presión arterial del brazo y la de la pierna	1 Problema presente (comprometido).
2 Volumen de fluidos inadecuado	2 ADAPTACIÓN DEL PREMATURO	2.1 Frecuencia cardíaca apical (120-160 lpm) 2.2 Índice de edad gestacional 2.3 Color de la piel 2.4 Coordinación de la respiración	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Bebés desnutridos			
4 Paso inadecuado del meconio	3 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	3.1 Temperatura de la piel 3.2 Sensibilidad 3.3 Integridad de la piel 3.4 Perfusión tisular	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL LACTANTE

- Fomentar la asignación de los mismos cuidadores profesionales.
- Monitorizar el peso y la talla del lactante.
- Monitorizar los ingresos y las pérdidas.
- Tener en cuenta las preferencias de los progenitores para el baño, cuando sea posible.
- Cambiar los pañales.
- Dar al lactante alimentos que sean adecuados al nivel de desarrollo.
- Disponer oportunidades de succión no nutritiva.
- Mantener las barras laterales de la cuna levantada cuando no se esté cuidando al lactante.
- Retirar los objetos pequeños de la cuna (p. ej., tapones de jeringa y torundas para el alcohol).
- Monitorizar la seguridad del ambiente del lactante.
- Proporcionar al lactante juguetes seguros, adecuados al nivel de desarrollo.
- Proporcionar información a los progenitores acerca del desarrollo y la crianza de niños.

INTERVENCIÓN (NIC):

FOTOTERAPIA: NEONATO

- Revisar los antecedentes maternos y del lactante para determinar los factores de riesgo de hiperbilirrubinemia (incompatibilidad Rh o ABO, policitemia, sepsis, prematuridad y mala presentación).
- Monitorizar si hay signos de ictericia.
- Solicitar el análisis de los niveles de bilirrubina, según corresponda, por protocolo o como solicitud del facultativo principal.
- Informar de los valores de laboratorio al médico principal.
- Poner al lactante en una incubadora o bajo un calefactor radiante.
- Explicar a la familia los procedimientos y cuidados de la fototerapia.
- Aplicar parches para cubrir los ojos, evitando ejercer demasiada presión.
- Retirar los parches cada 4 horas o cuando se apaguen las luces para el contacto parental y la alimentación.
- Vigilar la aparición de edema y exudado en los ojos, así como su color.
- Colocar las luces de fototerapia encima del lactante a una altura adecuada.
- Comprobar el brillo de las luces a diario.
- Monitorizar los signos vitales cada 3 horas, según el protocolo o según se precise.

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA DE LA PIEL

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda.
- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden).
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- Monitorizar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.
- Monitorizar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Monitorizar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Monitorizar si hay zonas de presión y fricción.
- Monitorizar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 4: Metabolismo

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a la acumulación de bilirrubina no conjugada en la circulación por encima del percentil 95 para la edad durante la primera semana de vida.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Sepsis.	1 ADAPTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	1.1 Saturación de oxígeno. 1.2 Termorregulación. 1.3 Tolerancia a la alimentación. 1.4 Color de piel.	1 Problema presente (comprometido).
2 Metabolismo deteriorado.	2 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	2.1 Sensibilidad. 2.2 Elasticidad. 2.3 Hidratación. 2.4 Integridad de la piel.	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Infección bacteriana.	3 ADAPTACIÓN DEL PREMATURO	3.1 Respuesta a los estímulos	3 Problema resuelto.
		3.2 Crecimiento	
		3.3 Termorregulación	
		3.4 Frecuencia cardíaca apical (120-160 lpm)	
4 Infección viral.			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL

INTERVENCIÓN (NIC):

FOTOTERAPIA: NEONATO

- Revisar los antecedentes maternos y del lactante para determinar los factores de riesgo de hiperbilirrubinemia (incompatibilidad Rh o ABO, policitemia, sepsis, prematuridad y mala presentación).
- Monitorizar si hay signos de ictericia.
- Solicitar el análisis de los niveles de bilirrubina, según corresponda, por protocolo o como solicitud del facultativo principal.
- Informar de los valores de laboratorio al médico principal.
- Poner al lactante en una incubadora o bajo un calefactor radiante.
- Explicar a la familia los procedimientos y cuidados de la fototerapia.
- Aplicar parches para cubrir los ojos, evitando ejercer demasiada presión.
- Retirar los parches cada 4 horas o cuando se apaguen las luces para el contacto parental y la alimentación.
- Vigilar la aparición de edema y exudado en los ojos, así como su color.
- Colocar las luces de fototerapia encima del lactante a una altura adecuada

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA DE LA PIEL

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda.
- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden).
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
 - Monitorizar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.
- Monitorizar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Monitorizar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Monitorizar si hay zonas de presión y fricción.
 - Monitorizar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Observar si la ropa queda ajustada.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL LACTANTE RECIEN NACIDO

- Limpiar las secreciones de la nariz y la cavidad oral.
- Realizar la prueba de Apgar al minuto y a los 5 minutos después del parto.
- Medir el peso, la longitud y el perímetro fronto occipital.
- Monitorizar la temperatura.
- Mantener una temperatura adecuada del recién nacido (es decir, secar al lactante justo tras el parto, envolverlo en una manta si no se va a colocar bajo un calentador o piel con piel con el progenitor).
- Poner un gorro con malla de jersey e instruir a los progenitores para que mantengan la cabeza cubierta.
- Monitorizar la frecuencia respiratoria y el patrón de respiración.
- Responder a los signos de dificultad respiratoria (p. ej., taquipnea, gruñidos, aleteo nasal, tiraje, roncus y estertores).
- Monitorizar la frecuencia cardíaca y el color de la piel.
- Colocar piel con piel con el progenitor durante las primeras 1-2 horas tras el parto, según corresponda.
- Administrar una inyección de vitamina K, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:		RIESGO DE DETERIORO DEL EQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO		
DOMINIO 2:		Nutrición		CLASE 5: Hidratación
DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a cambios en los niveles de electrolitos séricos.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	EQUILIBRIO HÍDRICO	1.1 Balance de entradas y salidas en 24 horas 1.2 Humedad de las membranas mucosas 1.3 Electrolitos séricos 1.4 Diuresis	1 Problema presente (comprometido).
2	2	HIDRATACIÓN	2.1 Hidratación de la piel 2.2 Membranas mucosas húmedas 2.3 Signos vitales 2.4 Ingesta de líquidos en los niveles recomendados	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	CONTROL DEL RIESGO: DESHIDRATACIÓN	3.1 Monitoriza la turgencia de la piel 3.2 Monitoriza la pérdida de líquido a través de las heces 3.3 Identifica la posible pérdida de líquidos por los efectos secundarios de la medicación 3.4 Identifica los factores de riesgo de deshidratación	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DEL EQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LIQUIDOS/ELECTROLITOS

- Monitorizar los niveles de electrólitos en suero anormales, si existe disponibilidad.
- Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación (p. ej., crepitantes en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, cambios conductuales, crisis comiciales, saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/hundidos, respiración rápida y superficial).
- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrólitos alterados (hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio), según corresponda.
- Pesar a diario y valorar la evolución.
- Administrar líquidos, si está indicado.
- Favorecer la ingesta oral (proporcionar líquidos orales según preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcionar una pajita para beber y agua fresca), si resulta oportuno

INTERVENCIÓN (NIC):

PREVENCION DEL SHOCK

- Monitorizar las respuestas precoces de compensación del shock (p. ej., presión arterial normal, pinzamiento de la tensión diferencial, hipotensión ortostática leve [de 15 a 25 mmHg], relleno capilar ligeramente retrasado, piel pálida/fría o piel enrojecida, ligera taquipnea, náuseas y vómitos, sed aumentada o debilidad). • Monitorizar los signos precoces de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (p. ej., aumento de la temperatura, taquicardia, taquipnea, hipocapnia, leucocitosis o leucopenia).
- Monitorizar si se producen signos precoces de reacciones alérgicas (p. ej., rinitis, sibilancias, estridor, disnea, prurito, urticaria, habones, angioedema cutáneo, indisposición gastrointestinal, dolor abdominal, diarrea, ansiedad e inquietud).
- Monitorizar los signos precoces de deterioro cardíaco (p. ej., descenso del gasto cardíaco y de la diuresis, aumento de las resistencias vasculares sistémicas y de la presión capilar pulmonar de enclavamiento, crepitantes en los pulmones, ruidos cardíacos S3 y S4 y taquicardia).
- Monitorizar las posibles fuentes de pérdida de líquidos (p. ej., tubo de tórax, herida y drenaje nasogástrico; diarrea; vómitos; y aumento del perímetro abdominal y de las extremidades, hematemesis o rectorragia).

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS

- Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación.
- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (p. ej., hipoalbuminemia, quemaduras, desnutrición, sepsis, síndrome nefrótico, hipertermia, terapia diurética, nefropatías, insuficiencia cardíaca, diaforesis, insuficiencia hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria, vómitos y diarrea).
- Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos (p. ej., mareo, alteración del nivel de consciencia, aturdimiento, aprensión, irritabilidad, náuseas, fasciculaciones).
- Explorar el relleno capilar manteniendo la mano del paciente al mismo nivel que su corazón y presionando la uña del dedo medio durante 5 segundos, tras lo que se libera la presión y se mide el tiempo que tarda en recuperarse el color (debería ser menor de 2 segundos).
- Explorar la turgencia cutánea pellizcando con suavidad el tejido sobre un área ósea como la mano o la espinilla, manteniendo la presión un segundo y liberándolo (la piel debería regresar a su origen con rapidez si la hidratación es adecuada).
- Monitorizar el peso.
- Monitorizar las entradas y salidas.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DEL EQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 5: Hidratación

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de pasar rápidamente de uno a otro de los fluidos intracelulares y/o extracelulares, sin sangre.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1	1 EQUILIBRIO HÍDRICO	1.1 Presión arterial 1.2 Frecuencia del pulso radial 1.3 Presión venosa central 1.4 Color de la orina	1	Problema presente (comprometido).
2	2 HIDRATACIÓN	2.1 Fluctuaciones del peso corporal 2.2 Sensación de sed 2.3 Hidratación de la piel 2.4 Orina de 5 a 8 veces al día	2	Problema parcialmente resuelto.
3	3 SEVERIDAD DE LA SOBRECARGA DE LÍQUIDOS	3.1 Edema periorbitario 3.2 Edema de manos 3.3 Ascitis 3.4 Edema sacro	3	Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DEL EQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LÍQUIDOS

- Determinar el estado hídrico basal (es decir, sobrecarga, deshidratación, normovolemia).
- Monitorizar los cambios en el estado hídrico utilizando datos obtenidos regularmente (p. ej., peso, valores de laboratorio, signos vitales).
- Realizar la conciliación de la medicación para determinar los medicamentos que influyen en el equilibrio hídrico.
- Tratar la causa subyacente del desequilibrio hídrico siempre que sea posible (p. ej., uso excesivo de diuréticos, insuficiencia cardíaca congestiva, hiperglucemia)
- Realizar un registro preciso de entradas (p. ej., i.v., oral) y salidas (p. ej., micción, sonda vesical, ropa interior de incontinencia, pesaje de pañales).
- Monitorizar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado, presión arterial ortostática, aspecto de las fontanelas, turgencia cutánea), según proceda

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS

- Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación.
- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (p. ej., hipoalbuminemia, quemaduras, desnutrición, sepsis, síndrome nefrótico, hipertermia, terapia diurética, nefropatías, insuficiencia cardíaca, diaforesis, insuficiencia hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria, vómitos y diarrea).
- Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos (p. ej., mareo, alteración del nivel de consciencia, aturdimiento, aprensión, irritabilidad, náuseas, fasciculaciones).
- Explorar la turgencia cutánea pellizcando con suavidad el tejido sobre un área ósea como la mano o la espinilla, manteniendo la presión un segundo y liberándolo (la piel debería regresar a su origen con rapidez si la hidratación es adecuada).

INTERVENCIÓN (NIC):

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

- Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.
- Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos.
- Determinar la disponibilidad y calidad de recursos (p. ej., psicológicos, económicos, nivel educativo, familia y otros recursos sociales, y comunidad).
- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Mantener los registros y estadísticas precisos.
- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- identificar las estrategias de afrontamiento típicas.
- Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual.
- Determinar el estado de las necesidades de la vida diaria.
- Determinar los recursos comunitarios adecuados para cubrir las necesidades vitales y de salud básicas.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

VOLUMEN DE LÍQUIDOS EXCESIVO.

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 5: Hidratación

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Retención excesiva de líquidos intracelulares y/o extracelulares, sin incluir la sangre.	1	Sonidos respiratorios adventicios.	
	2	Oliguria	
	3	Azoemia	
	4	Presión alterada	
	5	Aportes superiores a las pérdidas	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Ingesta excesiva de líquidos.	1 EQUILIBRIO HÍDRICO	1.1 Balance de entradas y salidas en 24 horas 1.2 Tiempo de llenado capilar 1.3 Hidratación cutánea 1.4 Ingesta de líquidos	1 Problema presente (comprometido).
2 Ingesta excesiva de sodio	2 ELIMINACIÓN URINARIA	2.1 Patrón de eliminación 2.2 Ingesta de líquidos 2.3 Cantidad de orina 2.4 Retención urinaria	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Conocimiento inadecuado de las necesidades de líquidos.	3 FUNCIÓN RENAL	3.1 Aumento de la glucosuria 3.2 Edema 3.3 Anemia 3.4 Electrolitos en la orina	3 Problema resuelto.
4 Autogestión ineficaz de la medicación.			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

VOLUMEN DE LÍQUIDOS EXCESIVO.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE HIPERVOLEMIA

- Pesar a diario al paciente a la misma hora (p. ej., después de orinar, antes del desayuno) y monitorizar las tendencias.
- Monitorizar el estado hemodinámico, incluidas la PVC, PAM, PAP y PECP, según disponibilidad.
- Monitorizar el patrón respiratorio por si hubiera síntomas de edema pulmonar (p. ej., ansiedad, disnea, ortopnea, taquipnea, tos y producción de esputo espumoso).
- Monitorizar la presencia de ruidos pulmonares adventicios.
- Monitorizar la presencia de ruidos cardíacos adventicios.
- Monitorizar la distensión venosa yugular.
- Monitorizar el edema periférico. • Monitorizar la existencia de signos de laboratorio de hemoconcentración (p. ej., sodio, BUN, hematocrito, gravedad específica de la orina), si están disponibles. • Monitorizar los datos de laboratorio sobre la posibilidad de un aumento de la presión oncótica plasmática (p. ej., aumento de las proteínas y de la albúmina), si están disponibles.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LIQUIDOS/ELECTROLITOS

- Monitorizar los niveles de electrolitos en suero anormales, si existe disponibilidad.
- Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación (p. ej., crepitantes en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, cambios conductuales, crisis comiciales, saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/hundidos, respiración rápida y superficial).
- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio), según corresponda.
- Pesar a diario y valorar la evolución.
- Administrar líquidos, si está indicado.
- Favorecer la ingesta oral (proporcionar líquidos orales según preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcionar una pajita para beber y agua fresca), si resulta oportuno.
- Reponer líquidos por vía nasogástrica, si está prescrito, en función de las salidas, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACION LIQUIDOS

- Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación.
- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (p. ej., hipoalbuminemia, quemaduras, desnutrición, sepsis, síndrome nefrótico, hipertermia, terapia diurética, nefropatías, insuficiencia cardíaca, diaforesis, insuficiencia hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria, vómitos y diarrea).
- Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos (p. ej., mareo, alteración del nivel de consciencia, aturdimiento, aprensión, irritabilidad, náuseas, fasciculaciones).
- Explorar el relleno capilar manteniendo la mano del paciente al mismo nivel que su corazón y presionando la uña del dedo medio durante 5 segundos, tras lo que se libera la presión y se mide el tiempo que tarda en recuperarse el color (debería ser menor de 2 segundos).
- Explorar la turgencia cutánea pellizcando con suavidad el tejido sobre un área ósea como la mano o la espinilla, manteniendo la presión un segundo y liberándolo (la piel debería regresar a su origen con rapidez si la hidratación es adecuada).
- Monitorizar el peso

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS EXCESIVO

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 5: Hidratación

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de retención excesiva de líquido intracelular y/o extracelular, sin incluir la sangre.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1 EQUILIBRIO HÍDRICO	1.1	Balance de entradas y salidas en 24 horas	1 Problema presente (comprometido).
		1.2	Tiempo de llenado capilar	
		1.3	Hidratación cutánea	
		1.4	Ingesta de líquidos	
2	2 ELIMINACIÓN URINARIA	2.1	Patrón de eliminación	2 Problema parcialmente resuelto.
		2.2	Ingesta de líquidos	
		2.3	Cantidad de orina	
		2.4	Retención urinaria	
3	3 FUNCIÓN RENAL	3.1	Aumento de la glucosuria	3 Problema resuelto.
		3.2	Edema	
		3.3	Anemia	
		3.4	Electrólitos en la orina	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS EXCESIVO

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE HIPERVOLEMIA

- Pesar a diario al paciente a la misma hora (p. ej., después de orinar, antes del desayuno) y monitorizar las tendencias.
- Monitorizar el estado hemodinámico, incluidas la PVC, PAM, PAP y PECP, según disponibilidad.
- Monitorizar el patrón respiratorio por si hubiera síntomas de edema pulmonar (p. ej., ansiedad, disnea, ortopnea, taquipnea, tos y producción de esputo espumoso).
- Monitorizar la presencia de ruidos pulmonares adventicios.
- Monitorizar la presencia de ruidos cardíacos adventicios.
- Monitorizar la distensión venosa yugular.
- Monitorizar el edema periférico. • Monitorizar la existencia de signos de laboratorio de hemoconcentración (p. ej., sodio, BUN, hematocrito, gravedad específica de la orina), si están disponibles. • Monitorizar los datos de laboratorio sobre la posibilidad de un aumento de la presión oncótica plasmática (p. ej., aumento de las proteínas y de la albúmina), si están disponibles.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LÍQUIDOS/ELECTROLITOS

- Monitorizar los niveles de electrolitos en suero anormales, si existe disponibilidad.
- Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación (p. ej., crepitantes en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, cambios conductuales, crisis comiciales, saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/hundidos, respiración rápida y superficial).
- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio), según corresponda.
- Pesar a diario y valorar la evolución.
- Administrar líquidos, si está indicado.
- Favorecer la ingesta oral (proporcionar líquidos orales según preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcionar una pajita para beber y agua fresca), si resulta oportuno.
- Reponer líquidos por vía nasogástrica, si está prescrito, en función de las salidas, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACION LÍQUIDOS

- Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación.
- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (p. ej., hipoalbuminemia, quemaduras, desnutrición, sepsis, síndrome nefrótico, hipertermia, terapia diurética, nefropatías, insuficiencia cardíaca, diaforesis, insuficiencia hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria, vómitos y diarrea).
- Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos (p. ej., mareo, alteración del nivel de consciencia, aturdimiento, aprensión, irritabilidad, náuseas, fasciculaciones).
- Explorar el relleno capilar manteniendo la mano del paciente al mismo nivel que su corazón y presionando la uña del dedo medio durante 5 segundos, tras lo que se libera la presión y se mide el tiempo que tarda en recuperarse el color (debería ser menor de 2 segundos).
- Explorar la turgencia cutánea pellizcando con suavidad el tejido sobre un área ósea como la mano o la espinilla, manteniendo la presión un segundo y liberándolo (la piel debería regresar a su origen con rapidez si la hidratación es adecuada).
- Monitorizar el peso

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

VOLUMEN DE LÍQUIDOS INADECUADO

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 5: Hidratación

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Disminución del líquido intracelular y/o extracelular, sin incluir la sangre	1	Alteración en la turgencia de la piel	
	2	Disminución del volumen del pulso	
	3	Sequedad de membranas mucosas	
	4	Piel seca	
	5	Debilidad	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Dificultad para obtener líquidos	1 EQUILIBRIO HÍDRICO	1.1 Presión arterial 1.2 Hidratación cutánea 1.3 Ingesta de líquidos 1.4 Diuresis	1 Problema presente (comprometido).
2 Deterioro de la movilidad física	2 HIDRATACIÓN	2.1 Sensación de sed 2.2 Turgencia cutánea 2.3 Perfusión tisular 2.4 Función cognitiva	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Masa muscular inadecuada	3 ELIMINACIÓN URINARIA	3.1 Patrón de eliminación	3 Problema resuelto.
		3.2 Dolor al orinar	
		3.3 Ardor al orinar	
4 Malnutrición		3.4 Ingesta de líquidos	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

VOLUMEN DE LÍQUIDOS INADECUADO

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LÍQUIDOS

- Determinar el estado hídrico basal (es decir, sobrecarga, deshidratación, normovolemia).
- Monitorizar los cambios en el estado hídrico utilizando datos obtenidos regularmente (p. ej., peso, valores de laboratorio, signos vitales).
- Realizar la conciliación de la medicación para determinar los medicamentos que influyen en el equilibrio hídrico.
- Tratar la causa subyacente del desequilibrio hídrico siempre que sea posible (p. ej., uso excesivo de diuréticos, insuficiencia cardíaca congestiva, hiperglucemia).
- Realizar un registro preciso de entradas (p. ej., i.v, oral) y salidas (p. ej., micción, sonda vesical, ropa interior de incontinencia, pesaje de panales).
- Monitorizar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado, presión arterial ortostática, aspecto de las fontanelas, turgencia cutánea), según proceda.
- Monitorizar los signos vitales y el estado hemodinámico.
- Dar instrucciones sobre la ingesta o restricción de líquidos, los medicamentos que influyen en el equilibrio hídrico y la ingesta dietética para mantener un equilibrio hídrico adecuado.
- Dar instrucciones sobre los signos y síntomas de los desequilibrios hídricos.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE ELECTROLITOS

- Observar si los electrolitos en suero son anormales, según disponibilidad.
- Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos.
- Mantener un acceso i.v. permeable.
- Suministrar líquidos según la prescripción, si es adecuado.
- Mantener un registro adecuado de entradas y salidas.
- Mantener una solución intravenosa que contenga electrolito(s) a un flujo constante, según corresponda.
- Administrar electrolitos suplementarios (vía oral, nasogástrica e intravenosa) según la prescripción, si correspondiera.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre modificaciones dietéticas específicas, según corresponda.
- Disponer un ambiente seguro para el paciente con manifestaciones neurológicas y/o neuromusculares de desequilibrio de electrolitos.
- Fomentar la orientación.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS

- Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación.
- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (p. ej., hipoalbuminemia, quemaduras, desnutrición, sepsis, síndrome nefrótico, hipertermia, terapia diurética, nefropatías, insuficiencia cardíaca, diaforesis, insuficiencia hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria, vómitos y diarrea).
- Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos (p. ej., mareo, alteración del nivel de consciencia, aturdimiento, aprensión, irritabilidad, náuseas, fasciculaciones).
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar los niveles de electrolitos en suero y orina, según corresponda.
- Monitorizar los niveles séricos de albumina y proteínas totales.
- Monitorizar la osmolalidad urinaria y sérica.
- Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardíaca y estado de la respiración.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS INADECUADO

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 5: Hidratación

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de experimentar disminución del líquido intracelular y/o extracelular, sin incluir la sangre	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Dificultad para obtener líquidos	1 EQUILIBRIO HÍDRICO	1.1 Presión arterial 1.2 Hidratación cutánea 1.3 Ingesta de líquidos 1.4 Diuresis	1 Problema presente (comprometido).
2 Deterioro de la movilidad física	2 HIDRATACIÓN	2.1 Sensación de sed 2.2 Turgencia cutánea 2.3 Perfusión tisular 2.4 Función cognitiva	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Masa muscular inadecuada			
4 Malnutrición	3 ELIMINACIÓN URINARIA	3.1 Patrón de eliminación 3.2 Dolor al orinar 3.3 Ardor al orinar 3.4 Ingesta de líquidos	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS INADECUADO

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LÍQUIDOS

- Determinar el estado hídrico basal (es decir, sobrecarga, deshidratación, normovolemia).
- Monitorizar los cambios en el estado hídrico utilizando datos obtenidos regularmente (p. ej., peso, valores de laboratorio, signos vitales).
- Realizar la conciliación de la medicación para determinar los medicamentos que influyen en el equilibrio hídrico.
- Tratar la causa subyacente del desequilibrio hídrico siempre que sea posible (p. ej., uso excesivo de diuréticos, insuficiencia cardíaca congestiva, hiperglucemia).
- Realizar un registro preciso de entradas (p. ej., i.v, oral) y salidas (p. ej., micción, sonda vesical, ropa interior de incontinencia, pesaje de panales).
- Monitorizar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado, presión arterial ortostática, aspecto de las fontanelas, turgencia cutánea), según proceda.
- Monitorizar los signos vitales y el estado hemodinámico.
- Dar instrucciones sobre la ingesta o restricción de líquidos, los medicamentos que influyen en el equilibrio hídrico y la ingesta dietética para mantener un equilibrio hídrico adecuado.
- Dar instrucciones sobre los signos y síntomas de los desequilibrios hídricos.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE ELECTROLITOS

- Observar si los electrolitos en suero son anormales, según disponibilidad.
- Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos.
- Mantener un acceso i.v. permeable.
- Suministrar líquidos según la prescripción, si es adecuado.
- Mantener un registro adecuado de entradas y salidas.
- Mantener una solución intravenosa que contenga electrolito(s) a un flujo constante, según corresponda.
- Administrar electrolitos suplementarios (vía oral, nasogástrica e intravenosa) según la prescripción, si correspondiera.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre modificaciones dietéticas específicas, según corresponda.
- Disponer un ambiente seguro para el paciente con manifestaciones neurológicas y/o neuromusculares de desequilibrio de electrolitos.
- Fomentar la orientación.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS

- Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación.
- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (p. ej., hipoalbuminemia, quemaduras, desnutrición, sepsis, síndrome nefrótico, hipertermia, terapia diurética, nefropatías, insuficiencia cardíaca, diaforesis, insuficiencia hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria, vómitos y diarrea).
- Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos (p. ej., mareo, alteración del nivel de consciencia, aturdimiento, aprensión, irritabilidad, náuseas, fasciculaciones).
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar los niveles de electrolitos en suero y orina, según corresponda.
- Monitorizar los niveles séricos de albumina y proteínas totales.
- Monitorizar la osmolalidad urinaria y sérica.
- Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardíaca y estado de la respiración.

Dominio 3

Eliminación e intercambio

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

DOMINIO 3: Eliminación e Intercambio

CLASE 1: Función urinaria

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Incapacidad para excretar eficazmente los líquidos y desechos almacenados en la vejiga a través de la uretra.		1	Disuria		
		2	Dificultad para orinar		
		3	Incontinencia urinaria		
		4	Retención urinaria		
		5	Urgencia urinaria		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1	Consumo de alcohol	1	ELIMINACIÓN URINARIA	1.1 Patrón de eliminación 1.2 Olor de la orina 1.3 Dolor al orinar 1.4 Ardor al orinar	1 Problema presente (comprometido).
2	Músculo de la vejiga debilitado	2	CONTINENCIA URINARIA	2.1 Llega al baño entre la urgencia y la evacuación de la orina 2.2 Responde oportunamente a la urgencia 2.3 Reconoce la urgencia miccional 2.4 Vacía completamente la vejiga	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Hábitos de defecación ineficaces	3	FUNCIÓN RENAL	3.1 Diuresis en 8 horas 3.2 Color de la orina 3.3 Malestar 3.4 Densidad específica de la orina	3 Problema resuelto.
4	Consumo de cafeína				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

- Determinar el patrón de eliminación habitual.
- Determinar la capacidad de reconocer la necesidad de orinar.
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, la consistencia, el olor, el volumen y el color, según corresponda.
- Identificar los factores que contribuyan a episodios de incontinencia (p. ej., incapaz de levantarse rápidamente, lejos del baño).
- Anotar la hora de la última micción, según corresponda.
- Realizar una ecografía vesical portátil, según esté indicado.
- Aplicar el protocolo de sondaje intermitente, según esté indicado.
- Facilitar el acceso al inodoro portátil, al orinal o al cuarto de baño.
- Dar instrucciones para responder inmediatamente a las ganas de orinar, según proceda.
- Ayudar con el uso de orinales o cuñas, según sea necesario.
- Proporcionar la higiene personal necesaria después de orinar.
- Fomentar la ingesta adecuada de líquidos, especialmente con las sondas permanentes.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

- Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo postmiccional y medicamentos).
- Proporcionar intimidad para la evacuación.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Incluir a los miembros de la familia en las estrategias de manejo, según corresponda.
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Obtener muestras de orina para un cultivo y antibiograma, si es necesario.
- Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente.
- Ayudar a desarrollar y mantener un sentimiento de esperanza.
- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al baño.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.
- Limitar los líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA

- Monitorizar la cantidad y las características de la emisión de orina (p. ej., diuresis, patrón de eliminación urinaria, función cognitiva, problemas urinarios anteriores).
- Monitorizar el uso y efectos de tratamientos farmacológicos que alteren el vaciado de la vejiga.
- Proporcionar intimidad para la micción.
- Utilizar el poder de la sugestión haciendo correr agua o tirando de la cadena del baño.
- Proporcionar tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga (10 minutos).
- Realizar la maniobra de Credé (presión manual sobre la vejiga para ayudar a eliminar la orina), si es necesario.
- Utilizar una técnica de doble micción (p. ej., espere un poco después de vaciar la vejiga y luego inténtelo de nuevo).
- Enseñar al paciente/familia a registrar la diuresis, según corresponda.
- Enseñar modos de evitar el estreñimiento o la impactación fecal.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar el grado de distensión vesical mediante palpación y percusión.
- Ayudar con las micciones a intervalos regulares, según corresponda.
- Sondar al paciente para extraer la orina residual.
- Utilizar el sondaje intermitente, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE RETENCIÓN URINARIA

DOMINIO 3: Eliminación e Intercambio

CLASE 1: Función urinaria

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a vaciado vesical incompleto.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Impactación fecal	1 ELIMINACIÓN URINARIA	1.1 Patrón de eliminación 1.2 Olor de la orina 1.3 Dolor al orinar 1.4 Ardor al orinar	1 Problema presente (comprometido).
2 Relajación inadecuada del suelo pélvico	2 CONTINENCIA URINARIA	2.1 Llega al baño entre la urgencia y la evacuación de la orina 2.2 Responde oportunamente a la urgencia 2.3 Reconoce la urgencia miccional 2.4 Vacía completamente la vejiga	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Limitaciones medioambientales desatendidas	3 SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS	3.1 Intensidad de los síntomas 3.2 Frecuencia de los síntomas 3.3 Malestar asociado 3.4 Persistencia de los síntomas	3 Problema resuelto.
4 Debilidad del suelo pélvico			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE RETENCIÓN URINARIA

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

- Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo posmiccional y medicamentos).
- Proporcionar intimidad para la evacuación.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Incluir a los miembros de la familia en las estrategias de manejo, según corresponda.
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Obtener muestras de orina para un cultivo y antibiograma, si es necesario.
- Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente.
- Ayudar a desarrollar y mantener un sentimiento de esperanza.
- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al baño.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.
- Limitar los líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

IRRIGACIÓN DE LA VEJIGA URINARIA

- Instruir al paciente y a sus allegados sobre el procedimiento.
- Mantener la privacidad y asegurarse de no tener interrupciones durante el procedimiento.
- Determinar si la irrigación será continua o intermitente.
- Preparar los dispositivos de irrigación estéril utilizando una técnica estéril, según el protocolo del centro.
- Limpiar el sitio de entrada o salida del conector en Y con una toallita impregnada de alcohol, antes y después del procedimiento.
- Instilar los líquidos de irrigación, según el protocolo del centro.
- Suspender las irrigaciones si el procedimiento se vuelve demasiado difícil o si el catéter parece estar obstruido.
- Controlar y mantener el flujo correcto mediante una infusión continua, si es necesario.
- Conectar el catéter a la nueva bolsa de drenaje al final de la irrigación.
- Registrar la cantidad de líquido utilizado, sus características, la cantidad extraída y la respuesta del paciente, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Asegurar la comodidad del paciente al final del procedimiento.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA

- Monitorizar la cantidad y las características de la emisión de orina (p. ej., diuresis, patrón de eliminación urinaria, función cognitiva, problemas urinarios anteriores).
- Monitorizar el uso y efectos de tratamientos farmacológicos que alteren el vaciado de la vejiga.
- Proporcionar intimidad para la micción.
- Utilizar el poder de la sugestión haciendo correr agua o tirando de la cadena del baño.
- Proporcionar tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga (10 minutos).
- Realizar la maniobra de Credé (presión manual sobre la vejiga para ayudar a eliminar la orina), si es necesario.
- Utilizar una técnica de doble micción (p. ej., espere un poco después de vaciar la vejiga y luego inténtelo de nuevo).
- Enseñar al paciente/familia a registrar la diuresis, según corresponda.
- Enseñar modos de evitar el estreñimiento o la impactación fecal.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar el grado de distensión vesical mediante palpación y percusión.
- Ayudar con las micciones a intervalos regulares, según corresponda.
- Sondar al paciente para extraer la orina residual.
- Utilizar el sondaje intermitente, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

INCONTINENCIA URINARIA ASOCIADA A LA DISCAPACIDAD

DOMINIO 3: Eliminación e intercambio

CLASE 1: Función urinaria

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Incapacidad de llegar al baño tras la sensación de urgencia para evitar la pérdida involuntaria de orina debido a una condición física o cognitiva	1	Comportamientos adaptativos para evitar que otros reconozcan la incontinencia urinaria	
	2	Dificultad para ir al baño tras la sensación de urgencia	
	3	Mapeo de rutas a baños públicos antes de salir de casa	
	4	Uso de técnicas para prevenir la micción	
	5	Se orina antes de llegar al inodoro	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Deterioro de la movilidad física	1 HIDRATACIÓN	1.1 Orina de 5 a 8 veces al día 1.2 Osmolalidad urinaria 1.3 Densidad específica de la orina 1.4 Color de la orina	1 Problema presente (comprometido).
2 Deterioro del equilibrio postural	2 FUNCIÓN RENAL	2.1 Balance de entradas y salidas en 24 horas 2.2 Electrolitos en la orina 2.3 Densidad específica de la orina 2.4 Color de la orina	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Habitualmente reprime la urgencia de orinar	3 CONTINENCIA URINARIA	3.1 Reconoce la urgencia miccional 3.2 Responde oportunamente a la urgencia 3.3 Lleva un diario de la vejiga 3.4 Llega al baño entre la urgencia y la evacuación de la orina	3 Problema resuelto.
4 Debilidad del suelo pélvico			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

INCONTINENCIA URINARIA ASOCIADA A LA DISCAPACIDAD

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

- Proporcionar intimidad para la evacuación.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Incluir a los miembros de la familia en las estrategias de manejo, según corresponda.
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Obtener muestras de orina para un cultivo y antibiograma, si es necesario.
- Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente.
- Ayudar a desarrollar y mantener un sentimiento de esperanza.
- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al baño.
- Ayudar a seleccionar la prenda o compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo mientras se determina un tratamiento más definitivo.
- Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (refrescos de cola, café, té, chocolate, edulcorantes, comidas especiadas y alcohol).
- Monitorizar la efectividad de los tratamientos quirúrgico, medico, farmacológico y autoprescrito.
- Monitorizar el hábito intestinal.

INTERVENCIÓN (NIC):

MICCIÓN ESTIMULADA

- Determinar la capacidad para reconocer la urgencia de orinar.
- Mantener un registro específico de continencia durante 3 días para establecer un patrón miccional y determinar la probabilidad de éxito.
- Establecer intervalos del programa inicial de micción estimulada a partir del patrón miccional.
- Establecer un inicio y un final para el programa de micción estimulada, si no es de 24 horas.
- Respetar los intervalos prescritos para la micción estimulada con un margen de 15 minutos.
- Conceder tiempo para que solicite ayuda para ir al baño.
- Determinar la conciencia del estado de continencia preguntándole si está mojado o seco.
- Enseñar a solicitar por sí mismo ir al baño en respuesta a la urgencia de orinar.
- Documentar los resultados de las sesiones de uso del inodoro en la historia clínica.
- Comentar el registro de continencia con el personal para reforzar y estimular la conformidad con el programa de micción estimulada de forma semanal y según sea necesario.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

- Determinar el patrón de eliminación habitual.
- Determinar la capacidad de reconocer la necesidad de orinar.
- Tener en cuenta la edad a la hora de determinar los patrones miccionales (p. ej., enuresis y entrenamiento para ir al baño en niños pequeños y preescolares, incontinencia debida a cambios fisiológicos en adultos mayores).
- Tener en cuenta las diferencias culturales y sociales a la hora de prestar cuidados.
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, la consistencia, el olor, el volumen y el color, según corresponda.
- Monitorizar el estado funcional para detectar cualquier cambio que pueda afectar a la capacidad de eliminación urinaria (p. ej., capacidad de deambular o permanecer de pie de forma segura, capacidad de seguir instrucciones, motivación para ayudar en las actividades de autocuidado).
- Identificar los factores que contribuyan a episodios de incontinencia (p. ej., incapaz de levantarse rápidamente, lejos del baño).
- Anotar la hora de la última micción, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

INCONTINENCIA URINARIA MIXTA

DOMINIO 3: Eliminación e Intercambio

CLASE 1: Función urinaria

DEFINICIÓN				CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS					
Pérdida involuntaria de orina en combinación con o después de una fuerte sensación o urgencia por orinar, y también por actividades que incrementan la presión intraabdominal.				1	Vaciado incompleto de la vejiga				
				2	Nicturia				
				3	Urgencia urinaria				
				4	Pérdida de orina al toser				
				5	Pérdida de orina con el esfuerzo físico				
FACTORES RELACIONADOS				RESULTADOS (NOC)		INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Autogestión ineficaz del sobrepeso			1	ELIMINACIÓN URINARIA	1.1	Patrón de eliminación	1	Problema presente (comprometido).
						1.2	Olor de la orina		
						1.3	Dolor al orinar		
						1.4	Ardor al orinar		
2	Atrofia musculoesquelética			2	CONTINENCIA URINARIA	2.1	Llega al baño entre la urgencia y la evacuación de la orina	2	Problema parcialmente resuelto.
						2.2	Responde oportunamente a la urgencia		
						2.3	Reconoce la urgencia miccional		
						2.4	Vacía completamente la vejiga		
3	Consumo de tabaco					3.1	Diuresis en 8 horas		
				3	FUNCIÓN RENAL	3.2	Color de la orina	3	Problema resuelto.
						3.3	Malestar		
						3.4	Densidad específica de la orina		

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

INCONTINENCIA URINARIA MIXTA

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

- Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo posmiccional y medicamentos).
- Proporcionar intimidad para la evacuación.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Incluir a los miembros de la familia en las estrategias de manejo, según corresponda.
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Obtener muestras de orina para un cultivo y antibiograma, si es necesario.
- Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente.
- Ayudar a desarrollar y mantener un sentimiento de esperanza.
- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al baño.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.
- Limitar los líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA

- Monitorizar la cantidad y las características de la emisión de orina (p. ej., diuresis, patrón de eliminación urinaria, función cognitiva, problemas urinarios anteriores).
- Monitorizar el uso y efectos de tratamientos farmacológicos que alteren el vaciado de la vejiga.
- Proporcionar intimidad para la micción.
- Utilizar el poder de la sugestión haciendo correr agua o tirando de la cadena del baño.
- Proporcionar tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga (10 minutos).
- Realizar la maniobra de Credé (presión manual sobre la vejiga para ayudar a eliminar la orina), si es necesario.
- Utilizar una técnica de doble micción (p. ej., espere un poco después de vaciar la vejiga y luego inténtelo de nuevo).
- Enseñar al paciente/familia a registrar la diuresis, según corresponda.
- Enseñar modos de evitar el estreñimiento o la impactación fecal.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Ayudar con las micciones a intervalos regulares, según corresponda.
- Sondar al paciente para extraer la orina residual.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

- Determinar el patrón de eliminación habitual.
- Determinar la capacidad de reconocer la necesidad de orinar.
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, la consistencia, el olor, el volumen y el color, según corresponda.
- Identificar los factores que contribuyan a episodios de incontinencia (p. ej., incapaz de levantarse rápidamente, lejos del baño).
- Anotar la hora de la última micción, según corresponda.
- Realizar una ecografía vesical portátil, según esté indicado.
- Aplicar el protocolo de sondaje intermitente, según esté indicado.
- Facilitar el acceso al inodoro portátil, al orinal o al cuarto de baño.
- Dar instrucciones para responder inmediatamente a las ganas de orinar, según proceda.
- Ayudar con el uso de orinales o cuñas, según sea necesario.
- Proporcionar la higiene personal necesaria después de orinar.
- Fomentar la ingesta adecuada de líquidos, especialmente con las sondas permanentes.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

DOMINIO 3: Eliminación e Intercambio

CLASE 1: Función urinaria

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Pérdida involuntaria de orina con actividades que aumentan la presión intraabdominal, que no se asocia con la urgencia de orinar.		1	Pérdida de orina en ausencia de contracción del detrusor	
		2	Pérdida de orina en ausencia de vejiga sobredistendida	
		3	Pérdida de orina al toser	
		4	Pérdida de orina con el esfuerzo físico	
		5	Pérdida de orina al estornudar	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Autogestión ineficaz del sobrepeso	1 CONTINENCIA URINARIA	1.1 Reconoce la urgencia miccional 1.2 Mantiene un patrón miccional predecible 1.3 Vacía completamente la vejiga 1.4 Pérdidas de orina entre micciones	1 Problema presente (comprometido).
2	Debilidad del suelo pélvico	2 ELIMINACIÓN URINARIA	2.1 Patrón de eliminación 2.2 Vacía completamente la vejiga 2.3 Ardor al orinar 2.4 Micción frecuente	2 Problema parcialmente resuelto.
3				
4		3 SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS	3.1 Intensidad de los síntomas 3.2 Frecuencia de los síntomas 3.3 Persistencia de los síntomas 3.4 Malestar asociado	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

- Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo posmiccional y medicamentos).
- Proporcionar intimidad para la evacuación.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Incluir a los miembros de la familia en las estrategias de manejo, según corresponda.
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Obtener muestras de orina para un cultivo y antibiograma, si es necesario.
- Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente.
- Ayudar a desarrollar y mantener un sentimiento de esperanza.
- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al baño.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.
- Limitar los líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA

- Monitorizar la cantidad y las características de la emisión de orina (p. ej., diuresis, patrón de eliminación urinaria, función cognitiva, problemas urinarios anteriores).
- Monitorizar el uso y efectos de tratamientos farmacológicos que alteren el vaciado de la vejiga.
- Proporcionar intimidad para la micción.
- Utilizar el poder de la sugestión haciendo correr agua o tirando de la cadena del baño.
- Proporcionar tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga (10 minutos).
- Realizar la maniobra de Credé (presión manual sobre la vejiga para ayudar a eliminar la orina), si es necesario.
- Utilizar una técnica de doble micción (p. ej., espere un poco después de vaciar la vejiga y luego inténtelo de nuevo).
- Enseñar al paciente/familia a registrar la diuresis, según corresponda.
- Enseñar modos de evitar el estreñimiento o la impactación fecal.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Ayudar con las micciones a intervalos regulares, según corresponda.
- Sondar al paciente para extraer la orina residual.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

- Determinar el patrón de eliminación habitual.
- Determinar la capacidad de reconocer la necesidad de orinar.
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, la consistencia, el olor, el volumen y el color, según corresponda.
- Identificar los factores que contribuyan a episodios de incontinencia (p. ej., incapaz de levantarse rápidamente, lejos del baño).
- Anotar la hora de la última micción, según corresponda.
- Realizar una ecografía vesical portátil, según esté indicado.
- Aplicar el protocolo de sondaje intermitente, según esté indicado.
- Facilitar el acceso al inodoro portátil, al orinal o al cuarto de baño.
- Dar instrucciones para responder inmediatamente a las ganas de orinar, según proceda.
- Ayudar con el uso de orinales o cuñas, según sea necesario.
- Proporcionar la higiene personal necesaria después de orinar.
- Fomentar la ingesta adecuada de líquidos, especialmente con las sondas permanentes.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

DOMINIO 3: Eliminación e Intercambio

CLASE 1: Función urinaria

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Pérdida involuntaria de orina asociada a un deseo abrupto y fuerte de orinar.		1	Sensación de urgencia con estímulo desencadenado	
		2	Pérdida involuntaria de diferentes volúmenes de orina entre micciones, con urgencia	
		3	Pérdida de orina antes de llegar al sanitario	
		4	Pérdida de orina por contracciones vesicales	
		5	Pérdida de orina por espasmos vesicales	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Autogestión ineficaz del sobrepeso	1 CONTINENCIA URINARIA	1.1 Reconoce la urgencia miccional 1.2 Mantiene un patrón miccional predecible 1.3 Vacía completamente la vejiga 1.4 Pérdidas de orina entre micciones	1 Problema presente (comprometido).
2	Consumo de alcohol	2 ELIMINACIÓN URINARIA	2.1 Patrón de eliminación 2.2 Vacía completamente la vejiga 2.3 Ardor al orinar 2.4 Micción frecuente	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Consumo de cafeína	3 CONTROL DE SÍNTOMAS	3.1 Monitoriza la aparición de los síntomas 3.2 Monitoriza la gravedad de los síntomas 3.3 Monitoriza el sufrimiento por los síntomas 3.4 Monitoriza la frecuencia de los síntomas	3 Problema resuelto.
4	Consumo de bebidas carbonatadas			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

INTERVENCIÓN (NIC):

ENTRENAMIENTO DE LA VEJIGA URINARIA

- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de la eliminación urinaria.
- Animar a orinar a diario.
- Mantener un registro específico de continencia durante 3 días para establecer el patrón de eliminación urinaria.
- Ayudar a identificar los patrones de incontinencia.
- Revisar la micción a diario con la persona.
- Establecer una hora de inicio y finalización de la pauta para ir al baño, si no es de 24 horas.
- Llevar a la persona al baño o recordarle que orine en los intervalos prescritos.
- Proporcionar intimidad a la hora de ir al baño.
- Utilizar el poder de la sugestión (hacer correr agua o tirar de la cadena del inodoro) para ayudar a la persona a orinar.
- Colocar aceite esencial de menta en una bola de algodón o en el inodoro para ayudar a orinar.
- Evitar dejar en el aseo durante más de 5 minutos.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO URINARIO

- Involucrar a los cuidadores en el proceso de desarrollar horarios individualizados para ir al baño.
- Llevar un registro de especificación de continencia durante 3 días para establecer el patrón de eliminación urinaria.
- Utilizar un dispositivo de vigilancia electrónica para detectar episodios de incontinencia, según corresponda.
- Establecer un intervalo inicial para ir al baño, en función del patrón de eliminación urinaria y de la rutina habitual (p. ej., comer, levantarse y acostarse).
- Establecer una hora de inicio y finalización del programa para ir al baño, si no es de 24 horas.
- Ayudar al paciente a ir al baño y estimular la micción a los intervalos prescritos.
- Proporcionar adaptaciones especiales para el inodoro, como un asiento elevado o un pasamano, si es necesario.
- Proporcionar intimidad para ir al baño.
- Utilizar el poder de la sugestión (hacer correr agua o tirar de la cadena del aseo) para ayudar al paciente a orinar.
- Evitar dejar al paciente en el baño durante más de 5 minutos.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

- Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo posmiccional y medicamentos).
- Proporcionar intimidad para la evacuación.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Incluir a los miembros de la familia en las estrategias de manejo, según corresponda.
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Obtener muestras de orina para un cultivo y antibiograma, si es necesario.
- Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente.
- Ayudar a desarrollar y mantener un sentimiento de esperanza.
- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al baño.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.
- Limitar los líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

DOMINIO 3: Eliminación e Intercambio

CLASE 1: Función urinaria

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de pérdidas involuntarias de orina asociadas a un deseo abrupto y fuerte de orinar.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Autogestión ineficaz del sobrepeso	1 CONTINENCIA URINARIA	1.1 Reconoce la urgencia miccional 1.2 Mantiene un patrón miccional predecible 1.3 Vacía completamente la vejiga 1.4 Pérdidas de orina entre micciones	1 Problema presente (comprometido).
2	Consumo de alcohol	2 ELIMINACIÓN URINARIA	2.1 Patrón de eliminación 2.2 Vacía completamente la vejiga 2.3 Ardor al orinar 2.4 Micción frecuente	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Consumo de cafeína	3 CONTROL DE SÍNTOMAS	3.1 Monitoriza la aparición de los síntomas 3.2 Monitoriza la gravedad de los síntomas 3.3 Monitoriza el sufrimiento por los síntomas 3.4 Monitoriza la frecuencia de los síntomas	3 Problema resuelto.
4	Consumo de bebidas carbonatadas			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

INTERVENCIÓN (NIC):

ENTRENAMIENTO DE LA VEJIGA URINARIA

- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de la eliminación urinaria.
- Animar a orinar a diario.
- Mantener un registro específico de continencia durante 3 días para establecer el patrón de eliminación urinaria.
- Ayudar a identificar los patrones de incontinencia.
- Revisar la micción a diario con la persona.
- Establecer una hora de inicio y finalización de la pauta para ir al baño, si no es de 24 horas.
- Llevar a la persona al baño o recordarle que orine en los intervalos prescritos.
- Proporcionar intimidad a la hora de ir al baño.
- Utilizar el poder de la sugestión (hacer correr agua o tirar de la cadena del inodoro) para ayudar a la persona a orinar.
- Colocar aceite esencial de menta en una bola de algodón o en el inodoro para ayudar a orinar.
- Evitar dejar en el aseo durante más de 5 minutos.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO URINARIO

- Involucrar a los cuidadores en el proceso de desarrollar horarios individualizados para ir al baño.
- Llevar un registro de especificación de continencia durante 3 días para establecer el patrón de eliminación urinaria.
- Utilizar un dispositivo de vigilancia electrónica para detectar episodios de incontinencia, según corresponda.
- Establecer un intervalo inicial para ir al baño, en función del patrón de eliminación urinaria y de la rutina habitual (p. ej., comer, levantarse y acostarse).
- Establecer una hora de inicio y finalización del programa para ir al baño, si no es de 24 horas.
- Ayudar al paciente a ir al baño y estimular la micción a los intervalos prescritos.
- Proporcionar adaptaciones especiales para el inodoro, como un asiento elevado o un pasamano, si es necesario.
- Proporcionar intimidad para ir al baño.
- Utilizar el poder de la sugestión (hacer correr agua o tirar de la cadena del aseo) para ayudar al paciente a orinar.
- Evitar dejar al paciente en el baño durante más de 5 minutos.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

- Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo posmiccional y medicamentos).
- Proporcionar intimidad para la evacuación.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Incluir a los miembros de la familia en las estrategias de manejo, según corresponda.
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Obtener muestras de orina para un cultivo y antibiograma, si es necesario.
- Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente.
- Ayudar a desarrollar y mantener un sentimiento de esperanza.
- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al baño.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.
- Limitar los líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA MOTILIDAD GASTROINTESTINAL

DOMINIO 3: Eliminación e intercambio

CLASE 2: Función gastrointestinal

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el tracto digestivo		1	Cólico abdominal	
		2	Dolor abdominal	
		3	Alteración de los sonidos intestinales	
		4	Abdomen distendido	
		5	Incremento en el residuo gástrico	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Exposición a materiales contaminados	1	ELIMINACIÓN INTESTINAL	1
			1.1 Patrón de eliminación	
			1.2 Ganas de defecar	
			1.3 Color de las heces	
			1.4 Estreñimiento	Problema presente (comprometido).
2	Estrés excesivo	2	NIVEL DE DOLOR	2
			2.1 Intensidad de dolor referido	
			2.2 Frotarse la zona afectada	
			2.3 Mueca de dolor	Problema parcialmente resuelto.
			2.4 Náuseas	
3	Ansiedad	3	FUNCIÓN GASTROINTESTINAL	3
			3.1 Dolor abdominal	
			3.2 Distensión abdominal	
			3.3 Dolor abdominal a la palpación	Problema resuelto.
4	Malnutrición		3.4 Tiempo de vaciado gástrico	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DETERIORO DE LA MOTILIDAD GASTROINTESTINAL

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA MEDICACIÓN

- Utilizar una herramienta estandarizada para obtener toda la información sobre la medicación, incluidos los medicamentos con receta, los medicamentos sin receta y los suplementos dietéticos y a base de hierbas.
- Determinar cuáles son los medicamentos necesarios y administrarlos de acuerdo con el prescriptor o el protocolo.
- Identificar los tipos y las cantidades de medicamentos de venta sin receta utilizados.
- Proporcionar información sobre el uso de medicamentos sin receta y como pueden influir en la enfermedad existente.
- Determinar si se utilizan remedios caseros basados en la cultura y los posibles efectos sobre el uso de medicamentos sin receta y con receta.
- Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Proporcionar una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener más información sobre el régimen de medicación.
- Ponerse en contacto después del alta para responder a preguntas y comentar inquietudes asociadas al régimen de medicación, según proceda.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL

- Monitorizar el crecimiento y desarrollo.
- Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (p. ej., índice de masa corporal, medición de la cintura y medición de los pliegues cutáneos).
- Monitorizar las tendencias de pérdida y ganancia de peso (es decir, en pacientes pediátricos, marcar la talla y el peso en una gráfica de peso estandarizada).
- Identificar los cambios recientes del peso corporal.
- Determinar la cantidad apropiada de ganancia de peso durante el periodo previo al parto.
- Monitorizar la turgencia y movilidad cutáneas.
- Identificar las anomalías de la piel (p. ej., hematomas excesivos, mala cicatrización de las heridas y hemorragia).
- Identificar las anomalías del pelo (p. ej., seco, fino, tosco, y rotura fácil).
- Monitorizar la presencia de náuseas y vómitos.
- Identificar las anomalías de la defecación (p. ej., diarrea, sangre, moco y defecación irregular o dolorosa).
- Monitorizar la ingesta calórica y dietética.
- Identificar los cambios recientes de apetito y actividad.
- Monitorizar el tipo y cantidad de ejercicio habitual.
- Discutir el papel de los aspectos sociales y emocionales del consumo de alimentos

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL

- Revisar el historial de salud, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que afectan al hábito intestinal (p. ej., medicación, ejercicio, sueño, estrés, tabaquismo, dieta, acceso al inodoro).
- Anotar los problemas intestinales preexistentes, la rutina intestinal y el uso de laxantes y enemas.
- Monitorizar las deposiciones, incluida la frecuencia, la consistencia, el volumen y el color, según proceda.
- Determinar la causa física, cognitiva y fisiológica de la incontinencia fecal.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Eliminar la causa de la incontinencia (p. ej., fármaco, dieta, infección, impactación fecal), si es posible.
- Desarrollar un programa de manejo intestinal (procedimiento, resultados).
- Enseñar a llevar un registro de las defecaciones, si es preciso.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA MOTILIDAD GASTROINTESTINAL

DOMINIO 3: Eliminación e intercambio

CLASE 2: Función gastrointestinal

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible al aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el tracto gastrointestinal		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1 Exposición a materiales contaminados	1 ELIMINACIÓN INTESTINAL	1.1 Patrón de eliminación 1.2 Ganas de defecar 1.3 Color de las heces 1.4 Estreñimiento	1	Problema presente (comprometido).
2 Estrés excesivo	2 NIVEL DE DOLOR	2.1 Intensidad de dolor referido 2.2 Frotarse la zona afectada 2.3 Mueca de dolor 2.4 Náuseas	2	Problema parcialmente resuelto.
3 Ansiedad	3 FUNCIÓN GASTROINTESTINAL	3.1 Dolor abdominal 3.2 Distensión abdominal 3.3 Dolor abdominal a la palpación 3.4 Tiempo de vaciado gástrico	3	Problema resuelto.
4 Malnutrición				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA MOTILIDAD GASTROINTESTINAL

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA MEDICACIÓN

- Utilizar una herramienta estandarizada para obtener toda la información sobre la medicación, incluidos los medicamentos con receta, los medicamentos sin receta y los suplementos dietéticos y a base de hierbas.
- Determinar cuáles son los medicamentos necesarios y administrarlos de acuerdo con el prescriptor o el protocolo.
- Identificar los tipos y las cantidades de medicamentos de venta sin receta utilizados.
- Proporcionar información sobre el uso de medicamentos sin receta y como pueden influir en la enfermedad existente.
- Determinar si se utilizan remedios caseros basados en la cultura y los posibles efectos sobre el uso de medicamentos sin receta y con receta.
- Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Proporcionar una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener más información sobre el régimen de medicación.
- Ponerse en contacto después del alta para responder a preguntas y comentar inquietudes asociadas al régimen de medicación, según proceda.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL

- Monitorizar el crecimiento y desarrollo.
- Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (p. ej., índice de masa corporal, medición de la cintura y medición de los pliegues cutáneos).
- Monitorizar las tendencias de pérdida y ganancia de peso (es decir, en pacientes pediátricos, marcar la talla y el peso en una gráfica de peso estandarizada).
- Identificar los cambios recientes del peso corporal.
- Determinar la cantidad apropiada de ganancia de peso durante el periodo previo al parto.
- Monitorizar la turgencia y movilidad cutáneas.
- Identificar las anomalías de la piel (p. ej., hematomas excesivos, mala cicatrización de las heridas y hemorragia).
- Identificar las anomalías del pelo (p. ej., seco, fino, tosco, y rotura fácil).
- Monitorizar la presencia de náuseas y vómitos.
- Identificar las anomalías de la defecación (p. ej., diarrea, sangre, moco y defecación irregular o dolorosa).
- Monitorizar la ingesta calórica y dietética.
- Identificar los cambios recientes de apetito y actividad.
- Monitorizar el tipo y cantidad de ejercicio habitual.
- Discutir el papel de los aspectos sociales y emocionales del consumo de alimentos

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL

- Revisar el historial de salud, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que afectan al hábito intestinal (p. ej., medicación, ejercicio, sueño, estrés, tabaquismo, dieta, acceso al inodoro).
- Anotar los problemas intestinales preexistentes, la rutina intestinal y el uso de laxantes y enemas.
- Monitorizar las deposiciones, incluida la frecuencia, la consistencia, el volumen y el color, según proceda.
- Determinar la causa física, cognitiva y fisiológica de la incontinencia fecal.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Eliminar la causa de la incontinencia (p. ej., fármaco, dieta, infección, impactación fecal), si es posible.
- Desarrollar un programa de manejo intestinal (procedimiento, resultados).
- Enseñar a llevar un registro de las defecaciones, si es preciso.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN INTESTINAL

DOMINIO 3: Eliminación de intercambio

CLASE 2: Función gastrointestinal

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Alteración del proceso normal de defecación por el recto o la ostomías.	1	Cólico abdominal	
	2	Dolor abdominal	
	3	Estreñimiento	
	4	Diarrea	
	5	Sensación de evacuación incompleta	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Alteración de la rutina regular	1 CONTINENCIA INTESTINAL	1.1 Identifica la urgencia para defecar 1.2 Mantiene el control de la eliminación de heces 1.3 Llega al baño entre la urgencia y la evacuación de las heces 1.4 Diarrea	1 Problema presente (comprometido).
2 Ansiedad	2 ELIMINACIÓN INTESTINAL	2.1 Patrón de eliminación 2.2 Control de los movimientos intestinales 2.3 Dolor al defecar 2.4 Heces blandas y formadas	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Ingesta inadecuada de fibra	3 FUNCIÓN GASTROINTESTINAL	3.1 Tolerancia a alimentos	3 Problema resuelto.
		3.2 Consistencia de las heces	
		3.3 Volumen de las heces	
		3.4 Reflujo gástrico	
4 Ingesta inadecuada de líquidos			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN INTESTINAL

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL

- Revisar el historial de salud, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que afectan al hábito intestinal (p. ej., medicación, ejercicio, sueño, estrés, tabaquismo, dieta, acceso al inodoro).
- Anotar los problemas intestinales preexistentes, la rutina intestinal y el uso de laxantes y enemas.
- Monitorizar las deposiciones, incluida la frecuencia, la consistencia, el volumen y el color, según proceda.
- Determinar la causa física, cognitiva y fisiológica de la incontinencia fecal.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Eliminar la causa de la incontinencia (p. ej., fármaco, dieta, infección, impactación fecal), si es posible.
- Desarrollar un programa de manejo intestinal (procedimiento, resultados).
- Enseñar a llevar un registro de las defecaciones, si es preciso.
- Vigilar la piel perianal para detectar enrojecimiento, prurito, dolor, lesión por presión e infección.
- Lavar la zona perianal y secarla bien después de cada deposición (p. ej., con jabón y agua, detergente no iónico).
- Proteger la piel del exceso de humedad mediante una crema de barrera (p. ej., lanolina, dimeticona), según la prescripción.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO INTESTINAL

- Revisar el historial de salud, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que afectan al hábito intestinal (p. ej., medicación, ejercicio, sueño, estrés, tabaquismo, dieta).
- Anotar los problemas intestinales preexistentes, la rutina intestinal y el uso de laxantes y enemas.
- Monitorizar las defecaciones, incluyendo la fecha, la frecuencia, la consistencia, el volumen, la forma y el color, según corresponda.
- Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación (p. ej., características de los ruidos intestinales, frecuencia y consistencia de las deposiciones).
- Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.
- Enseñar los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.
- Enseñar a registrar la frecuencia, la consistencia, el volumen, la forma y el color de las heces.
- Utilizar supositorios, enemas o dilatación rectal digital, según proceda.
- Poner en marcha un programa individualizado de entrenamiento intestinal, si resulta oportuno.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA DIARREA

- Revisar el historial médico, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que pueden causar o contribuir a la diarrea (p. ej., medicamentos, ejercicio, sueño, estrés, dieta).
- Determinar la historia de la diarrea (p. ej., aguda, persistente, crónica).
- Obtener una muestra de heces para realizar un cultivo y antibiograma si la diarrea continuase, según la prescripción.
- Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales.
- Monitorizar la frecuencia, consistencia, volumen y color de las deposiciones.
- Enseñar el uso correcto de los medicamentos antidiarreicos.
- Enseñar a registrar la frecuencia, la consistencia, el volumen y el color de las deposiciones.
- Explicar la etiología del problema y la justificación de las acciones.
- Evaluar la ingesta registrada para determinar el contenido nutricional.
- Observar la turgencia de la piel y otros signos de deshidratación (p. ej., ojos hundidos, mucosas secas).
- Vigilar la piel de la zona perianal en busca de irritación y ulceración.
- Pesar regularmente.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN INTESTINAL

DOMINIO 3: Eliminación de intercambio

CLASE 2: Función gastrointestinal

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de sufrir cambios en el proceso normal de defecación por el recto o la ostromía.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Alteración de la rutina regular	1 CONTINENCIA INTESTINAL	1.1 Identifica la urgencia para defecar 1.2 Mantiene el control de la eliminación de heces 1.3 Llega al baño entre la urgencia y la evacuación de las heces 1.4 Diarrea	1 Problema presente (comprometido).
2 Ansiedad	2 ELIMINACIÓN INTESTINAL	2.1 Patrón de eliminación 2.2 Control de los movimientos intestinales 2.3 Dolor al defecar 2.4 Heces blandas y formadas	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Ingesta inadecuada de fibra	3 FUNCIÓN GASTROINTESTINAL	3.1 Tolerancia a alimentos 3.2 Consistencia de las heces 3.3 Volumen de las heces 3.4 Reflujo gástrico	3 Problema resuelto.
4 Ingesta inadecuada de líquidos			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN INTESTINAL

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL

- Revisar el historial de salud, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que afectan al hábito intestinal (p. ej., medicación, ejercicio, sueño, estrés, tabaquismo, dieta, acceso al inodoro).
- Anotar los problemas intestinales preexistentes, la rutina intestinal y el uso de laxantes y enemas.
- Monitorizar las deposiciones, incluida la frecuencia, la consistencia, el volumen y el color, según proceda.
- Determinar la causa física, cognitiva y fisiológica de la incontinencia fecal.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Eliminar la causa de la incontinencia (p. ej., fármaco, dieta, infección, impactación fecal), si es posible.
- Desarrollar un programa de manejo intestinal (procedimiento, resultados).
- Enseñar a llevar un registro de las defecaciones, si es preciso.
- Vigilar la piel perianal para detectar enrojecimiento, prurito, dolor, lesión por presión e infección.
- Lavar la zona perianal y secarla bien después de cada deposición (p. ej., con jabón y agua, detergente no iónico).
- Proteger la piel del exceso de humedad mediante una crema de barrera (p. ej., lanolina, dimeticona), según la prescripción.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO INTESTINAL

- Revisar el historial de salud, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que afectan al hábito intestinal (p. ej., medicación, ejercicio, sueño, estrés, tabaquismo, dieta).
- Anotar los problemas intestinales preexistentes, la rutina intestinal y el uso de laxantes y enemas.
- Monitorizar las defecaciones, incluyendo la fecha, la frecuencia, la consistencia, el volumen, la forma y el color, según corresponda.
- Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación (p. ej., características de los ruidos intestinales, frecuencia y consistencia de las deposiciones).
- Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.
- Enseñar los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.
- Enseñar a registrar la frecuencia, la consistencia, el volumen, la forma y el color de las heces.
- Utilizar supositorios, enemas o dilatación rectal digital, según proceda.
- Poner en marcha un programa individualizado de entrenamiento intestinal, si resulta oportuno.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA DIARREA

- Revisar el historial médico, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que pueden causar o contribuir a la diarrea (p. ej., medicamentos, ejercicio, sueño, estrés, dieta).
- Determinar la historia de la diarrea (p. ej., aguda, persistente, crónica).
- Obtener una muestra de heces para realizar un cultivo y antibiograma si la diarrea continuase, según la prescripción.
- Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales.
- Monitorizar la frecuencia, consistencia, volumen y color de las deposiciones.
- Enseñar el uso correcto de los medicamentos antidiarreicos.
- Enseñar a registrar la frecuencia, la consistencia, el volumen y el color de las deposiciones.
- Explicar la etiología del problema y la justificación de las acciones.
- Evaluar la ingesta registrada para determinar el contenido nutricional.
- Observar la turgencia de la piel y otros signos de deshidratación (p. ej., ojos hundidos, mucosas secas).
- Vigilar la piel de la zona perianal en busca de irritación y ulceración.
- Pesar regularmente.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

ESTREÑIMIENTO CRÓNICO FUNCIONAL

DOMINIO 3: Eliminación e intercambio

CLASE 2: Función gastrointestinal

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS						
Evacuación infrecuente o difícil de las heces, que ha estado presente durante un periodo prolongado de tiempo		1	Abdomen distendido					
		2	Masa abdominal palpable					
		3	Fuga de heces con estimulación digital					
		4	Dolor al defecar					
		5	Esfuerzo prolongado					
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN			
1	Disminución de la ingesta de alimentos	1	ELIMINACIÓN INTESTINAL	1.1 Patrónde eliminación 1.2 Ganas de defecar 1.3 Color de las heces 1.4 Estreñimiento	1	Problema presente (comprometido).		
2	Dieta desproporcionalmente alta en grasas		2	ESTADO DE COMODIDAD: FÍSICA		2.1 Control de los síntomas 2.2 Relajación muscular 2.3 Dolor 2.4 Estreñimiento	2	Problema parcialmente resuelto.
3	Volumen de fluidos inadecuado		3	SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS		3.1 Intensidad de los síntomas 3.2 Frecuencia de los síntomas 3.3 Persistencia de los síntomas 3.4 Malestar asociado	3	Problema resuelto.
4	Deterioro de la movilidad física							

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

ESTREÑIMIENTO CRÓNICO FUNCIONAL

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA MEDICACIÓN

- Utilizar una herramienta estandarizada para obtener toda la información sobre la medicación, incluidos los medicamentos con receta, los medicamentos sin receta y los suplementos dietéticos y a base de hierbas.
- Determinar cuáles son los medicamentos necesarios y administrarlos de acuerdo con el prescriptor o el protocolo.
- Identificar los tipos y las cantidades de medicamentos de venta sin receta utilizados.
- Proporcionar información sobre el uso de medicamentos sin receta y como pueden influir en la enfermedad existente.
- Determinar si se utilizan remedios caseros basados en la cultura y los posibles efectos sobre el uso de medicamentos sin receta y con receta.
- Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Proporcionar una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener más información sobre el régimen de medicación.
- Ponerse en contacto después del alta para responder a preguntas y comentar inquietudes asociadas al régimen de medicación, según proceda.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL

- Revisar el historial de salud, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que afectan al hábito intestinal (p. ej., medicación, ejercicio, sueño, estrés, tabaquismo, dieta, acceso al inodoro).
- Anotar los problemas intestinales preexistentes, la rutina intestinal y el uso de laxantes y enemas.
- Monitorizar las deposiciones, incluida la frecuencia, la consistencia, el volumen y el color, según proceda.
- Determinar la causa física, cognitiva y fisiológica de la incontinencia fecal.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Eliminar la causa de la incontinencia (p. ej., fármaco, dieta, infección, impactación fecal), si es posible.
- Desarrollar un programa de manejo intestinal (procedimiento, resultados).
- Enseñar a llevar un registro de las defecaciones, si es preciso.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA NUTRICIÓN

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
- Determinar las preferencias alimentarias del paciente.
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).
- Ayudar al paciente a determinar las directrices o las pirámides de alimentos (p. ej., pirámide de alimentos vegetarianos, pirámide de los alimentos y pirámide de alimentos para personas mayores de 70 años) más adecuadas para satisfacer las necesidades y preferencias nutricionales.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE ESTREÑIMIENTO CRÓNICO FUNCIONAL

DOMINIO 3: Eliminación e intercambio

CLASE 2: Función gastrointestinal

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de evacuación infrecuente o difícil de las heces durante un periodo prolongado de tiempo	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Disminución de la ingesta de alimentos	1 ELIMINACIÓN INTESTINAL	1.1 Patrón de eliminación 1.2 Ganas de defecar 1.3 Color de las heces 1.4 Estreñimiento	1 Problema presente (comprometido).
2 Dieta desproporcionalmente alta en grasas	2 ESTADO DE COMODIDAD: FÍSICA	2.1 Control de los síntomas 2.2 Relajación muscular 2.3 Dolor 2.4 Estreñimiento	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Volumen de fluidos inadecuado	3 SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS	3.1 Intensidad de los síntomas	3 Problema resuelto.
		3.2 Frecuencia de los síntomas	
		3.3 Persistencia de los síntomas	
4 Deterioro de la movilidad física		3.4 Malestar asociado	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE ESTREÑIMIENTO CRÓNICO FUNCIONAL

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA MEDICACIÓN

- Utilizar una herramienta estandarizada para obtener toda la información sobre la medicación, incluidos los medicamentos con receta, los medicamentos sin receta y los suplementos dietéticos y a base de hierbas.
- Determinar cuáles son los medicamentos necesarios y administrarlos de acuerdo con el prescriptor o el protocolo.
- Identificar los tipos y las cantidades de medicamentos de venta sin receta utilizados.
- Proporcionar información sobre el uso de medicamentos sin receta y como pueden influir en la enfermedad existente.
- Determinar si se utilizan remedios caseros basados en la cultura y los posibles efectos sobre el uso de medicamentos sin receta y con receta.
- Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Proporcionar una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener más información sobre el régimen de medicación.
- Ponerse en contacto después del alta para responder a preguntas y comentar inquietudes asociadas al régimen de medicación, según proceda.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL

- Revisar el historial de salud, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que afectan al hábito intestinal (p. ej., medicación, ejercicio, sueño, estrés, tabaquismo, dieta, acceso al inodoro).
- Anotar los problemas intestinales preexistentes, la rutina intestinal y el uso de laxantes y enemas.
- Monitorizar las deposiciones, incluida la frecuencia, la consistencia, el volumen y el color, según proceda.
- Determinar la causa física, cognitiva y fisiológica de la incontinencia fecal.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Eliminar la causa de la incontinencia (p. ej., fármaco, dieta, infección, impactación fecal), si es posible.
- Desarrollar un programa de manejo intestinal (procedimiento, resultados).
- Enseñar a llevar un registro de las defecaciones, si es preciso.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA NUTRICIÓN

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
- Determinar las preferencias alimentarias del paciente.
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).
- Ayudar al paciente a determinar las directrices o las pirámides de alimentos (p. ej., pirámide de los alimentos vegetarianos, pirámide de los alimentos y pirámide de alimentos para personas mayores de 70 años) más adecuadas para satisfacer las necesidades y preferencias nutricionales.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DETERIORO DE LA CONTINENCIA FECAL

DOMINIO 3: Eliminación e intercambio

CLASE 2: Función gastrointestinal

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Incapacidad para controlar los esfínteres anales, con expulsión involuntaria de heces y flatos.	1	Incapacidad para retrasar la defecación	
	2	Incapacidad para retener gases	
	3	Escape de heces durante las actividades	
	4	Capacidad deteriorada para eliminar las heces formadas a pesar de reconocer la repleción rectal	
	5	Urgencia fecal	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Estreñimiento	1 FUNCIÓN GASTROINTESTINAL	1.1 Tolerancia a alimentos 1.2 Frecuencia de las deposiciones 1.3 Consistencia de las heces 1.4 Diarrea	1 Problema presente (comprometido).
2 Diarrea	2 CONTINENCIA INTESTINAL	2.1 Identifica la urgencia para defecar 2.2 Mantiene el control de la eliminación de heces 2.3 Llega al baño entre la urgencia y la evacuación de las heces 2.4 Diarrea	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Disminución de la capacidad para ir al baño	3 ELIMINACIÓN INTESTINAL	3.1 Patrón de eliminación 3.2 Control de los movimientos intestinales 3.3 Dolor al defecar 3.4 Heces blandas y formadas	3 Problema resuelto.
4 Uso inadecuado de laxantes			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA CONTINENCIA FECAL

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL

- Revisar el historial de salud, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que afectan al hábito intestinal (p. ej., medicación, ejercicio, sueño, estrés, tabaquismo, dieta, acceso al inodoro).
- Anotar los problemas intestinales preexistentes, la rutina intestinal y el uso de laxantes y enemas.
- Monitorizar las deposiciones, incluida la frecuencia, la consistencia, el volumen y el color, según proceda.
- Determinar la causa física, cognitiva y fisiológica de la incontinencia fecal.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Eliminar la causa de la incontinencia (p. ej., fármaco, dieta, infección, impactación fecal), si es posible.
- Desarrollar un programa de manejo intestinal (procedimiento, resultados).
- Enseñar a llevar un registro de las defecaciones, si es preciso.
- Vigilar la piel perianal para detectar enrojecimiento, prurito, dolor, lesión por presión e infección.
- Lavar la zona perianal y secarla bien después de cada deposición (p. ej., con jabón y agua, detergente no iónico).
- Proteger la piel del exceso de humedad mediante una crema de barrera (p. ej., lanolina, dimeticona), según la prescripción.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO

- Identificar los factores que pueden causar o contribuir al estreñimiento (p. ej., medicamentos, ejercicio, sueño, estrés, dieta).
- Monitorizar los signos y síntomas de estreñimiento (p. ej., distensión abdominal, dolor, náuseas, ausencia de ruidos intestinales).
- Monitorizar los signos y síntomas de impactación.
- Consultar con el profesional sanitario sobre la frecuencia de las deposiciones.
- Explicar la etiología del problema y la justificación de los cuidados.
- Informar del procedimiento para la extracción manual de las heces, si es necesario.
- Administrar un enema o una irrigación, según proceda.
- Evaluar el perfil de la medicación para detectar efectos secundarios gastrointestinales.
- Instruir para registrar el color, el volumen, la frecuencia y la consistencia de las heces.
- Enseñar a llevar un diario de alimentos.
- Instruir en una dieta rica en fibra, según proceda.
- Enseñar el uso adecuado de laxantes, ablandadores de heces y enemas.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Establecer la duración de la relación de asesoramiento.
- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
- Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos), si es necesario, etc.
- Colocar folletos informativos llamativos de guías alimentarias en la habitación del paciente.
- Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta.
- Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.
- Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DETERIORO DE LA CONTINENCIA FECAL

DOMINIO 3: Eliminación e intercambio

CLASE 2: Función gastrointestinal

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a la incapacidad de controlar los esfínteres anales, con paso involuntario de heces y flatos.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Estreñimiento	1 FUNCIÓN GASTROINTESTINAL	1.1 Tolerancia a alimentos 1.2 Frecuencia de las deposiciones 1.3 Consistencia de las heces 1.4 Diarrea	1 Problema presente (comprometido).
2 Diarrea	2 CONTINENCIA INTESTINA	2.1 Identifica la urgencia para defecar 2.2 Mantiene el control de la eliminación de heces 2.3 Llega al baño entre la urgencia y la evacuación de las heces 2.4 Diarrea	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Uso inadecuado de laxantes			
4 Deterioro de la movilidad física	3 ELIMINACIÓN INTESTINAL	3.1 Patrón de eliminación 3.2 Control de los movimientos intestinales 3.3 Dolor al defecar 3.4 Heces blandas y formadas	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DETERIORO DE LA CONTINENCIA FECAL

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL

- Revisar el historial de salud, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que afectan al hábito intestinal (p. ej., medicación, ejercicio, sueño, estrés, tabaquismo, dieta, acceso al inodoro).
- Anotar los problemas intestinales preexistentes, la rutina intestinal y el uso de laxantes y enemas.
- Monitorizar las deposiciones, incluida la frecuencia, la consistencia, el volumen y el color, según proceda.
- Determinar la causa física, cognitiva y fisiológica de la incontinencia fecal.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Eliminar la causa de la incontinencia (p. ej., fármaco, dieta, infección, impactación fecal), si es posible.
- Desarrollar un programa de manejo intestinal (procedimiento, resultados).
- Enseñar a llevar un registro de las defecaciones, si es preciso.
- Vigilar la piel perianal para detectar enrojecimiento, prurito, dolor, lesión por presión e infección.
- Lavar la zona perianal y secarla bien después de cada deposición (p. ej., con jabón y agua, detergente no iónico).
- Proteger la piel del exceso de humedad mediante una crema de barrera (p. ej., lanolina, dimeticona), según la prescripción.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO

- Identificar los factores que pueden causar o contribuir al estreñimiento (p. ej., medicamentos, ejercicio, sueño, estrés, dieta).
- Monitorizar los signos y síntomas de estreñimiento (p. ej., distensión abdominal, dolor, náuseas, ausencia de ruidos intestinales).
- Monitorizar los signos y síntomas de impactación.
- Consultar con el profesional sanitario sobre la frecuencia de las deposiciones.
- Explicar la etiología del problema y la justificación de los cuidados.
- Informar del procedimiento para la extracción manual de las heces, si es necesario.
- Administrar un enema o una irrigación, según proceda.
- Evaluar el perfil de la medicación para detectar efectos secundarios gastrointestinales.
- Instruir para registrar el color, el volumen, la frecuencia y la consistencia de las heces.
- Enseñar a llevar un diario de alimentos.
- Instruir en una dieta rica en fibra, según proceda.
- Enseñar el uso adecuado de laxantes, ablandadores de heces y enemas.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Establecer la duración de la relación de asesoramiento.
- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
- Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos), si es necesario, etc.
- Colocar folletos informativos llamativos de guías alimentarias en la habitación del paciente.
- Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta.
- Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.
- Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO

DOMINIO 3: Eliminación e intercambio

CLASE 4: Función respiratoria

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono		1	pH arterial anormal	
		2	Alteración de la profundidad respiratoria	
		3	Bradipnea	
		4	Disminución del nivel de dióxido de carbono	
		5	Diaforesis	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Limpieza ineficaz de las vías aéreas	1	FUNCIÓN RESPIRATORIA: INTERCAMBIO GASEOSO 1.1 Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO ₂) 1.2 Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO ₂) 1.3 pH arterial 1.4 Saturación de oxígeno	1 Problema presente (comprometido).
2	Patrón respiratorio ineficaz	2	RESPUESTA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA: ADULTO 2.1 Frecuencia respiratoria 2.2 Ritmo respiratorio 2.3 Profundidad de la inspiración 2.4 Capacidad inspiratoria	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Dolor	3	FUNCIÓN RESPIRATORIA 3.1 Frecuencia respiratoria 3.2 Ritmo respiratorio 3.3 Profundidad de la inspiración 3.4 Ruidos respiratorios auscultados	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA VÍA AÉREA

- Determinar si la respiración está ausente o es inadecuada.
- Determinar si es necesaria la inserción de una vía aérea.
- Realizar la higiene de manos y utilizar equipo de protección individual (EPI) (p. ej., guantes, gafas protectoras, mascarilla, pantalla facial), según corresponda.
- Administrar respiraciones de rescate utilizando el equipo disponible (p. ej., máscara de RCP con válvula unidireccional, máscara con bolsa) si no hay respiraciones.
- Determinar la causa del problema de permeabilidad de la vía aérea (p. ej., parada cardíaca, sobredosis de drogas, obstrucción de la vía aérea superior, traumatismo, enfermedad pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva).
- Abrir la vía aérea mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular, según corresponda.
- Extraer cuerpos extraños de la vía aérea, si se ven.
- Asegurarse de que la máscara tenga un sello adecuado.
- Asegurarse de que el volumen de las respiraciones de rescate se asocie a ascenso del tórax.
- Insertar un dispositivo de vía aérea artificial (p. ej., oral, nasofaríngeo, traqueal), según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: INVASIVA

- Monitorizar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio (p. ej., fatiga de los músculos respiratorios, disfunción neurológica secundaria a traumatismo, anestesia, sobredosis de drogas, acidosis respiratoria refractaria).
- Monitorizar para detectar insuficiencia respiratoria inminente.
- Consultar con otros profesionales sanitarios para la selección del modo del respirador (modo inicial habitualmente de control de volumen especificando la frecuencia respiratoria, nivel de FiO₂ y volumen corriente deseado).
- Obtener una evaluación del estado corporal basal del paciente al inicio y con cada cambio de cuidador.
- Iniciar la preparación y la aplicación del respirador.
- Asegurarse de que las alarmas del respirador están conectadas.
- Explicar al paciente y a la familia las razones y las sensaciones esperadas asociadas al uso de respiradores mecánicos.
- Monitorizar de forma rutinaria los ajustes del respirador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado.
- Comprobar regularmente todas las conexiones del respirador.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AEREAS

- Realizar el lavado de manos.
- Usar precauciones universales.
- Usar el equipo de protección personal (guantes, gafas y mascarilla) que sea adecuado.
- Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Proporcionar sedación, según corresponda.
- Insertar una vía aérea nasal para facilitar la aspiración nasotraqueal, según corresponda.
- Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada pasada.
- Hiperinsuflar con niveles de volumen corriente ajustados al tamaño del paciente, según corresponda.
- Utilizar aspiración de sistema cerrado, según esté indicado.
- Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.
- Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, cánula de traqueotomía o vía aérea del paciente.
- Enseñar al paciente a respirar lenta y profundamente durante la inserción del catéter de aspiración por vía nasotraqueal.

Dominio 4

Actividad/reposo

159

INTERVENCIÓN (NIC):

SOBRESTIMACIÓN AMBIENTAL

- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.
- Acercarse al paciente despacio y de frente.
- Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente.
- Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuados.
- Hacer las preguntas de una en una.
- Informar al paciente acerca de las personas, lugares y tiempo si es necesario.
- Asignar cuidadores para el paciente que sean familiares de él.
- Proporcionar un ambiente seguro y tranquilo en la habitación.
- Vigilar los factores que propician ansiedad.
- Enseñar al paciente a realizar ejercicios de respiración que ayuden a la relajación.
- Enseñar al paciente a crear un hábito higiénico del sueño.

INTERVENCIÓN (NIC):

CONTROL DEL ESTADO DE ANIMO

- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas y antecedentes personales).
- Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo.
- Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia).
- Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal, e hidratación).
- Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación, limitar medicamentos sedantes y cafeína).
- Ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado según corresponda.
- Utilizar un lenguaje.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORAR EL SUEÑO

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad y las situaciones de estrés posicionales, etc.
- Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.
- Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar situaciones estresantes, antes de irse a la cama.
- Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño antes de irse a la cama.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.
- Disponer de siestas durante el día, si está indicado para cumplir con las necesidades del sueño.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE PATRON DE SUEÑO INEFICAZ

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 1: Sueño/reposo

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a experimentar con dificultad la suspensión natural y periódica de la conciencia relativa, lo que perjudica el funcionamiento	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Ansiedad	1 DESCANSO	1.1 Tiempo de descanso 1.2 Calidad del descanso 1.3 Descanso mentalmente 1.4 Descanso físicamente	1 Problema presente (comprometido).
2 Abuso de sustancias	2 ESTADO DE COMODIDAD	2.1 Entorno físico 2.2 Bienestar psicológico 2.3 Cuidados compatibles con las necesidades 2.4 Bienestar psicológico	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Disminución de la eficiencia del sueño	3 EQUILIBRIO EMOCIONAL	3.1 Letargia 3.2 Depresión 3.3 Conflicto para tomar decisiones 3.4 Hiperactividad	3 Problema resuelto.
4 Dolor			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE PATRON DE SUEÑO INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL

- Evitar la exposición innecesaria, las corrientes y el exceso de calefacción o frío.
- Evitar las interrupciones innecesarias que pueden despertar a la persona durante los períodos de reposo.
- Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades, en caso de que se altere la temperatura corporal.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.
- Proporcionar la música y el dispositivo que elija el paciente para escuchar música en privado cuando esta pueda molestar a otras personas.
- Permitir que se quede la familia.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE CONFORT

- Determinar objetivos de manejo del entorno y confort óptimo.
- Facilitar la transición dando una cálida bienvenida al nuevo entorno.
- Evitar interrupciones innecesarias y dejar períodos de descanso.
- Determinar las fuentes de malestar, como apósitos húmedos, colocación de tubos, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada e irritantes ambientales.
- Evitar la exposición innecesaria, las corrientes de aire, el sobrecalentamiento y el enfriamiento.
- Ajustar la iluminación a las necesidades de las actividades, evitando la luz directa en los ojos.
- Cambiar de posición para facilitar la comodidad (p. ej., utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo a las articulaciones durante el movimiento, entablillado sobre las incisiones, inmovilización de la parte del cuerpo dolorida).
- Fomentar estrategias de autoconfort.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DEL SUEÑO

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad y las situaciones de estrés posicionales, etc.
- Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.
- Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar situaciones estresantes, antes de irse a la cama.
- Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño antes de irse a la cama.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.
- Disponer de siestas durante el día, si está indicado para cumplir con las necesidades del sueño.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICION PARA MEJORAR EL PATRON DE SUEÑO

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 1: Sueño/reposo

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de suspensión natural y periódica de la conciencia relativa, que puede fortalecerse.		1	Deseos de mejorar el ciclo de sueño- vigilia reparador	
		2	Deseos de mejorar el inicio del sueño	
		3	Deseos de mejorar el mantenimiento del sueño	
		4	Deseos de aumentar la satisfacción del sueño	
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1		1 BIENESTAR PERSONAL	1.1 Capacidad de afrontamiento 1.2 Capacidad de expresar emociones 1.3 Salud psicológica 1.4 Capacidad para controlar actividades	1 Problema presente (comprometido).
2		2 DESCANSO	2.1 Tiempo del descanso 2.2 Patrón del descanso 2.3 Descanso físicamente 2.4 Calidad del descanso	2 Problema parcialmente resuelto.
3				
4		3 SUEÑO	3.1 Horas del sueño 3.2 Patrón del descanso 3.3 Despertar a horas apropiadas 3.4 Hábito de sueño	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICION PARA MEJORAR EL PATRON DE SUEÑO

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCION DE LA ANSIEDAD

- Utilizar un enfoque sereno que de serenidad.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Explicar todos los procedimientos incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Escuchar con atención.
- Reforzar el comportamiento según corresponda.
 - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Identificar los signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Guiar para tener respiraciones largas y profundas.
- Ayudar a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa psicológicos adecuados.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORAR DEL SUEÑO

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad y las situaciones de estrés posicionales, etc.
- Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.
- Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar situaciones estresantes, antes de irse a la cama.
- Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño antes de irse a la cama.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.
- Disponer de siestas durante el día, si está indicado para cumplir con las necesidades del sueño.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA ENERGIA

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- Utilizar instrumentos válidos para medir la fatiga, si está indicado.
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recueros energéticos adecuados.
- Negociar las horas de comidas deseadas, que pueden o no coincidir con los horarios habituales del hospital.
- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/allegados.
- Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación.
- Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONDUCTAS INEFICACES DE HIGIENE DEL SUEÑO

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 1: Sueño/reposo

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Dificultad para utilizar sistemáticamente prácticas, rituales y hábitos que favorezcan el inicio o el mantenimiento del sueño y el sueño reparador.	1	Siestas diurnas frecuentes	
	2	Horario del sueño incoherente	
	3	Ruido en el dormitorio	
	4	La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad	
	5	Puntuación de higiene del sueño fuera de rango deseado según un instrumento estandarizado y valido.	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Estrés excesivo	1 NIVEL DE ANSIEDAD	1.1 Inquietud 1.2 Preocupación excesiva 1.3 Dificultad para relajarse 1.4	1 Problema presente (comprometido).
2 Asociaciones negativas con el sueño	2 SUEÑO	2.1 Horas de sueño por la noche 2.2 Horas de sueño observadas 2.3 Calidad del sueño 2.4 Eficacia del sueño	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Autocontrol inadecuado	3 CONDUCTA DE MEJORA DEL SUEÑO	3.1 Toma un baño o una ducha caliente antes de acostarse	3 Problema resuelto.
4 Conocimiento inadecuado de la importancia de las prácticas de higiene del sueño		3.2 Utiliza antifaz para bloquear la luz	
		3.3 Solicita ayuda a un profesional sanitario por problemas de sueño persistentes	
		3.4	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: CONDUCTAS INEFICACES DE HIGIENE DEL SUEÑO

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate (p. ej., qué ha pasado, cómo le ha hecho sentir, qué va a hacer a continuación).
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de expresar y liberar la respuesta emocional.
- Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
- No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando esté enfermo o fatigado.
- Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORAR DEL SUEÑO

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de los cuidados.
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc.
- Observar / registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.-
- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Controlar la ingesta de alimentos y bebidas que interfieran el sueño.
- Identificar los medicamentos que el paciente está tomando para el sueño.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL CONFORT

- Ajustar iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando luz directa en los ojos.
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible. - Colocar al paciente de forma que se le facilite la comodidad.
- Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.
- Evitar exponer la piel o las mucosas a factores irritantes (heces diarreicas o drenaje de heridas).-
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exposición de calefacción o frío.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es necesario.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, si es necesario.
- Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE CONDUCTAS INEFICACES DE HIGIENE DEL SUEÑO

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 1: Sueño/reposo

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de tener dificultades con el uso consistente de prácticas, rituales y hábitos que resultan en el inicio o mantenimiento del sueño y el sueño reparador.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Síntomas depresivos	1 CONDUCTA DE FOMENTO A LA SALUD	1.1 Utiliza conductas para evitar los riesgos 1.2 Utiliza técnicas efectivas de disminución de estrés 1.3 Conserva relaciones sociales satisfactorias 1.4 Utiliza un programa de ejercicios eficaz	1 Problema presente (comprometido).
2 Ansiedad	2 DESCANSO	2.1 Tiempo de descanso 2.2 Patrón de descanso 2.3 Calidad de descanso 2.4 Aspecto de estar descansando	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Autocontrol inadecuado			
4 Conocimiento inadecuado de la importancia de las prácticas de higiene del sueño	3 SUEÑO	3.1 Horas de sueño 3.2 Patrón de descanso 3.3 Calidad del sueño 3.4 Apnea del sueño	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE CONDUCTAS INEFICACES DE HIGIENE DEL SUEÑO

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO

- Mantener a calma de una manera deliberada.
- Mantener contacto visual con el paciente.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Coger y calmar al bebé o niño.
- Mecer al bebé, según corresponda.
- Hablar suavemente o cantar al bebé o niño.
- Sentarse y hablar con el paciente.
- Acariciar la frente, según corresponda.
- Instruir sobre las técnicas que han de utilizarse para calmar al bebé que llora (hablar al bebé, sujetar los brazos, levantarlo, sostenerlo y mecerlo).
- Identificar a otras personas cuya presencia pueda ayudar al paciente.
- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva escuchar música correspondiente calmante) según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de los cuidados.
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc.
- Observar / registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.-
- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Controlar la ingesta de alimentos y bebidas que interfieran el sueño.
- Identificar los medicamentos que el paciente está tomando para el sueño.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE RELAJACIÓN

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
- Evaluar el nivel de energía actual disminuido, la incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que puedan interferir con la capacidad cognitiva para centrarse en la técnica de relajación.
- Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado.
- Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.
- Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
- Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.
- Individualizar el contenido de la intervención de relajación (solicitando sugerencias de cambios).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 2: Actividad/ ejercicio

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.	1	Disminución de las habilidades motoras finas	
	2	Disminución de la amplitud de los movimientos	
	3	Movimiento descoordinado de las extremidades	
	4	Tiempo de reacción prolongado	
	5	Malestar al movimiento	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Dolor	1 MOVILIDAD	1.1 Mantenimiento del equilibrio 1.2 Marcha 1.3 Movimiento muscular 1.4 Se mueve con facilidad	1 Problema presente (comprometido).
2 Fuerza muscular inadecuada	2 DOLOR: RESPUESTA PSICOLOGICA ADVERSA	2.1 Angustia por dolor 2.2 Preocupación por ser una carga para los demás 2.3 Impotencia 2.4 Inquietud	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Rigidez articular	3 EQUILIBRIO	3.1 Tambaleo	3 Problema resuelto.
		3.2 Temblor	
		3.3 Tropiezo	
4 Renuencia a iniciar el movimiento		3.4 Balanceo postural	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL DOLOR: AGUDO

- Realiza valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar signos no verbales de molestias especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente,
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para conocer las experiencias del dolor.
- Considere las influencias culturales sobre la respuesta del dolor.
- Determina el impacto del dolor sobre la calidad de vida.
- Proporcionar a la persona un alivio de dolor óptimo mediante analgésicos presentes.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua.
- Utilizar el enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor, cuando corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

- Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
- Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
- Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde.
- Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o sillas de ruedas, etc.), para la deambulación si el paciente. No camina bien.
- Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario.
- Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.
- Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal.
- Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancias realistas con la deambulación.
- Animar al paciente a levantarse por su propia voluntad.

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE ACTIVIDAD

- Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.
- Colaborar con fisioterapeutas para determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio.
- Evaluar las funciones sensoriales del paciente.
- Explicar el fundamento del tipo de ejercicio al paciente o familiar.
- Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad.
- Disponer privacidad para el paciente durante el ejercicio.
- Ajustar la iluminación, la temperatura ambiental y el nivel de ruido para mejorar la capacidad de concentración del paciente en la actividad de ejercicios.
- Practicar actividades motoras que requieren atención y utilizar los dos costados del cuerpo.
- Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 2: Actividad/ejercicio

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a la limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1 Alteraciones en la integridad de las estructuras óseas	1 AMBULAR	1.1 Caminar con marcha eficaz 1.2 Caminar a distancias cortas 1.3 Se adapta a diferentes tipos de superficies 1.4 Camina alrededor de obstáculos.	1	Problema presente (comprometido).
2 Enfermedades neuromusculares	2 EQUILIBRIO	2.1 Tambaleo 2.2 Temblor 2.3 Tropiezo 2.4 Balanceo postural	2	Problema parcialmente resuelto.
3 Restricción de movilidad prescrita	3 NIVEL DEL DOLOR	3.1 Dolor referido 3.2 Expresiones faciales de dolor 3.3 Lágrimas 3.4 Irritabilidad	3	Problema resuelto.
4 Discapacidades del desarrollo				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL DOLOR: AGUDO

- Realiza valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar signos no verbales de molestias especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente,
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para conocer las experiencias del dolor.
- Considere las influencias culturales sobre la respuesta del dolor.
- Determina el impacto del dolor sobre la calidad de vida.
- Proporcionar a la persona un alivio de dolor óptimo mediante analgésicos presentes.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua.
- Utilizar el enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor, cuando corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

- Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
- Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
- Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde.
- Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o sillas de ruedas, etc.), para la deambulación si el paciente. No camina bien.
- Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario.
- Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.
- Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal.
- Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancias realistas con la deambulación.
- Animar al paciente a levantarse por su propia voluntad.

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE EJERCICIOS: CONTROL MUSCULAR

- Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.
- Colaborar con fisioterapeutas para determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio.
- Evaluar las funciones sensoriales del paciente.
- Explicar el fundamento del tipo de ejercicio al paciente o familiar.
- Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad.
- Disponer privacidad para el paciente durante el ejercicio.
- Ajustar la iluminación, la temperatura ambiental y el nivel de ruido para mejorar la capacidad de concentración del paciente en la actividad de ejercicios.
- Practicar actividades motoras que requieren atención y utilizar los dos costados del cuerpo.
- Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN CAMA

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 2: Actividad/ejercicio

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama	1	Dificultad para cambiar entre las posiciones de sentado a supina	
	2	Deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama	
	3	Deterioro de la habilidad para cambiar de posición sobre uno u otro costado.	
	4	Deterioro de la habilidad para pasar de la posición supina a acostada.	
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Deterioro del equilibrio postural	1 MOVILIDAD	1.1 Mantenimiento del equilibrio 1.2 Se mueve con facilidad 1.3 Coordinación 1.4 Rapidez del movimiento	1 Problema presente (comprometido).
2 Fuerza muscular inadecuada	2 MOVIMINETO COORDINADO	2.1 Movimiento articular 2.2 Tono muscular 2.3 Control del movimiento 2.4 Tensión muscular	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Dolor			
4 Inmovilidad prolongada	3 POSICIÓN CORPORAL: AUTOINICIADA	3.1 Mantenimiento de la posición corporal 3.2 Se mueve de decúbito prono a supino 3.3 Se mueve de decúbito supino a prono 3.4 Fuerza en la parte superior del cuerpo	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN CAMA

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO

- Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.
- Coloca al paciente con una alineación corporal adecuada.
- Evitar utilizar ropa de cama con textura áspera.
- Mantener la ropa de la cama limpia, y sin arrugas.
- Cambiar de posición según lo indique el estado de la piel.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas.
- Vigilar estado de la piel.
- Ayudar con medidas de higiene.
- Aplicar medidas profilácticas anti-embolicas.
- Observar si se produce estreñimiento.
- Controlar la función urinaria.
- Monitorizar el estado pulmonar.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.
- Proporcionar los objetos personales deseados.
- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.
- Alentar a la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.
- Establecer una rutina de actividades de autocuidado.
- Colocar al paciente sobre un colchón/como terapéutica.
- Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada.
- -Girar al paciente inmovilizada al menos cada dos horas.
- -Comprobar la movilidad y actividad de paciente. - Observar si hay fuentes de cizallamiento.

INTERVENCIÓN (NIC):

CAMBIOS DE POSICIÓN

- Proporcionar apoyo adecuado para el cuello
- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
- Minimizar el roce al cambiar de posición al paciente.
- Girar mediante la técnica de hacer rodar troncos.
- Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso.
- Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
- Desarrollar un protocolo para el cambio de posición, si procede.
- Realizar cambios de posición al menos cada dos horas, según el programa específico.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN SILLA DE RUEDAS**

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 2: Actividad/ejercicio

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS				
Limitación de la manipulación independiente de la silla de ruedas en el entorno.		1	Dificultad para operar la silla de ruedas hacia adelante.			
		2	Dificultad para operar la silla de ruedas en las esquinas.			
		3	Dificultad para operar la silla de ruedas en bordes.			
		4	Dificultad para operar la silla de ruedas en una superficie irregular.			
		5	Dificultad plegar o desplegar la silla de ruedas.			
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN		
1	Alteración del estado anímico	1	AMBULAR: SILLA DE RUEDAS	1.1 Traslados desde y hacia la silla de ruedas 1.2 Elige ayudas para propulsar la silla de ruedas 1.3 Impulsa la silla de ruedas en distancias moderadas 1.4 Maniobra en diferentes tipos de superficies.	1	Problema presente (comprometido).
2	Ajuste inadecuado al tamaño de la silla de ruedas	2	ADAPTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA	2.1 Acepta la necesidad de ayuda física 2.2 Refiere disminución de los sentimiento negativos 2.3 Obtiene información sobre la discapacidad 2.4 Obtiene ayuda de un profesional sanitario	2	Problema parcialmente resuelto.
3	Fuerza muscular inadecuada					
4	Adulto mayor	3	COGNICIÓN	3.1 Comprende el significado de las situaciones 3.2 Se concentra 3.3 Muestra atención 3.4 Toma decisiones apropiadas	3	Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN SILLA DE RUEDAS

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA AL AUTOCUIDADO

- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.
- Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación de la higiene persona.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes, jabón de baño).
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.
- Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio de establecerlas.
- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas a nivel de capacidad.
- Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.
- Enseñar a los familiares a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar las acciones dadas.
- Establecer una rutina de actividades de autocuidado.

INTERVENCIÓN (NIC):

FOMENTO AL EJERCICIO

- Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.
- Explorar experiencias deportivas anteriores.
- Determinar la motivación del individuo para empezar / continuar con el programa de ejercicios.
- Explorar las barreras para el ejercicio. Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca de los ejercicios o la necesidad de los mismos.
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio. Instruir al individuo en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados.
- Preparar al individuo en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio.
- Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.
- Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente.
- Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios.

INTERVENCIÓN (NIC):

CAMBIOS DE POSICIÓN EN SILLA DE RUEDAS

- Seleccionar la silla de ruedas apropiada al paciente.
- Seleccionar un cojín hecho a medida según las necesidades del paciente.
- Comprobar la posición del, paciente en la silla de rueda mientras el paciente se siente en el cojín seleccionado y con el calzado adecuado.
- Colocar la pelvis en medio y lo más hacia atrás que sea posible en el asiento.
- Comprobar que las crestas iliacas están a nivel y alineadas de lado a lado.
- Asegurarse de que quede un espacio al menos 1.5 cm a cada lado de la silla.
- Comprobar que el reposapiés está a una distancia de al menos 5 cm del suelo.
- Mantener el ángulo de las caderas a 100°, las rodillas a 105° y los tobillos a 90°, con el talón reposando plano y en el reposapiés. Inclinar el asiento 10° hacia la espalda.
- Facilitar frecuentemente pequeños cambios de peso corporal.
- Enseñar al paciente a trasladarse desde la cama a la silla de ruedas si es posible.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA MOVILIDAD PARA SENTARSE

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 2: Actividad/ejercicio

DEFINICIÓN	
Limitación de la capacidad de alcanzar y/o mantener, de forma independiente y con objetivos claros, una posición de reposo apoyando en los glúteos y los muslos, en la que el torso está en posición vertical.	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	
1	Dificultad para mantener el equilibrio postural
2	Dificultad para lograr el equilibrio postural
3	Dificultad para flexionar o mover ambas caderas
4	Dificultad para realizar ejercicios con el peso del cuerpo
5	Dificultad para flexionar o mover ambas rodillas
FACTORES RELACIONADOS	
1	Fuerza muscular inadecuada
2	Malnutrición
3	Adultos mayores
4	Trastornos mentales

RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	1.1 Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad 1.2 Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad 1.3 Esfuerzo al sentase 1.4 Capacidad para sostenerse en una posición	1 Problema presente (comprometido).
2 FUNCIÓN ESQUELÉTICA	2.1 Movilidad articular 2.2 Soporte de peso 2.3 Alineación esquelética 2.4 Estabilidad articular	2 Problema parcialmente resuelto.
3 MOVILIDAD	3.1 Mantenimiento del equilibrio 3.2 Coordinación 3.3 Movimiento muscular 3.4 Movimiento articular	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA MOVILIDAD PARA SENTARSE

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

- Determina la capacidad actual del individuo para moverse (fuerza, nivel de habilidad, resistencia).
- Determina la capacidad actual del individuo para comprender instrucciones y soportar las cargas.
- Determinar la presencia de inestabilidad clínica u ortopédica que pueda impedir el traslado.
- Elegir las técnicas de traslado.
- Identificar los métodos que sean adecuados para el individuo.
- Enseñar al individuo las técnicas adecuadas de traslado de una zona a otra (eje. de la cama a la silla, de la silla a la cama, de la silla de ruedas al vehículo a la silla de ruedas).
- Facilitar apoyo para el cuerpo y las extremidades durante el traslado, si procede.
- Enseñar al individuo a trasladarse para conseguir el mayor nivel de independencia posible.
- Documentar el progreso del paciente.
- Determinar la cantidad y el tipo de ayuda necesaria.

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE EJERCICIOS: CONTROL MUSCULAR

- Ayudar a mantener la estabilidad del tronco y/o articulación proximal durante la actividad motora.
- Reorientar al paciente sobre las funciones de movimiento del cuerpo.
- Colaborar con fisioterapeutas en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.
- Explicar el fundamento del tipo de ejercicio.
- Disponer privacidad para el paciente.
- Establecer una secuencia de actividades diarias.
- Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad.
- Proporcionar mecanismos de ayuda (p. eje. Barras en las paredes, cuerdas atadas en el cabezal y en los pies de la cama para moverse del centro al borde de la cama) para ayudar al individuo a moverse por sí solo, si procede.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL DOLOR: AGUDO

- Determinar los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo a la prescripción médica.
- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos antes de la movilización, si procede.
- Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.
- Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio de dolor.
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor durante la movilización.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor, si procede.
- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA CAPACIDAD DE BIPEDESTACIÓN

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 2: Actividad/ejercicio

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Limitación de la consecución y/o mantenimiento independiente e intencionado del cuerpo en posición erguida desde los pies hasta la cabeza.		1	Capacidad deteriorada para ajustar la posición de una o ambas extremidades inferiores en una superficie irregular	
		2	Dificultad para lograr el equilibrio postural	
		3	Dificultad para mover una o ambas caderas	
		4	Dificultad para mover una o ambas rodillas	
		5	Dificultad para realizar ejercicios con el peso del cuerpo	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Alteración emocional excesiva	1 EQUILIBRIO	1.1 Mantener el equilibrio mientras está sentado sin respaldo 1.2 Postura 1.3 Tambaleo 1.4 Balanceo postural	1 Problema presente (comprometido).
2	Resistencia física inadecuada	2 NIVEL DE DOLOR	2.1 Intensidad del dolor referido 2.2 Frotarse la zona afectada 2.3 Expresiones faciales de dolor 2.4 Inquietud	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Dolor	3 FUNCIÓN NEUROLÓGICA: CONTROL MOTOR CENTRAL	3.1 Equilibrio 3.2 Mantenimiento de la postura 3.3 Movimiento intencionado como respuesta a una orden 3.4 Anomalías de la marcha	3 Problema resuelto.
4	Malnutrición			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA CAPACIDAD DE BIPEDESTACIÓN

INTERVENCIÓN (NIC):

**FAVORECIMIENTO DEL EJERCICIO:
ENTRENAMIENTO DE FUERZA**

- Examinar el estado general antes del ejercicio para identificar los posibles riesgos del ejercicio utilizando escalas estandarizadas de la preparación para la actividad física o una anamnesis y una exploración física.
- Obtener la aprobación del profesional sanitario para iniciar un programa de ejercicios de fuerza, según sea conveniente.
- Ayudar a obtener los recursos necesarios para dedicarse al entrenamiento muscular progresivo.
- Ayudar a desarrollar un entorno en el hogar/trabajo que facilite la dedicación al programa de ejercicios.
- Ayudar a desarrollar un programa de entrenamiento de fuerza consecuente con el nivel de forma física muscular, limitaciones musculoesqueléticas, objetivos de salud funcional, recursos en equipamientos para ejercicios, preferencias personales y apoyo social.
- Colaborar con la familia y otros profesionales sanitarios (p. ej., fisioterapeuta, fisiólogo del ejercicio, terapeuta ocupacional, terapeuta recreacional, fisioterapeuta) en la planificación, enseñanza y control del programa de entrenamiento muscular.

INTERVENCIÓN (NIC):

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

- Identificar déficits cognitivos o físicos que puedan aumentar el riesgo de caídas.
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Revisar los antecedentes de caídas.
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Ayudar a la deambulación de las personas inestables.
- Animar a utilizar un bastón, un andador o un cinturón de marcha, según corresponda.
- Enseñar a utilizar un bastón, un andador o un cinturón de marcha, según corresponda.
- Establecer un programa de ejercicios físicos rutinarios que incluya andar.
- Colaborar con el equipo interprofesional para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas (hipotensión ortostática y marcha inestable).
- Disponer una estrecha vigilancia y dispositivos de seguridad

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA NUTRICIÓN

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario.
- Administrar medicamentos antes de comer (p. ej., analgésicos, antieméticos), si es necesario.
- Aconsejar al paciente que se siente en posición erguida en la silla, si es posible.
- Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad (p. ej., en pacientes con enfermedad renal, restringir el sodio, potasio, proteínas y líquidos).
- Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria.
- Monitorizar las tendencias de pérdida de peso y aumento de peso.
- Derivar al paciente a los servicios necesarios.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DETERIORO DE LA CAPACIDAD DE TRASFERENCIA

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 2: Actividad/ejercicio

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas.		1	Dificultad para pasar de la cama a la silla	
		2	Dificultad para trasladarse de la cama a la posición de pie	
		3	Dificultad para trasladarse de la silla a la posición de pie	
		4	Dificultad para trasladarse al entrar y salir de la regadera	
		5	Dificultad para trasladarse al sanitario o fuera de él	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Conocimiento inadecuado de las técnicas de traslado	1 CONOCIMIENTO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS	1.1 Uso correcto de los dispositivos de ayuda 1.2 Cuando pedir ayuda personal 1.3 Utilización de procedimientos seguros de traslado 1.4 Importancia del movimiento	1 Problema presente (comprometido).
2	Fuerza muscular inadecuada	2 REALIZACIÓN DE TRANSFERENCIA	2.1 Traslado de la cama a la silla 2.2 Traslado de la silla a la cama 2.3 Traslado de la silla a la silla de ruedas 2.4 Traslado de la silla de ruedas al inodoro	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Dolor	3 MOVIMIENTO COORDINADO	3.1 Fuerza de contracción muscular 3.2 Rapidez del movimiento 3.3 Suavidad del movimiento 3.4 Movimiento en la dirección deseada	3 Problema resuelto.
4	Inmovilidad prolongada:			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DETERIORO DE LA CAPACIDAD DE TRASFERENCIA

INTERVENCIÓN (NIC):	INTERVENCIÓN (NIC):	INTERVENCIÓN (NIC):
AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: TRANSFERENCIA	PREVENCIÓN DE CAÍDAS	TRANSFERENCIA
- Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo (p. ej., nivel de movilidad, limitaciones del movimiento, resistencia, capacidad de ponerse en pie y cargar peso, inestabilidad médica u ortopédica, nivel de consciencia, capacidad para colaborar, capacidad para entender instrucciones). - Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente. - Enseñar al paciente todas las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia. - Enseñar al individuo las técnicas de traslado de una zona a otra (p. ej., de la cama a la silla, de la silla de ruedas al vehículo). - Enseñar al individuo el uso de ayudas ambulatorias (p. ej., muletas, silla de ruedas, andadores, barra de trapecio, bastón). - Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado. - Asegurarse de que el equipo funciona antes de utilizarlo. - Realizar una demostración de la técnica, según corresponda. - Determinar la cantidad y el tipo de ayuda necesaria.	- Identificar déficits cognitivos o físicos que puedan aumentar el riesgo de caídas. - Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. - Revisar los antecedentes de caídas. - Identificar las características del ambiente que aumentan las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, alfombras, escaleras sin barandillas). - Ayudar a ir al baño a intervalos frecuentes y programados. - Evaluar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular. - Ayudar a la deambulación de las personas inestables. - Animar a utilizar un bastón, un andador o un cinturón de marcha, según corresponda. - Enseñar a utilizar un bastón, un andador o un cinturón de marcha, según corresponda. - Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camilla en la transferencia. - Colocar los objetos al alcance de la mano. - Instruir para que pida ayuda para moverse, si lo precisa. - Monitorizar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa.	- Determinar el nivel de movilidad y las limitaciones del movimiento. - Determinar el nivel de consciencia y la capacidad de colaborar. - Planear el tipo y método de movimiento. - Determinar la cantidad y tipo de asistencia necesaria. - Asegurarse de que el equipo funciona antes de utilizarlo. - Comentar la necesidad de reubicación con el paciente y/o la familia. - Comentar con el paciente y los colaboradores sobre cómo se realizará el traslado. - Ayudar al paciente a recibir todos los cuidados necesarios (p. ej., higiene personal, reunir las pertenencias) antes de realizar el traslado, según corresponda. - Proporcionar intimidad, evitar corrientes de aire y preservar el pudor del paciente. - Asegurarse de que la nueva ubicación del paciente está preparada. - Ajustar el equipo a las alturas de trabajo que se precisen y bloquear todas las ruedas, según corresponda. - Levantar la barandilla del lado opuesto de la enfermera para evitar que el paciente se caiga de la cama. - Utilizar una mecánica corporal adecuada durante los movimientos.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA CAPACIDAD PARA CAMINAR

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 2: Actividad/reposo

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.	1	Dificultad para caminar en una superficie regular	
	2	Dificultad para caminar una requerida distancia	
	3	Dificultad para subir escaleras	
	4	Dificultad para bajar escaleras	
	5	Dificultad para sortear bordes	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Temor a caerse	1 AMBULAR	1.1 Camina con marcha eficaz 1.2 Camina a paso moderado 1.3 Se adapta a diferentes tipos de superficies 1.4 Soporta el peso	1 Problema presente (comprometido).
2 Conocimiento inadecuado de las técnicas de movilización	2 MOVILIDAD	2.1 Mantenimiento del equilibrio 2.2 Coordinación 2.3 Mantenimiento de la posición corporal 2.4 Realización del traslado	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Fuerza muscular inadecuada	3 CONOCIMIENTO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS	3.1 Utilización correcta de los dispositivos de seguridad	3 Problema resuelto.
4 Resistencia física inadecuada		3.2 Uso correcto de las barras de apoyo	
		3.3 Cuando pedir ayuda personal	
		3.4 Ejercicios para reducir el riesgo de caídas	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA CAPACIDAD PARA CAMINAR

INTERVENCIÓN (NIC):

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

- Identificar déficits cognitivos o físicos que puedan aumentar el riesgo de caídas.
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Revisar los antecedentes de caídas.
- Identificar las características del ambiente que aumentan las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, alfombras, escaleras sin barandillas).
- Ayudar a ir al baño a intervalos frecuentes y programados.
- Evaluar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
- Ayudar a la deambulación de las personas inestables.
- Animar a utilizar un bastón, un andador o un cinturón de marcha, según corresponda.
- Enseñar a utilizar un bastón, un andador o un cinturón de marcha, según corresponda.
- Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camilla en la transferencia.
- Colocar los objetos al alcance de la mano.
- Instruir para que pida ayuda para moverse, si lo precisa.
- Monitorizar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa.

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE EJERCICIOS: AMBULACIÓN

- Vestir con prendas cómodas.
- Aconsejar que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
- Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno.
- Monitorizar el perfil de la marcha y las condiciones clínicas antes de iniciar la terapia de deambulación.
- Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según la tolerancia.
- Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso.
- Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde.
- Enseñar a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.
- Utilizar cinturón de marcha con el fin de ayudar en el traslado y la deambulación, si resulta apropiado.
- Ayudar en el traslado, cuando sea necesario.
- Colocar tarjetas con instrucciones en la cabecera de la cama para facilitar el aprendizaje acerca de los traslados.
- Aplicar y proporcionar un dispositivo de ayuda (p. ej., bastón, muletas, silla de ruedas) para la deambulación si tiene inestabilidad.

INTERVENCIÓN (NIC):

FOMENTAR LA MECÁNICA CORPORAL

- Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas.
- Determinar la comprensión del paciente acerca de la mecánica y ejercicios corporales (p. ej., demostración de técnicas correctas cuando se realizan actividades/ejercicios).
- Instruir al paciente acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la postura óptima para movilizar y utilizar el cuerpo.
- Instruir al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensiones o lesiones.
- Enseñar al paciente a utilizar la postura y la mecánica corporal para evitar lesiones cuando realiza cualquier actividad física.
- Instruir sobre la utilización de colchones/sillas o almohadas firmes, si es adecuado.
- Enseñar a no dormir en decúbito prono.
- Ayudar a mostrar las posturas correctas para dormir.
- Ayudar a evitar sentarse en la misma posición durante períodos de tiempo prolongados.
- Enseñar al paciente a mover los pies primero y luego el cuerpo al girarse para andar desde la posición de bipedestación.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 3: Equilibrio de la energía

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS				
Resistencia insuficiente para completar las actividades diarias requeridas o deseadas.		1	Ansioso cuando se requiere actividad			
		2	Molestias torácicas de esfuerzo			
		3	Disnea por esfuerzo			
		4	Fatiga			
		5	Debilidad			
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN		
1	Deterioro de la movilidad física	1	TOLERANCIA DE LA ACTIVIDAD	1	Problema presente (comprometido).	
			1.1			Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad
			1.2			Fuerza en las manos
			1.3			Fuerza en la parte superior del cuerpo
			1.4	Capacidad de hablar durante la actividad física		
2	Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno	2	NIVEL DE FATIGA	2	Problema parcialmente resuelto.	
			2.1			Agotamiento
			2.2			Energía insuficiente
			2.3			Debilidad
			2.4	Disminución de la motivación		
3	Inexperiencia en una actividad	3	DESCANSO	3	Problema resuelto.	
			3.1			Tiempo del descanso
			3.2			Patrón del descanso
			3.3			Calidad del descanso
			3.4	Descansado físicamente		
4	Malnutrición					

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DE LA MECÁNICA CORPORAL

- Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas.
- Determinar la comprensión del paciente acerca de la mecánica y ejercicios corporales (p. ej., demostración de técnicas correctas cuando se realizan actividades/ejercicios).
- Instruir al paciente acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la postura óptima para movilizar y utilizar el cuerpo.
- Determinar la conciencia del paciente sobre las propias anomalías musculoesqueléticas y los efectos potenciales de la postura y del tejido muscular

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DEL EJERCICIO: ENTRENAMIENTO DE FUERZA

- Examinar el estado general antes del ejercicio para identificar los posibles riesgos del ejercicio utilizando escalas estandarizadas de la preparación para la actividad física o una anamnesis y una exploración física.
- Obtener la aprobación del profesional sanitario para iniciar un programa de ejercicios de fuerza, según sea conveniente.
- Ayudar a obtener los recursos necesarios para dedicarse al entrenamiento muscular progresivo.
- Ayudar a desarrollar un entorno en el hogar/trabajo que facilite la dedicación al programa de ejercicios.
- Ayudar a desarrollar un programa de entrenamiento de fuerza consecuente con el nivel de forma física muscular, limitaciones musculoesqueléticas, objetivos de salud funcional, recursos en equipamientos para ejercicios, preferencias personales y apoyo social.
- Colaborar con la familia y otros profesionales sanitarios (p. ej., fisioterapeuta, fisiólogo del ejercicio, terapeuta ocupacional, terapeuta recreacional, fisioterapeuta) en la planificación, enseñanza y control del programa de entrenamiento muscular.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DEL EJERCICIO: ESTIRAMIENTOS

- Ayudar a explorar las propias creencias, motivación y nivel de la forma física neuromusculoesquelética del paciente.
- Ayudar a desarrollar metas realistas a corto y largo plazo en función del nivel de forma física y el estilo de vida actuales.
- Explicar los propósitos de los estiramientos (p. ej., relajación, preparación de músculos y articulaciones para ejercicios más vigorosos, flexibilidad, equilibrio, independencia funcional).
- Colaborar con los miembros de la familia en la planificación, enseñanza y control de un plan de ejercicios.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.
- Enseñar las formas de monitorizar el propio seguimiento del programa y su evolución hacia las metas fijadas (aumento del arco de movimiento articular, conciencia de la liberación de la tensión muscular, aumento de la duración de la fase de «mantenimiento» y del número de repeticiones del ejercicio sin dolor ni fatiga, y aumento de la tolerancia al ejercicio vigoroso).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 3: Equilibrio de la energía

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a experimentar una resistencia insuficiente para completar las actividades diarias requeridas o deseadas.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Deterioro de la movilidad física	1 TOLERANCIA DE LA ACTIVIDAD	1.1 Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad 1.2 Fuerza en las manos 1.3 Fuerza en la parte superior del cuerpo 1.4 Capacidad de hablar durante la actividad física	1 Problema presente (comprometido).
2	Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno	2 NIVEL DE FATIGA	2.1 Agotamiento 2.2 Energía insuficiente 2.3 Debilidad 2.4 Disminución de la motivación	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Inexperiencia en una actividad	3 DESCANSO	3.1 Tiempo del descanso 3.2 Patrón del descanso 3.3 Calidad del descanso 3.4 Descansado físicamente	3 Problema resuelto.
4	Malnutrición			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DE LA MECÁNICA CORPORAL

- Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas.
- Determinar la comprensión del paciente acerca de la mecánica y ejercicios corporales (p. ej., demostración de técnicas correctas cuando se realizan actividades/ejercicios).
- Instruir al paciente acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la postura óptima para movilizar y utilizar el cuerpo.
- Determinar la conciencia del paciente sobre las propias anomalías musculoesqueléticas y los efectos potenciales de la postura y del tejido muscular

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DEL EJERCICIO: ENTRENAMIENTO DE FUERZA

- Examinar el estado general antes del ejercicio para identificar los posibles riesgos del ejercicio utilizando escalas estandarizadas de la preparación para la actividad física o una anamnesis y una exploración física.
- Obtener la aprobación del profesional sanitario para iniciar un programa de ejercicios de fuerza, según sea conveniente.
- Ayudar a obtener los recursos necesarios para dedicarse al entrenamiento muscular progresivo.
- Ayudar a desarrollar un entorno en el hogar/trabajo que facilite la dedicación al programa de ejercicios.
- Ayudar a desarrollar un programa de entrenamiento de fuerza consecuente con el nivel de forma física muscular, limitaciones musculoesqueléticas, objetivos de salud funcional, recursos en equipamientos para ejercicios, preferencias personales y apoyo social.
- Colaborar con la familia y otros profesionales sanitarios (p. ej., fisioterapeuta, fisiólogo del ejercicio, terapeuta ocupacional, terapeuta recreacional, fisioterapeuta) en la planificación, enseñanza y control del programa de entrenamiento muscular.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DEL EJERCICIO: ESTIRAMIENTOS

- Ayudar a explorar las propias creencias, motivación y nivel de la forma física neuromusculoesquelética del paciente.
- Ayudar a desarrollar metas realistas a corto y largo plazo en función del nivel de forma física y el estilo de vida actuales.
- Explicar los propósitos de los estiramientos (p. ej., relajación, preparación de músculos y articulaciones para ejercicios más vigorosos, flexibilidad, equilibrio, independencia funcional).
- Colaborar con los miembros de la familia en la planificación, enseñanza y control de un plan de ejercicios.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.
- Enseñar las formas de monitorizar el propio seguimiento del programa y su evolución hacia las metas fijadas (aumento del arco de movimiento articular, conciencia de la liberación de la tensión muscular, aumento de la duración de la fase de «mantenimiento» y del número de repeticiones del ejercicio sin dolor ni fatiga, y aumento de la tolerancia al ejercicio vigoroso).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CARGA EXCESIVA DE FATIGA

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 3: Equilibrio de la energía

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Sensación sostenida y exagerada de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.		1	Dificultad para mantener la actividad física habitual	
		2	Características de la fatiga evaluadas mediante un instrumento de evaluación estandarizado y validado	
		3	Letargo	
		4	Incremento de los requerimientos de descanso	
		5	Cansancio	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Síntomas depresivos	1 NIVEL DE FATIGA	1.1 Agotamiento 1.2 Energía insuficiente 1.3 Estado de ánimo deprimido 1.4 Pérdida de apetito	1 Problema presente (comprometido).
2	Incremento del esfuerzo físico	2 FATIGA: EFECTOS DISRUPTIVOS	2.1 Letargia crónica 2.2 Disminución del nivel de energía 2.3 Disminución del apetito 2.4 Deterioro de la actividad física	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Ansiedad excesiva	3 CONSERVACIÓN DE LA ENERGÍA	3.1 Organiza actividades para conservar la energía 3.2 Equilibra la actividad y el descanso 3.3 Duerme la siesta para reponer fuerzas 3.4 Utiliza técnicas de conservación de la energía	3 Problema resuelto.
4	Estilo de vida no estimulante			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CARGA EXCESIVA DE FATIGA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA ENERGÍA

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- Utilizar instrumentos válidos para medir la fatiga, si está indicado.
- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/allegados.
- Corregir los déficits del estado fisiológico (p. ej., anemia inducida por quimioterapia) como elementos prioritarios.
- Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda.
- Monitorizar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.
- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras arritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria).
- Animar a realizar ejercicios aeróbicos, según la tolerancia.
- Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL ESTADO DE ÁNIMO

- Revisar la evaluación inicial del estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales).
- Ayudar a automonitorizar conscientemente el estado de ánimo (escala de clasificación de 1 a 10, llevar un diario).
- Ayudar a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional.
- Evaluar la evaluación inicial del estado de ánimo con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.
- Determinar si supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.
- Ajustar o interrumpir las medicaciones que contribuyen a las alteraciones del estado de ánimo, por prescripción de profesionales con la capacitación adecuada.
- Monitorizar el estado físico (peso corporal e hidratación).
- Ayudar a mantener un ciclo normal de sueño y vigilia: (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación, limitar los medicamentos sedantes y la cafeína).
- Proporcionar oportunidades de práctica de actividad física: (caminar o montar en bicicleta estática).

INTERVENCIÓN (NIC):

FOMENTO DEL EJERCICIO

- Evaluar las creencias y deseos de salud sobre el ejercicio físico.
- Investigar experiencias deportivas anteriores.
- Determinar la motivación para empezar o continuar con el programa de ejercicios.
- Explorar los obstáculos para el ejercicio.
- Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca del ejercicio o la necesidad de este.
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Ayudar a identificar un modelo de rol positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios.
- Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- Realizar los ejercicios con la persona, según corresponda.
- Informar acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Instruir acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el profesional sanitario y/o el fisioterapeuta.
- Instruir acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas del programa de ejercicio.
- Instruir en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 3: Equilibrio de la energía

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Alteraciones fisiológicas o psicológicas perioperatorias que prolongan el periodo de recuperación para alcanzar y/o mejorar el estado de salud funcional preoperatorio.	1	Dificultad para reanudar las actividades	
	2	Dificultad de movimiento	
	3	Tiempo excesivo requerido para la recuperación	
	4	Cicatrización interrumpida de la herida quirúrgica	
	5	Disconfort físico	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Deterioro de la movilidad física	1 RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA: CONVALECENCIA	1.1 Ansiedad 1.2 Infección de la herida 1.3 Exudado de la herida 1.4 Dolor	1 Problema presente (comprometido).
2 Ansiedad excesiva	2 NIVEL DE MALESTAR	2.1 Estrés 2.2 Dolor 2.3 Inquietud 2.4 Náuseas	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Adquisición ineficaz de conocimientos de salud	3 SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN	3.1 Erupción 3.2 Fiebre 3.3 Escalofríos 3.4 Secreción fétida	3 Problema resuelto.
4 Malnutrición			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN

- Explicar el procedimiento mediante una preparación sensorial.
- Administrar medicación analgésica entre 30 y 60 minutos antes del cuidado de la incisión.
- Utilizar higiene de manos y técnica aséptica.
- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia, evisceración o drenaje.
- Monitorizar el proceso de curación y los signos y síntomas de infección en el sitio de la incisión.
- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica no citotóxica apropiada y una fricción suave.
- Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia (es decir, desde la incisión a la piel circundante; desde la inserción del drenaje en un movimiento espiral hacia fuera).
- Cambiar el vendaje en los intervalos adecuados.
- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.
- Facilitar que la persona vea la incisión.
- Instruir sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.
- Enseñar a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.
- Enseñar a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE HERIDAS

- Despegar los apósitos existentes, el esparadrapo o la ropa alrededor de la herida.
- Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
- Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, incluyendo el área que rodea la herida.
- Colocar la zona afectada en una bañera de hidromasaje, según corresponda.
- Administrar cuidados al sitio de incisión, según sea necesario.
- Aplicar un tratamiento tópico adecuado en la piel o la lesión, según la prescripción.
- Mantener seca la zona circundante mientras se protege la herida.
- Cambiar el tipo de apósito según sea necesario para que avance adecuadamente la curación de la herida.
- Cambiar de posición a la persona como mínimo cada dos horas, según corresponde.

INTERVENCIÓN (NIC):

CONTROL DE INFECCIONES

- Seguir las precauciones universales en todas las actividades asistenciales.
- Lavarse las manos o utilizar desinfectante de manos antimicrobiano antes y después de cada actividad asistencial.
- Favorecer la protección de ojos, nariz y boca.
- Limpiar adecuadamente el entorno del área de cuidados después de cada uso, según las normas del centro.
- Limpiar y desinfectar las superficies contaminadas con patógenos, incluidas de las que están cerca de las personas (p. ej; barandillas de las camas, superficie de las superficies del entorno asistencial que se tocan con más frecuencia).
- Limpiar y desinfectar todos los artículos y equipos de contacto o cuidado, incluidos los juguetes en las áreas pediátricas y los dispositivos móviles multiuso que se mueven dentro y fuera de las habitaciones.
- Manipular los textiles y tejidos usados con mínima agitación para evitar la contaminación del aire, las superficies y las personas.
- Mantener el uso prudente de antibióticos

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 3: Equilibrio de la energía

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de alteraciones fisiológicas o psicológicas perioperatorias que prolonguen el periodo de recuperación para alcanzar y/o mejorar el estado de salud funcional preoperatorio.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Deterioro de la movilidad física	1 RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA: CONVALECENCIA	1.1 Ansiedad 1.2 Infección de la herida 1.3 Exudado de la herida 1.4 Dolor	1 Problema presente (comprometido).
2	Ansiedad excesiva	2 NIVEL DE MALESTAR	2.1 Estrés 2.2 Dolor 2.3 Inquietud 2.4 Náuseas	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Adquisición ineficaz de conocimientos de salud	3 SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN	3.1 Erupción 3.2 Fiebre 3.3 Escalofríos 3.4 Secreción fétida	3 Problema resuelto.
4	Malnutrición			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN

- Explicar el procedimiento mediante una preparación sensorial.
- Administrar medicación analgésica entre 30 y 60 minutos antes del cuidado de la incisión.
- Utilizar higiene de manos y técnica aséptica.
- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia, evisceración o drenaje.
- Monitorizar el proceso de curación y los signos y síntomas de infección en el sitio de la incisión.
- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica no citotóxica apropiada y una fricción suave.
- Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia (es decir, desde la incisión a la piel circundante; desde la inserción del drenaje en un movimiento espiral hacia fuera).
- Cambiar el vendaje en los intervalos adecuados.
- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.
- Facilitar que la persona vea la incisión.
- Instruir sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.
- Enseñar a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.
- Enseñar a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE HERIDAS

- Despegar los apósitos existentes, el esparadrapo o la ropa alrededor de la herida.
- Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
- Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, incluyendo el área que rodea la herida.
- Colocar la zona afectada en una bañera de hidromasaje, según corresponda.
- Administrar cuidados al sitio de incisión, según sea necesario.
- Aplicar un tratamiento tópico adecuado en la piel o la lesión, según la prescripción.
- Mantener seca la zona circundante mientras se protege la herida.
- Cambiar el tipo de apósito según sea necesario para que avance adecuadamente la curación de la herida.
- Cambiar de posición a la persona como mínimo cada dos horas, según corresponde.

INTERVENCIÓN (NIC):

CONTROL DE INFECCIONES

- Seguir las precauciones universales en todas las actividades asistenciales.
- Lavarse las manos o utilizar desinfectante de manos antimicrobiano antes y después de cada actividad asistencial.
- Favorecer la protección de ojos, nariz y boca.
- Limpiar adecuadamente el entorno del área de cuidados después de cada uso, según las normas del centro.
- Limpiar y desinfectar las superficies contaminadas con patógenos, incluidas de las que están cerca de las personas (p. ej; barandillas de las camas, superficie de las superficies del entorno asistencial que se tocan con más frecuencia).
- Limpiar y desinfectar todos los artículos y equipos de contacto o cuidado, incluidos los juguetes en las áreas pediátricas y los dispositivos móviles multiuso que se mueven dentro y fuera de las habitaciones.
- Manipular los textiles y tejidos usados con mínima agitación para evitar la contaminación del aire, las superficies y las personas.
- Mantener el uso prudente de antibióticos

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de sufrir cambios en el proceso normal de transporte de sustancias, homeostasis corporal, eliminación de residuos metabólicos tisulares y funcionamiento de los órganos.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad	1 CONDUCTA DE AUMENTO DE PESO	1.1 Selecciona un objetivo de peso saludable 1.2 Se compromete a seguir un plan de alimentación saludable 1.3 Monitoriza el índice de masa corporal 1.4 Monitoriza el peso corporal	1 Problema presente (comprometido).
2 Acumulación excesiva de grasa para la edad y el sexo	2 CONOCIMIENTO: ESTILO DE VIDA SALUDABLE	2.1 Busca recomendaciones para una dieta saludable 2.2 Establece objetivos dietéticos alcanzables 2.3 Identifica dificultades para alcanzar los objetivos dietéticos 2.4	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Ansiedad excesiva			
4 Estrés excesivo	3 CONTROL DEL RIESGO: HIPERTENSIÓN	3.1 Identifica los factores de riesgo de hipertensión 3.2 Reconoce los factores personales de riesgo de hipertensión 3.3 Elimina el consumo de tabaco 3.4 Hace ejercicio regularmente	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS CIRCULATORIO: INSUFICIENCIA VENOSA

- Inspeccionar la piel en busca de úlceras arteriales o de solución de continuidad tisular.
- Revisar los antecedentes de comorbilidades (p. ej., hipertensión, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica, asma, enfermedad obstructiva de las vías respiratorias, enfermedad inflamatoria intestinal, antecedentes presentes o pasados de cáncer, anemia, desnutrición, falta de movilidad).
- Observar el grado de molestias o dolor.
- Realizar cambios posturales del paciente como mínimo cada 2 horas, según necesidad.
- Animar al paciente a realizar ejercicios pasivos o activos de rango de movimiento, en especial de las extremidades inferiores, mientras esté encamado.
- Enseñar al paciente a cuidarse los pies adecuadamente.
- Controlar el estado hídrico, incluidas las entradas y salidas.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DEL EJERCICIO

- Investigar experiencias deportivas anteriores.
- Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.
- Explorar los obstáculos para el ejercicio.
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o el fisioterapeuta.
- Instruir al individuo acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas del programa de ejercicio.
- Instruir al individuo en los ejercicios de precalentamiento durante el ejercicio.
- Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.
- Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN

- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edemas llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).
- Evaluar las presiones arteriales pulmonares, las presiones sistémicas, el gasto cardíaco y la resistencia vascular sistémica.
- Determinar los tiempos de coagulación.
- Administrar agentes inotrópicos positivos.
- Ayudar en la inserción del dispositivo.
- Controlar el nivel de consciencia y la capacidad cognitivas.
- Vigilar el grado de molestia o dolor torácico.
- Comprobar que las cánulas no estén acodadas o desconectadas.
- Comprobar el dispositivo regularmente para asegurar un funcionamiento correcto.
- Administrar hemoderivados, según corresponda.
- Comprobar la diuresis con horario.
- Controlar las entradas y salidas.
- Administrar antibióticos profilácticos.
- Administrar analgésicos, si es necesario.
- Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE TENSION ARTERIAL DESEQUILBRADA

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de elevación o disminución recurrente de la fuerza ejercida por el flujo sanguíneo sobre la pared arterial, por encima o por debajo de los niveles individuales deseados.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Ansiedad	1 CONTROL DEL RIESGO: HIPERTENSIÓN	1.1 Identifica los factores de riesgo de hipertensión 1.2 Reconoce los factores personales de riesgo de hipertensión 1.3 Controla la presión arterial en los intervalos recomendados 1.4 Monitoriza los cambios en el estado de salud	1 Problema presente (comprometido).
2 Estrés excesivo	2 CONTROL DEL RIESGO: HIPOTENSIÓN	2.1 Identifica los signos y síntomas de la hipotensión 2.2 Monitoriza la tensión arterial en los intervalos recomendados 2.3 Identifica la tolerancia a la presión arterial baja 2.4 Desarrolla estrategias eficaces para tomar la medicación según la prescripción	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Estrés excesivo			
4 Conducta de sedentarismo	3 SEVERIDAD DE LA HIPERTENSIÓN	3.1 Latidos cardíacos irregulares 3.2 Visión borrosa 3.3 Cefalea 3.4 Dificultad respiratoria	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE TENSION ARTERIAL DESEQUILIBRADA

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA ARTERIAL

- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos edemas, relleno capilar, color y temperatura).
- Realizar una evaluación completa de la historia clínica y la exploración física.
- Determinar el índice tobillo-brazo (ITB), según corresponda.
- Medir la presión arterial en los dos brazos.
- Inspeccionar la piel en busca de úlceras arteriales o de solución de continuidad tisular, especialmente las heridas con retraso de la cicatrización o que no curan.
- Observar el grado de incomodidad, fatiga o dolor durante el ejercicio o con el reposo.
- Monitorizar el dolor a intervalos regulares.
- Utilizar superficies de apoyo para reducir la presión.
- Administrar tratamiento con estatinas, antihipertensivos, antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes, según la prescripción.
- Animar a realizar ejercicio, según la tolerancia.
- Fomentar el consumo de una dieta sana y la pérdida de peso, según proceda.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA

- Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.
- Determinar cualquier limitación económica que pueda afectar a la compra de alimentos.
- Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.
- Informar al paciente acerca de cuánto tiempo se debe seguir la dieta.
- Instruir al paciente acerca de cómo mantener un diario de alimentos, según el caso.
- Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.
- Informar al paciente de las posibles interacciones entre fármacos y alimentos, según el caso.
- Ayudar al paciente a incluir las preferencias de alimentos en la dieta prescrita.
- Ayudar al paciente a sustituir ingredientes para cumplir las recetas favoritas de la dieta prescrita.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA VENOSA

- Evaluar la circulación periférica (p. ej., pulsos, edemas, relleno capilar, color y temperatura).
- Inspeccionar la piel en busca de úlceras arteriales o de solución de continuidad tisular.
- Identificar los factores de riesgo de úlceras venosas (p. ej., varices, trombosis venosa profunda, insuficiencia venosa crónica, función deficiente de los músculos de la pantorrilla, fístulas arteriovenosas, obesidad, antecedentes de fractura de pierna).
- Considerar las modificaciones de la dieta, suplementos nutricionales, dejar de fumar, reducción de peso, evitar la inmovilidad y mantener un estado cardíaco saludable, según proceda.
- Determinar la capacidad de llevar a cabo medidas preventivas de autocuidado, incluido el tratamiento sistemático del edema de piernas.
- Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.
- Monitorizar el estado nutricional e hídrico, incluyendo la ingesta y la eliminación.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE TENSIÓN ARTERIAL DESEQUILBRADA

DOMINIO 4: Actividad/ Reposo

CLASE 4: Respuesta cardiovasculares/ pulmonares

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de elevación o disminución recurrente de la fuerza ejercida por el flujo sanguíneo sobre la pared arterial, por encima o por debajo de los niveles Individuales deseados.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Edema	1 FATIGA: EFECTOS NOCIVOS	1.1 Pesimista con el estado de salud actual 1.2 Apatía 1.3 Deterioro del estado de ánimo 1.4 Malestar	1 Problema presente (comprometido).
2 Personas con antecedentes familiares de hipertensión	2 SIGNOS VITALES	2.1 Temperatura corporal 2.2 Frecuencia cardiaca apical 2.3 Presión arterial sistólica 2.4 Presión arterial diastólica	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Exceso de volumen de líquidos			
4 Abuso de sustancias	3 AUTOCONTROL DE LA ARRITMIA	3.1 Acepta diagnóstico 3.2 Controla la frecuencia de los síntomas 3.3 Obtiene asistencia sanitaria durante signos de alerta 3.4 Participa en el programa para dejar de fumar	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE TENSIÓN ARTERIAL DESEQUILBRADA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN

- Obtener una historia clínica detallada del paciente para determinar el nivel de riesgo. Incluyendo el uso de medicamentos.
- Identificar las posibles causas de la hipertensión.
- Evaluar los factores de riesgo asociados y contribuyentes.
- Medir la presión arterial para determinar la presencia de hipertensión.
- Controlar signos vitales como frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura y análisis de sangre para identificar complicaciones.
- Instruir al paciente sobre el uso correcto de medicamentos.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES

- Monitorizar la presión arterial, pulso, oximetría según corresponda.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Monitorizar la presión arterial mientras el paciente este acostado.
- Monitorizar la presión arterial después de los medicamentos.
- Auscultar la presión arterial de ambos brazos.
- Monitorizar la presión arterial antes, durante y después de alguna actividad.
- Monitorizar ritmo cardiaco.
- Monitorizar ruidos pulmonares.
- Monitorizar si hay cianosis central y periférica.
- Monitorizar la presencia de acropatías.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA ARRITMIA

- Determinar los antecedentes personales y familiares respecto a enfermedades cardiacas y arritmias.
- Observar y corregir los déficits de oxígeno.
- Asegurar una selección apropiada de la derivación según las necesidades del paciente.
- Asegurar una colocación adecuada de las derivaciones y buena calidad de señal.
- Ajustar los parámetros de alarma del monitor de ECG.
- Asegurar una monitorización continua.
- Observar frecuencia y duración de arritmias.
- Monitorizar la respuesta hemodinámica a la arritmia.
- Canalizar y mantener la vía según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:	RIESGO DE DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de experimentar un volumen sanguíneo insuficiente, bombeado por el corazón, para satisfacer las demandas metabólicas en individuos con afecciones cardiovasculares y/o pulmonares o traumatismos.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Acumulación excesiva de grasa para la edad y sexo	1 CONTROL DE RIESGO	1.1 Identifica los factores de riesgo 1.2 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo 1.3 Monitoriza los cambios en el estado de salud general 1.4 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo	1 Problema presente (comprometido).
2 Autogestión inadecuada de la tensión arterial	2 RESISTENCIA	2.1 Realización de la rutina habitual 2.2 Resistencia muscular 2.3 Recuperación de la energía tras el descanso 2.4 Concentración de oxígeno en sangre con la actividad	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Estrés excesivo			
4 La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad	3 NIVEL DE ANSIEDAD	3.1 Irritabilidad 3.2 Aumento de la frecuencia respiratoria 3.3 Trastornos de sueño 3.4 Aumento de la presión sanguínea	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL SHOCK: CARDÍACO

- Monitorizar si hay signos y síntomas de descenso del gasto cardíaco.
- Auscultar los ruidos pulmonares para ver si hay crepitantes u otros ruidos adventicios.
- Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.
- Observar si hay perfusión arterial coronaria inadecuada (cambios del segmento ST en el ECG, enzimas cardíacas elevadas o angina), según corresponda.
- Monitorizar los estudios de coagulación, incluidos el tiempo de protrombina (TP), el tiempo de tromboplastina parcial (TTP), el fibrinógeno, los productos de degradación/escisión de la fibrina y el recuento de plaquetas, según corresponda.
- Favorecer una precarga óptima minimizando al mismo tiempo la poscarga (p. ej., administrar nitratos manteniendo al mismo tiempo la presión de oclusión arterial pulmonar dentro del intervalo prescrito), según corresponda.
- Preparar al paciente para la revascularización cardíaca (intervención coronaria percutánea o injerto de derivación coronaria).

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS CARDIACOS

- Monitorizar la tolerancia del paciente a la actividad.
- Mantener el programa de deambulación, según se tolere.
- Presentar expectativas realistas para el paciente y familiar.
- Instruir al paciente y a la familia sobre las limitaciones para levantar/empujar peso según corresponda.
- Evaluar cualquier episodio de dolor.
- Monitorizar signos vitales con frecuencia.
- Monitorizar el estado cardiovascular.
- Monitorizar la aparición de arritmias.
- Monitorizar el abdomen en busca de signos de una disminución de la perfusión.
- Evaluar las alteraciones de la presión arterial.

INTERVENCIÓN (NIC):

REGULACIÓN HEMODINÁMICA

- Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, frecuencia cardíaca, pulsos, presión venosa yugular, presión venosa central, presiones auriculares y ventriculares izquierdas y derechas, así como presión de la arteria pulmonar), según corresponda.
- Utilizar múltiples parámetros para determinar el estado clínico del paciente (la presión del pulso proporcional se considera el parámetro definitivo).
- Monitorizar y documentar la presión del pulso proporcional (presión sistólica menos presión diastólica, dividido entre la presión sistólica, expresando el resultado como proporción o porcentaje).
- Realizar exploraciones físicas frecuentes en las poblaciones de riesgo (p. ej., pacientes con insuficiencia cardíaca)
- Aliviar las preocupaciones de los pacientes proporcionando una información precisa y corrigiendo cualquier idea errónea.
- Instruir al paciente y la familia sobre la monitorización hemodinámica (p. ej., fármacos, terapias, finalidad de los aparatos).
- Explicar la finalidad de los cuidados y el modo en el que se medirán los progresos.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 2: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a una disminución de la circulación sanguínea en el cerebro.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Consumo excesivo de alcohol	1	ESTADO CIRCULATORIO. 1.1 Saturación de oxígeno 1.2 Presión venosa centra 1.3 Ingurgitación de las venas del cuello 1.4 Presión de pulso	1 Problema presente (comprometido).
2	Estrés excesivo	2	PERFUSIÓN TISULAR: CEREBRAL. 2.1 Cefalea 2.2 Agitación 2.3 Presión intracraneal 2.4 Apatía	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Autogestión inadecuada de la tensión arterial			
4	Autogestión ineficaz del sobrepeso.	3	FUNCIÓN NEUROLÓGICA 3.1 Conciencia 3.2 Tamaño pupilar 3.3 Patrón de movimiento ocular 3.4 Función autónoma	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

Precauciones circulatorias.

- Realizar una evaluación exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad, así como índice tobillo-brazo, si está indicado).
- Centrarse en los pacientes de riesgo (p. ej., diabéticos, fumadores, ancianos, hipertensos e hipercolesterolémicos) para realizar evaluaciones periféricas exhaustivas y una modificación de los factores de riesgo.
- No iniciar una infusión i.v. ni extraer sangre en la extremidad afectada.
- No medir la presión arterial en la extremidad afectada.
- No aplicar presión ni realizar torniquetes en la extremidad afectada.
- Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
- Evitar lesiones en la zona afectada.

INTERVENCIÓN (NIC):

Monitorización neurológica

- Monitorizar el nivel de consciencia.
- Monitorizar el nivel de orientación.
- Monitorizar las tendencias de la Escala de Coma de Glasgow.
- Analizar la memoria reciente, el nivel de atención, la memoria pasada, el estado de ánimo, el afecto y las conductas.
- Monitorizar el sentido del olfato.
- Monitorizar la presencia de trastornos visuales (p. ej., diplopía, nistagmo, recortes del campo visual, visión borrosa, agudeza visual).
- Monitorizar el tamaño, la forma, la simetría y la reactividad de la pupila.
- Monitorizar los músculos extraoculares y las características de la mirada.
- Monitorizar el seguimiento del movimiento de un objeto delante de sus ojos.
- Monitorizar el reflejo corneal.
- Monitorizar la simetría facial.
- Monitorizar la tos y el reflejo nauseoso.
- Monitorizar la protrusión de la lengua.
- Monitorizar el tono muscular, el movimiento, la marcha y la propiocepción, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.
- • Monitorizar la desviación de la pronación, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.

INTERVENCIÓN (NIC):

Favorecimiento de la perfusión cerebral

- Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos.
- Administrar y ajustar los medicamentos vasoactivos, según la prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicos.
- Inducir hipertensión con expansores de volumen o agentes inotrópicos o vasoconstrictores, según la prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicos y mantener u optimizar la presión de perfusión cerebral (PPC).
- Monitorizar el tiempo de protrombina (TP) y el tiempo de tromboplastina parcial (TPT) del paciente para mantenerlo de una a dos veces normal, según corresponda.
- Monitorizar los efectos secundarios de la terapia anticoagulante (p. ej., análisis de heces y drenaje nasogástrico para detectar sangre).
- Administrar agentes reológicos (p. ej., manitol en dosis bajas o dextranos de bajo peso molecular), según la prescripción.
- Extraer sangre para monitorizar el nivel de hematocrito, electrolitos y glucosa en sangre.
- Mantener el nivel de hematocrito para el tratamiento de hemodilución hipervolémica, según el protocolo.
- Vigilar las convulsiones.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 5: Respuestas cardiovasculares/pulmonares

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Disminución de la circulación sanguínea en las extremidades.		1	Extremidades frías		
		2	Disminución de la presión arterial en las extremidades		
		3	Edema		
		4	Cianosis en las extremidades		
		5	Palidez de la piel a la elevación de las extremidades		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Ingesta excesiva de sodio	1	CONTROL DEL RIESGO: CONSUMO DE TABACO	1.1 Reconoce la satisfacción personal asociada al consumo de tabaco 1.2 Reconoce las propiedades adictivas del tabaco 1.3 Reconoce las consecuencias asociadas al consumo de tabaco 1.4 Busca información actualizada	1 Problema presente (comprometido).
2	Consumo de tabaco	2	CONTROL DEL RIESGO	2.1 Identifica los factores de riesgo 2.2 Monitoriza los factores de riesgo ambientales 2.3 Sigue las estrategias de control de riesgos seleccionadas 2.4 Ajusta las estrategias de control de riesgo	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Conocimiento inadecuado sobre el proceso de la enfermedad	3	DETECCIÓN DEL RIESGO	3.1 Reconoce los signos y síntomas que indican Riesgos 3.2 Identifica los posibles riesgos para la salud 3.3 Se realiza pruebas de detección 3.4 Mantiene un conocimiento actualizado	3 Problema resuelto.
4	Autogestión ineficaz de la salud				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

Ayuda para dejar de fumar

- Registrar el estado actual y los antecedentes del tabaquismo, incluido el vapeo, en todas las visitas.
- Identificar los factores de dependencia de la nicotina (p. ej., impulsividad, probabilidad de abstinencia, factores estresantes del entorno) mediante una herramienta de cribado, según esté indicado.
- Determinar la disposición a aprender cómo dejar de fumar.
- Monitorizar la disposición a intentar abandonar el tabaco.
- Comentar la presencia de enfermedades relacionadas con el tabaquismo.
- Ofrecer a todos los fumadores actuales tratamiento para dejar de fumar en el hospital y al alta hospitalaria.

INTERVENCIÓN (NIC):

Enseñanza: proceso de enfermedad

- Describir los signos y síntomas habituales de la enfermedad, según proceda.
- Explicar lo que ya se ha hecho para tratar los síntomas.
- Describir el proceso de la enfermedad, según proceda.
- Identificar posibles etiologías, según proceda.
- Proporcionar información sobre la enfermedad, según proceda.
- Identificar los cambios en el estado físico de la persona.
- Evitar las palabras tranquilizadoras vacías.
- Proporcionar información real sobre el pronóstico y la afección, según proceda.
- Proporcionar a la familia y a otros allegados información sobre la evolución, según proceda.
- Proporcionar información sobre las medidas diagnósticas disponibles, según proceda.
- Discutir los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para prevenir futuras complicaciones o controlar el proceso de la enfermedad.

INTERVENCIÓN (NIC):

Manejo de la medicación

- Utilizar una herramienta estandarizada para obtener toda la información sobre la medicación, incluidos los medicamentos con receta, los medicamentos sin receta y los suplementos dietéticos y a base de hierbas.
- Determinar cuáles son los medicamentos necesarios y administrarlos de acuerdo con el prescriptor o el protocolo.
- Identificar los tipos y las cantidades de medicamentos de venta sin receta utilizados.
- Proporcionar información sobre el uso de medicamentos sin receta y cómo pueden influir en la enfermedad existente.
- Determinar si se utilizan remedios caseros basados en la cultura y los posibles efectos sobre el uso de medicamentos sin receta y con receta.
- Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Monitorizar el efecto terapéutico de la medicación.
- Monitorizar los signos y síntomas de toxicidad o efectos adversos de la medicación.
- Monitorizar los niveles séricos en sangre (p. ej., electrolitos).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ

DOMINIO 4: Actividad /reposo

CLASE 2: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a una disminución de la circulación sanguínea en el cerebro.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Consumo excesivo de alcohol	1 ESTADO CIRCULATORIO.	1.1 Saturación de oxígeno 1.2 Presión venosa centra 1.3 Ingurgitación de las venas del cuello 1.4 Presión de pulso	1 Problema presente (comprometido).
2 Estrés excesivo	2 PERFUSIÓN TISULAR: CEREBRAL.	2.1 Cefalea 2.2 Agitación 2.3 Presión intracraneal 2.4 Apatía	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Autogestión inadecuada de la tensión arterial	3 FUNCIÓN NEUROLÓGICA	3.1 Conciencia 3.2 Tamaño pupilar 3.3 Patrón de movimiento ocular 3.4 Función autónoma	3 Problema resuelto.
4 Autogestión ineficaz del sobrepeso.			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

PRECAUCIONES CIRCULATORIAS.

- Realizar una evaluación exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad, así como índice tobillo-brazo, si está indicado).
- Centrarse en los pacientes de riesgo (p. ej., diabéticos, fumadores, ancianos, hipertensos e hipercolesterolémicos) para realizar evaluaciones periféricas exhaustivas y una modificación de los factores de riesgo.
- No iniciar una infusión i.v. ni extraer sangre en la extremidad afectada.
- No medir la presión arterial en la extremidad afectada.
- No aplicar presión ni realizar torniquetes en la extremidad afectada.
- Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
- Evitar lesiones en la zona afectada.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA

- Monitorizar el nivel de consciencia.
- Monitorizar el nivel de orientación.
- Monitorizar las tendencias de la Escala de Coma de Glasgow.
- Analizar la memoria reciente, el nivel de atención, la memoria pasada, el estado de ánimo, el afecto y las conductas.
- Monitorizar el sentido del olfato.
- Monitorizar la presencia de trastornos visuales (p. ej., diplopía, nistagmo, recortes del campo visual, visión borrosa, agudeza visual).
- Monitorizar el tamaño, la forma, la simetría y la reactividad de la pupila.
- Monitorizar los músculos extraoculares y las características de la mirada.
- Monitorizar el seguimiento del movimiento de un objeto delante de sus ojos.
- Monitorizar el reflejo corneal.
- Monitorizar la simetría facial.
- Monitorizar la tos y el reflejo nauseoso.
- Monitorizar la protrusión de la lengua.
- Monitorizar el tono muscular, el movimiento, la marcha y la propiocepción, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.
- Monitorizar la desviación de la pronación, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DE LA PERFUSIÓN CEREBRAL

- Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos.
- Administrar y ajustar los medicamentos vasoactivos, según la prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicos.
- Inducir hipertensión con expansores de volumen o agentes inotrópicos o vasoconstrictores, según la prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicos y mantener u optimizar la presión de perfusión cerebral (PPC).
- Monitorizar el tiempo de protrombina (TP) y el tiempo de tromboplastina parcial (TPT) del paciente para mantenerlo de una a dos veces normal, según corresponda.
- Monitorizar los efectos secundarios de la terapia anticoagulante (p. ej., análisis de heces y drenaje nasogástrico para detectar sangre).
- Administrar agentes reológicos (p. ej., manitol en dosis bajas o dextranos de bajo peso molecular), según la prescripción.
- Extraer sangre para monitorizar el nivel de hematocrito, electrolitos y glucosa en sangre.
- Mantener el nivel de hematocrito para el tratamiento de hemodilución hipervolémica, según el protocolo.
- Vigilar las convulsiones.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ**

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 4: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS				
Dificultad para mantener una ventilación adecuada durante respiración y/o La espiración.		1	Disnea			
		2	Alteración de los movimientos torácicos			
		3	Cianosis			
		4	Disminución de la presión			
		5	Bradipnea			
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Ansiedad.	1	ESTADO RESPIRATORIO	1.1 Frecuencia respiratoria 1.2 Ritmo respiratorio 1.3 Saturación de oxígeno 1.4 Cianosis	1	Problema presente (comprometido).
2	Secreciones excesivas de las vías respiratorias.	2	PERFUSIÓN TISULAR: PULMONAR	2.1 Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (PaO2) 2.2 Saturación de oxígeno 2.3 Ansiedad inexplicada 2.4 Falta de aliento	2	Problema parcialmente resuelto.
3	Incremento del esfuerzo físico.	3	FUNCIÓN RESPIRATORIA: INTERCAMBIO GASEOSO	3.1 Saturación de O2 3.2 Disnea 3.3 Cianosis 3.4 Inquietud	3	Problema resuelto.
4	Carga de fatiga excesiva					

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA VÍA AÉREA

- Determinar si la respiración está ausente o es inadecuada.
- Determinar si es necesaria la inserción de una vía aérea.
- Realizar la higiene de manos y utilizar equipo de protección individual (EPI) (p. ej., guantes, gafas protectoras, mascarilla, pantalla facial), según corresponda.
- Administrar respiraciones de rescate utilizando el equipo disponible (p. ej., máscara de RCP con válvula unidireccional, máscara con bolsa) si no hay respiraciones.
- Determinar la causa del problema de permeabilidad de la vía aérea (p. ej., parada cardíaca, sobredosis de drogas, obstrucción de la vía aérea superior, traumatismo, enfermedad pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva).
- Abrir la vía aérea mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular, según corresponda.
- Extraer cuerpos extraños de la vía aérea, si se ven.
- Asegurarse de que la máscara tenga un sello adecuado.
- Asegurarse de que el volumen de las respiraciones de rescate se asocie a ascenso del tórax.
- Administrar naloxona intramuscular o intranasal a las personas de las que se sepa o se sospeche que presentan parada respiratoria inducida por una sobredosis de opioides, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

OXIGENOTERAPIA

- Verificar la prescripción de oxigenoterapia antes de administrarla, según esté indicado.
- Dar instrucciones sobre la oxigenoterapia, el papel en la administración y la necesidad de evitar fumar.
- Asegurarse de que se dispone de pulsioximetría para monitorizar la respuesta a la terapia, según esté indicado.
- Documentar las observaciones basales, incluidas la saturación, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y la frecuencia del pulso.
- Mantener la permeabilidad de las vías respiratorias.
- Monitorizar el esfuerzo respiratorio, el color de la piel y el nivel de consciencia.
- Eliminar las secreciones orales, nasales y traqueales para optimizar la permeabilidad de la vía aérea.
- Colocar en una posición que permita una respiración óptima (p. ej., en posición alta o semifowler).
- Insertar el caudalímetro en la salida y conectar el tubo de oxígeno y el dispositivo de administración adecuados (p. ej., mascarilla, cánula nasal, tubo endotraqueal).
- Ajustar el método de administración en función de la edad (p. ej., tienda de oxígeno o incubadora para niños pequeños y neonatos).

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA

- Determinar los riesgos para la salud y las percepciones del estado de salud, incluida la información sobre la conducta y las rutinas normales, según proceda.
- Preguntar por signos, síntomas y problemas recientes.
- Seleccionar los índices apropiados para la monitorización continua en función de la afección.
- Ajustar la frecuencia de la recogida e interpretación de datos según lo indique el estado.
- Realizar monitorización continua a personas inestables o en estado crítico.
- Monitorizar continuamente la presencia de zonas gatillo para una respuesta inmediata (p. ej., niveles bajos de oxigenación, frecuencias cardíacas bajas o elevadas, presión arterial baja o elevada, alarma de cama).
- Activar el equipo de respuesta rápida si lo indica la presencia de zonas gatillo, según el protocolo del centro.
- Monitorizar las estrategias de afrontamiento.
- Monitorizar el estado actual y compararlo con el estado anterior para detectar mejoras y deterioro del estado (p. ej., patrones de conducta, tendencia hemorrágica, estado neurológico, estado de oxigenación, signos vitales).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTANEA

DOMINIO 4: Actividad/ reposo

CLASE 4: Cardiovasculares/pulmonares

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Incapacidad para iniciar y/o mantener una respiración independiente que sea adecuada para mantener la vida.		1	Cianosis.	
		2	Disminución de la saturación de oxígeno.	
		3	Disnea.	
		4	Hipoxia.	
		5	Incremento de la frecuencia cardiaca.	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Posición corporal que inhibe la expansión de los pulmones.	1	FUNCIÓN RESPIRATORIA	1
			1.1 Frecuencia respiratoria.	Problema presente (comprometido).
			1.2 Ritmo respiratorio.	
			1.3 Profundidad de la inspiración.	
			1.4 Vías respiratorias permeables	
2	Fatiga de los músculos de la respiración.	2	FUNCIÓN RESPIRATORIA: INTERCAMBIO GASEOSO	2
			2.1 Disnea.	Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Inquietud.	
			2.3 Cianosis.	
			2.4 Agitación.	
3				
4		3	FUNCIÓN RESPIRATORIA: PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS	3
			3.1 Capacidad de eliminar secreciones	Problema resuelto.
			3.2 Aleteo nasal	
			3.3 Secreciones en las vías respiratorias	
			3.4 Respiraciones agónicas	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTÁNEA

INTERVENCIÓN (NIC):

OXIGENOTERAPIA

- Verificar la prescripción de oxigenoterapia antes de administrarla, según esté indicado.
- Dar instrucciones sobre la oxigenoterapia, el papel en la administración y la necesidad de evitar fumar.
- Asegurarse de que se dispone de pulsioximetría para monitorizar la respuesta a la terapia, según esté indicado.
- Documentar las observaciones basales, incluidas la saturación, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y la frecuencia del pulso.
- Mantener la permeabilidad de las vías respiratorias.
- Monitorizar el esfuerzo respiratorio, el color de la piel y el nivel de consciencia.
- Eliminar las secreciones orales, nasales y traqueales para optimizar la permeabilidad de la vía aérea.
- Colocar en una posición que permita una respiración óptima (p. ej., en posición alta o semi-Fowler).
- Insertar el caudalímetro en la salida y conectar el tubo de oxígeno y el dispositivo de administración adecuados (p. ej., mascarilla, cánula nasal, tubo endotraqueal).

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

- Monitorizar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de las respiraciones.
 - Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, la utilización de músculos accesorios y las retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados (p. ej. SaO₂, SvO₂, SpO₂) siguiendo las normas del centro y según esté indicado.
- Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos (p. ej., dispositivos en el dedo, nariz, o frente), con sistemas de alarma apropiados en pacientes con factores de riesgo (p. ej., obesos mórbidos, apnea obstructiva del sueño confirmada, antecedentes de problemas respiratorios que requieran oxigenoterapia, extremos de edad) siguiendo las normas del centro y según esté indicado.
- Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual.
- Realizar percusión en las zonas anterior y posterior del tórax desde los vértices hasta las bases de forma bilateral.
- Observar la ubicación de la tráquea.
- Monitorizar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico).

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA A LA VENTILACIÓN

- Mantener una vía aérea permeable.
- Colocar al paciente de forma que se alivie la disnea.
 - Colocar al paciente de forma que se facilite la concordancia ventilación/perfusión («el pulmón bueno abajo»), según corresponda.
- Ayudar en los frecuentes cambios de posición, según corresponda.
 - Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama y colocar una mesa encima de la cama en la que pueda apoyarse).
- Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación (p. ej., gasometría arterial, SaO₂, SvO₂, CO₂ final espiratorio, Qsp/Qt, A-aDO₂).
- Fomentar una respiración lenta y profunda, cambios posturales y tos.
- Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en los niños (hacer burbujas, soplar un silbato, armónica, globos, hacer un concurso de soplar pelotas de pimpón o plumas).
- Ayudar con el espirómetro de incentivo, según corresponda.
- Realizar fisioterapia torácica con drenaje postural (p. ej., compresión torácica, compresión espiratoria de la caja torácica, percusión de la pared torácica) o disponer lo necesario, según esté indicado.

R

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA RESPUESTA AL DESTETE VENTILATORIO EN NIÑOS(AS)

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 4: Cardiovasculares/pulmonares

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Incapacidad de las personas menores de 18 años, que han requerido ventilación mecánica al menos 24 horas, para realizar una transición satisfactoria a la ventilación espontánea.	- Malestar al respirar. - Fatiga. - Temor al funcionamiento. - Enfoque creciente en la respiración. - Necesidad de percibida de incremento de oxígeno.		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Ansiedad	1 SIGNOS VITALES.	- Ritmo respiratorio - Saturación de oxígeno - Frecuencia respiratoria - Profundidad de la inspiración	1 Problema presente (comprometido).
2 Alteración del ritmo cardiaco.	2 FUNCIÓN RESPIRATORIA: INTERCAMBIO GASEOSO	- Saturación de oxígeno - Disnea - Inquietud - Equilibrio entre perfusión y ventilación	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Malnutrición	3 FUNCIÓN RESPIRATORIA: VENTILACIÓN	- Uso de músculos accesorios - Disnea - Acumulación de secreciones - Retracción torácica	3 Problema resuelto.
4 Limpieza ineficaz de la vía aérea.			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA RESPUESTA AL DESTETE VENTILATORIO EN NIÑOS (AS)

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

- Monitorizar la presión arterial, el pulso, la temperatura, el dolor y el estado respiratorio, según corresponda.
- Seguir el protocolo del centro para el uso de sistemas automáticos de monitorización de los signos vitales.
- Auscultar manualmente la presión arterial en ambos brazos y compararla.
- Comparar las lecturas manuales de la presión arterial con las lecturas de la monitorización automática al menos una vez al día.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Monitorizar la presión arterial mientras la persona está acostada, sentada y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial después de que la persona tome las medicaciones para el corazón, si es posible.
- Monitorizar la presión arterial, el pulso y las respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda.
- • Iniciar el método apropiado (p. ej., axilar, rectal, oral, membrana timpánica) de medición de la temperatura teniendo en cuenta el estado y la capacidad.

INTERVENCIÓN (NIC):

DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

- Determinar la preparación del paciente para el destete (estabilidad hemodinámica, resolución del trastorno que requirió la ventilación, estado actual óptimo para el destete).
- Monitorizar los factores predictivos de la capacidad de tolerar el destete según el protocolo del centro (p. ej., grado de derivación, capacidad vital, Vd/Vt, VVM, fuerza inspiratoria, VEMS, presión inspiratoria negativa).
- Monitorizar para asegurarse de que el paciente no tenga infecciones graves antes del destete.
- Monitorizar si el estado hidroelectrolítico es óptimo.
- Colaborar con otros cuidadores para optimizar el estado nutricional del paciente, asegurándose de que el 50% de la fuente calórica no proteica de la dieta es grasa en vez de hidratos de carbono.
- Colocar al paciente de la mejor forma posible para utilizar los músculos respiratorios y optimizar el descenso diafragmático.
- Aspirar la vía aérea, si es necesario.
- Administrar fisioterapia torácica, según corresponda.
- Consultar con otros cuidadores en la selección de un método de destete.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA.

- Pesar al paciente.
- Monitorizar el crecimiento y desarrollo.
- Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (p. ej., índice de masa corporal, medición de la cintura y medición de los pliegues cutáneos).
- Monitorizar las tendencias de pérdida y ganancia de peso (es decir, en pacientes pediátricos, marcar la talla y el peso en una gráfica de peso estandarizada).
- Identificar los cambios recientes del peso corporal. • Determinar la cantidad apropiada de ganancia de peso durante el período previo al parto.
- Monitorizar la turgencia y movilidad cutáneas.
- Identificar las anomalías de la piel (p. ej., hematomas excesivos, mala cicatrización de las heridas y hemorragia).
- Identificar las anomalías del pelo (p. ej., seco, fino, tosco, y rotura fácil).
- Monitorizar la presencia de náuseas y vómitos.
- Identificar las anomalías de la defecación (p. ej., diarrea, sangre, moco y defecación irregular o dolorosa).
- Monitorizar la ingesta calórica y dietética.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA RESPUESTA AL DESTETE VENTILATORIO EN ADULTOS

DOMINIO 4: Actividad y reposo

CLASE 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Incapacidad de las personas mayores de 18 años, que han requerido ventilación mecánica al menos 24 horas, para realizar una transición satisfactoria a la ventilación espontánea.	- Sonidos respiratorios adventicios - Disminución de la presión arterial (< 40 mmHg o > 20% de reducción) - Disminución de la saturación de oxígeno (< 90 % cuando la fracción de oxígeno inspirado 3 40%) - Sensación de calor - Incremento de la frecuencia cardiaca >14lpm o 20% del valor inicial		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Tos ineficaz	1 SIGNOS VITALES.	- Ritmo respiratorio - Saturación de oxígeno - Frecuencia respiratoria - Profundidad de la inspiración	1 Problema presente (comprometido).
2 Malnutrición	2 FUNCIÓN RESPIRATORIA: INTERCAMBIO GASEOSO	- Saturación de oxígeno - Disnea - Inquietud - Equilibrio entre perfusión y ventilación	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Alteración del ritmo cardiaco	3 FUNCIÓN RESPIRATORIA: VENTILACIÓN	- Uso de músculos accesorios - Disnea - Acumulación de secreciones - Retracción torácica	3 Problema resuelto.
4 Secreciones excesivas de las vías respiratorias			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA RESPUESTA AL DESTETE VENTILATORIO EN ADULTOS

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

- Monitorizar la presión arterial, el pulso, la temperatura, el dolor y el estado respiratorio, según corresponda.
- Seguir el protocolo del centro para el uso de sistemas automáticos de monitorización de los signos vitales.
- Auscultar manualmente la presión arterial en ambos brazos y compararla.
- Comparar las lecturas manuales de la presión arterial con las lecturas de la monitorización automática al menos una vez al día.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Monitorizar la presión arterial mientras la persona está acostada, sentada y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial después de que la persona tome las medicaciones para el corazón, si es posible.
- Monitorizar la presión arterial, el pulso y las respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda.
- Iniciar el método apropiado (p. ej., axilar, rectal, oral, membrana timpánica) de medición de la temperatura teniendo en cuenta el estado y la capacidad.

INTERVENCIÓN (NIC):

DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

- Determinar la preparación del paciente para el destete (estabilidad hemodinámica, resolución del trastorno que requirió la ventilación, estado actual óptimo para el destete).
- Monitorizar los factores predictivos de la capacidad de tolerar el destete según el protocolo del centro (p. ej., grado de derivación, capacidad vital, Vd/Vt, VVM, fuerza inspiratoria, VEMS, presión inspiratoria negativa).
- Monitorizar para asegurarse de que el paciente no tenga infecciones graves antes del destete.
- Monitorizar si el estado hidroelectrolítico es óptimo.
- Colaborar con otros cuidadores para optimizar el estado nutricional del paciente, asegurándose de que el 50% de la fuente calórica no proteica de la dieta es grasa en vez de hidratos de carbono.
- Colocar al paciente de la mejor forma posible para utilizar los músculos respiratorios y optimizar el descenso diafragmático.
- Aspirar la vía aérea, si es necesario.
- Administrar fisioterapia torácica, según corresponda.
- Consultar con otros cuidadores en la selección de un método de destete.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA.

- Pesar al paciente.
- Monitorizar el crecimiento y desarrollo.
- Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (p. ej., índice de masa corporal, medición de la cintura y medición de los pliegues cutáneos).
- Monitorizar las tendencias de pérdida y ganancia de peso (es decir, en pacientes pediátricos, marcar la talla y el peso en una gráfica de peso estandarizada).
- Identificar los cambios recientes del peso corporal. • Determinar la cantidad apropiada de ganancia de peso durante el período previo al parto.
- Monitorizar la turgencia y movilidad cutáneas.
- Identificar las anomalías de la piel (p. ej., hematomas excesivos, mala cicatrización de las heridas y hemorragia).
- Identificar las anomalías del pelo (p. ej., seco, fino, tosco, y rotura fácil).
- Monitorizar la presencia de náuseas y vómitos.
- Identificar las anomalías de la defecación (p. ej., diarrea, sangre, moco y defecación irregular o dolorosa).
- Monitorizar la ingesta calórica y dietética.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **SÍNDROME DE DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO**

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 5: Autocuidado

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Deterioro en el desempeño independiente de múltiples actividades de la vida diaria		1	Disminución de la capacidad para bañarse	
		2	Disminución de la capacidad para vestirse	
		3	Disminución de la capacidad para ir al baño	
		4	Disminución de la capacidad de alimentación	
		5	Disminución de la capacidad de aseo	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Dolor	1	CONDUCTA DE AUTOCUIDADO	1.1 Se baña solo 1.2 Realiza las tareas domésticas 1.3 Se viste solo 1.4 Come solo	1 Problema presente (comprometido).
2 Ansiedad	2	CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	2.1 Deambulación 2.2 Realiza la higiene 2.3 Cambia de postura solo 2.4 Uso del inodoro	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Deterioro de la movilidad física	3	CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: HIGIENE	3.1 Mantiene un aspecto pulcro 3.2 Mantiene la higiene corporal 3.3 Se lava las manos 3.4 Utiliza champú para el cabello	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

SÍNDROME DE DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA ENERGÍA

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- Utilizar instrumentos válidos para medir la fatiga, si está indicado.
- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/allegados.
- Corregir los déficits del estado fisiológico (p. ej., anemia inducida por quimioterapia) como elementos prioritarios.
- Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

- Determinar el nivel de ayuda necesario para las actividades de autocuidado o las actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., ir de compras, cocinar, tareas domésticas, lavandería, uso del transporte, manejo del dinero, manejo de la medicación, uso de la comunicación, uso del tiempo).
- Tener en cuenta la cultura y la edad a la hora de favorecer las actividades de autocuidado.
- Determinar las necesidades de cambios relacionados con la seguridad en el hogar (p. ej., marcos de puerta más anchos para permitir el acceso de la silla de ruedas al cuarto de baño, eliminación de alfombrillas).
- Determinar las necesidades de mejoras en el hogar (p. ej., lavandería y otras instalaciones situadas en la planta principal, barandillas laterales en los pasillos, barras de apoyo en los baños).
- Determinar los recursos económicos y las preferencias personales en relación con las modificaciones del hogar o los cuidados.
- Verificar la presencia de equipos de seguridad en el hogar (p. ej., detectores de humo, detectores de monóxido de carbono, extintores).

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA AUTOESTIMA

- Observar las afirmaciones del paciente sobre su propia valía.
- Determinar el locus de control del paciente.
- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.
- Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente.
- Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Abstenerse de realizar críticas negativas.
- Ayudar al paciente a afrontar los abusos o las burlas.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE SÍNDROME DE DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 5: Autocuidado

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible al deterioro en el desempeño independiente de múltiples actividades de la vida diaria.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Dolor	1 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO	1.1 Se baña solo 1.2 Realiza las tareas domésticas 1.3 Se viste solo 1.4 Come solo	1 Problema presente (comprometido).
2	Ansiedad	2 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	2.1 Deambulación 2.2 Realiza la higiene 2.3 Cambia de postura solo 2.4 Uso del inodoro	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Deterioro de la movilidad física			
4	Deterioro del confort físico	3 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: HIGIENE	3.1 Mantiene un aspecto pulcro 3.2 Mantiene la higiene corporal 3.3 Se lava las manos 3.4 Utiliza champú para el cabello	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE SÍNDROME DE DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA ENERGÍA

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- Utilizar instrumentos válidos para medir la fatiga, si está indicado.
- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/allegados.
- Corregir los déficits del estado fisiológico (p. ej., anemia inducida por quimioterapia) como elementos prioritarios.
- Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

- Determinar el nivel de ayuda necesario para las actividades de autocuidado o las actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., ir de compras, cocinar, tareas domésticas, lavandería, uso del transporte, manejo del dinero, manejo de la medicación, uso de la comunicación, uso del tiempo).
- Tener en cuenta la cultura y la edad a la hora de favorecer las actividades de autocuidado.
- Determinar las necesidades de cambios relacionados con la seguridad en el hogar (p. ej., marcos de puerta más anchos para permitir el acceso de la silla de ruedas al cuarto de baño, eliminación de alfombrillas).
- Determinar las necesidades de mejoras en el hogar (p. ej., lavandería y otras instalaciones situadas en la planta principal, barandillas laterales en los pasillos, barras de apoyo en los baños).
- Determinar los recursos económicos y las preferencias personales en relación con las modificaciones del hogar o los cuidados.
- Verificar la presencia de equipos de seguridad en el hogar (p. ej., detectores de humo, detectores de monóxido de carbono, extintores).

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA AUTOESTIMA

- Observar las afirmaciones del paciente sobre su propia valía.
- Determinar el locus de control del paciente.
- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.
- Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente.
- Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Abstenerse de realizar críticas negativas.
- Ayudar al paciente a afrontar los abusos o las burlas.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LAS HABILIDADES DEL AUTOCUIDADO

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 5: Autocuidado

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
patrón de realización independiente de las actividades dela vida diaria, que puede fortalecerse		1	Deseos de mejorar la competencia alimentaria.	
		2	Deseos de mejorar la competencia en el baño.	
		3	Deseos de mejorar la competencia en el vestir.	
		4	Deseos de mejorar la competencia de aseo.	
		5	Deseos de mejorar la competencia para usar el inodoro.	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	AUTONOMÍA PERSONAL	1.1 Toma decisiones vitales informadas. 1.2 Afirma las preferencias personales. 1.3 Participa en las decisiones de los cuidados de salud. 1.4 Expresa satisfacción con las elecciones de vida.	1 Problema presente (comprometido).
2	2	CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	2.1 Come 2.2 Cambia de postura solo 2.3 Realiza la higiene 2.4 Uso del inodoro	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	CONDUCTA DE FAVORECIMIENTO DE LA SALUD	3.1 Utiliza conductas para evitar los riesgos 3.2 Equilibra la actividad y el descanso 3.3 Utiliza el apoyo social para fomentar la salud 3.4 Monitoriza el entorno para detectar riesgos	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LAS HABILIDADES DEL AUTOCUIDADO

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

- Tener en cuenta la cultura y la edad a la hora de favorecer las actividades de autocuidado.
- Determinar las necesidades de cambios relacionados con la seguridad en el hogar (p. ej., marcos de puerta más anchos para permitir el acceso de la silla de ruedas al cuarto de baño, eliminación de alfombrillas).
- Ayudar a aceptar las necesidades de dependencia.
- Utilizar la repetición constante de rutinas de salud como medio para establecerlas.
- Animar a realizar las actividades normales de la vida diaria a su nivel de capacidad.
- Fomentar la independencia, pero intervenir cuando sea incapaz de realizar las tareas.
- Instruir a la familia para que fomente la independencia, y que intervenga solo cuando sea incapaz de realizarlas.
- Dar instrucciones sobre el almacenamiento adecuado y seguro de los medicamentos.
- Instruir sobre el uso adecuado del equipo de monitorización (p. ej., dispositivo de monitorización de la glucosa, lancetas).
- Instruir sobre los métodos apropiados para vendar heridas y la eliminación adecuada de los apósitos sucios.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA INDIVIDUAL

- Determinar la preparación del paciente para aprender.
- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
- Valorar el nivel educativo del paciente.
- Valorar las capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.
- Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).
- Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados/aprendizaje de salud y metas conflictivas).
- Mejorar la disponibilidad del paciente para aprender, según corresponda.
- Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.
- Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.
- Determinar la secuencia de presentación de la información.
- Valorar el estilo de aprendizaje del paciente.

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Identificar los grupos de riesgo y rangos de edad que se benefician más de la educación sanitaria.
- Identificar factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Ayudar a las personas, familia y comunidades para clarificar las creencias y valores sanitarios.
- Formular los objetivos del programa de educación para la salud.
- Identificar los recursos (personal, espacio, equipo, dinero). Necesarios para llevar a cabo el programa.
- Colocar publicidad atractiva de forma estratégica para llamar la atención de la audiencia diana.
- Incorporar estrategias para potenciar la autoestima de la audiencia diana.
- Mantener una presentación centrada, corta y que comience y termine con el tema principal.
- Utilizar conferencias para proporcionar el máximo de información, cuando corresponda.
- Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DEL A CAPACIDAD PARA BAÑARSE

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 5: Autocuidado

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Disminución de la competencia asociada a la limpieza del cuerpo de forma independiente	1	Dificultad para acceder al baño	
	2	Dificultad para lavar su cuerpo	
	3	Dificultad para para realizar las acciones de baño en la secuencia adecuada	
	4	Dificultad para secar el cuerpo	
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Ansiedad	1 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: BAÑO	1.1 Entra y sale del cuarto de baño 1.2 Consigue artículos de baño 1.3 Se baña en la ducha 1.4 Se seca el cuerpo	1 Problema presente (comprometido).
2 Deterioro de la movilidad física	2 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: HIGIENE	2.1 Se lava las manos 2.2 Mantiene la higiene bucal 2.3 Mantiene un aspecto pulcro 2.4 Mantiene la higiene corporal	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Debilidad	3 MOTIVACIÓN	3.1 Obtiene el apoyo necesario	3 Problema resuelto.
		3.2 Planes para el futuro	
		3.3 Elabora un plan de acción	
4 Deterioro del confort físico		3.4 Inicia por propia iniciativa una conducta dirigida a un objetivo	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DEL A CAPACIDAD PARA BAÑARSE

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

- Determinar el nivel de ayuda necesario para las actividades de autocuidado o las actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., ir de compras, cocinar, tareas domésticas, lavandería, uso del transporte, manejo del dinero, manejo de la medicación, uso de la comunicación, uso del tiempo).
- Tener en cuenta la cultura y la edad a la hora de favorecer las actividades de autocuidado.
- Determinar las necesidades de cambio relacionados con la seguridad en el hogar (p. ej., marcos de puerta más anchos para permitir el acceso de la silla de ruedas al cuarto de baño, eliminación de alfombrillas).
- Determinar las necesidades de mejoras en el hogar (p. ej., lavandería y otras instalaciones situadas en la planta principal, barandillas laterales en los pasillos, barras de apoyo en los baños).
- Determinar los recursos económicos y las preferencias personales en relación con las modificaciones del hogar o los cuidados.
- Verificar la presencia de equipos de seguridad en el hogar (p. ej. detectores de humo, detectores de monóxido de carbono, extintores).

INTERVENCIÓN (NIC):

ESTIMULACIÓN COGNITIVA

- Consultar con la familia para establecer el nivel basal cognitivo del paciente.
- Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan amenazas.
- Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.
- Presentar los cambios de manera gradual.
- Proporcionar un calendario.
- Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente.
- Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.
- Hablar con el paciente.
- Mostrar sensibilidad por parte del cuidador, respondiendo con rapidez y de forma apropiada a las indicaciones del paciente.
- Estimular el desarrollo participando en actividades para aumentar los logros y el aprendizaje satisfaciendo las necesidades del paciente

INTERVENCIÓN (NIC):

FACILITACIÓN DE LA AUTORRESPONSABILIDAD

- Considerar responsable al paciente de su propia conducta.
- Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.
- Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.
- Fomentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.
- Ayudar a los pacientes a identificar las áreas en las que podrían fácilmente asumir más responsabilidad.
- Fomentar el establecimiento de metas.
- Facilitar al paciente y a su familia la toma decisiones con respecto a su cuidado, según sea apropiado.
- Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda llevarla a cabo.
- Asegurar que los pacientes y los miembros de la familia tengan los recursos apropiados para asumir más responsabilidad.
- Discutir las consecuencias de no asumir las propias responsabilidades.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD PARA VESTIRSE

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 5: Autocuidado

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Disminución de la competencia asociada a ponerse o quitarse la ropa de forma independiente		1	Dificultad para ponerse varias prendas	
		2	Dificultad para quitarse una prenda de ropa	
		3	Dificultad para juntar su ropa	
		4	Dificultad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo	
		5	Dificultad para ponerse la ropa en la parte superior del cuerpo	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Ansiedad	1 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: VESTIR	1.1 Selecciona la ropa	1 Problema presente (comprometido).
			1.2 Recoge la ropa	
			1.3 Se pone ropa en la parte superior del cuerpo	
			1.4 Se pone ropa en la parte inferior del cuerpo	
2	Disminución de la motivación	2 NIVEL DE MALESTAR	2.1 Dolor	2 Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Ansiedad	
			2.3 Taquicardia	
			2.4 Sufrimiento	
3	Dolor	3 NIVEL DE DEMENCIA	3.1 Dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria	3 Problema resuelto.
			3.2 Dificultad para la resolución de problemas	
			3.3 Dificultad para procesar la información	
			3.4 Dificultad para expresar las necesidades	
4	Disminución de la tolerancia a la actividad			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD PARA VESTIRSE

INTERVENCIÓN (NIC):

VESTIR

- Tener en cuenta la cultura y la edad a la hora de favorecer actividades para vestirse.
- Programar el momento de vestirse o desvestirse cuando no esté fatigado, a menudo con el baño.
- Administrar analgesia, si es necesario.
- Dejar tiempo suficiente para prestar los cuidados.
- Preservar el pudor de la persona no desvestiéndola innecesariamente.
- Cerrar la puerta o correr las cortinas cuando se desvista a la persona.
- Mantener la habitación caliente para mayor comodidad.
- Identificar las áreas en las que la persona puede vestirse de forma independiente.
- Animar a hacer todo lo posible para aumentar la independencia y levantar la moral, según proceda.
- Hablar con la persona durante el proceso para disipar ansiedades y vergüenzas.
- Utilizar instrucciones claras y sencillas para las personas con déficit cognitivo.
- No precipitarse durante el procedimiento.
- Informar de la ropa disponible para la selección, proporcionando ropa personal según proceda.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

- Determinar el nivel de ayuda necesario para las actividades de autocuidado o las actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., ir de compras, cocinar, tareas domésticas, lavandería, uso del transporte, manejo del dinero, manejo de la medicación, uso de la comunicación, uso del tiempo).
- Tener en cuenta la cultura y la edad a la hora de favorecer las actividades de autocuidado.
- Determinar las necesidades de cambios relacionados con la seguridad en el hogar (p. ej., marcos de puerta más anchos para permitir el acceso de la silla de ruedas al cuarto de baño, eliminación de alfombrillas).
- Determinar las necesidades de mejoras en el hogar (p. ej., lavandería y otras instalaciones situadas en la planta principal, barandillas laterales en los pasillos, barras de apoyo en los baños).
- Ayudar a aceptar las necesidades de dependencia.
- Utilizar la repetición constante de rutinas de salud como medio para establecerlas.

INTERVENCIÓN (NIC):

RESTRICCIÓN FÍSICA

- Obtener una orden del médico o consultar con un médico una hora antes de que se inicie la inmovilización.
- Renovar las órdenes de restricción física de acuerdo con las normas del centro y código deontológico profesional.
- Asegurarse de que la evaluación cara a cara sea realizada por un profesional debidamente acreditado dentro de la primera hora de haber iniciado el uso de restricciones físicas.
- Evaluar la necesidad de restricción cada hora.
- Proporcionar al paciente un ambiente íntimo, aunque adecuadamente supervisado, en situaciones en las que el sentido de dignidad del paciente pueda verse disminuido por el uso de restricción física.
- Asignar el personal suficiente para ayudar en la aplicación segura de los dispositivos de restricción mecánicos o manuales.
- Designar a un miembro del personal de enfermería para que dirija al personal y se comunique con el paciente durante la aplicación de la restricción física.
- Utilizar una restricción adecuada cuando se sujete manualmente al paciente en situaciones de emergencia o durante el transporte.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE ALIMENTACIÓN

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 5: Autocuidado

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Disminución de la competencia asociada a alimentarse de forma independiente		1	Dificultad para llevar la comida a la boca	
		2	Dificultad para comer de forma aceptable	
		3	Dificultad para utilizar un dispositivo de asistencia	
		4	Dificultad de comer de forma aceptable	
		5	Dificultad para poner comida en los utensilios	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Ansiedad	1 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: COMER	1.1 Prepara los alimentos para su ingestión	1 Problema presente (comprometido).
			1.2 Utiliza cubiertos	
			1.3 Se lleva la comida a la boca	
			1.4 Mastica la comida	
2	Disminución de la tolerancia a la actividad	2 ESTADO DE DEGLUCIÓN	2.1 Mantiene los alimentos en la boca	2 Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Capacidad de masticación	
			2.3 Capacidad para limpiar la cavidad oral	
			2.4 Maneja las secreciones orales	
3	Deterioro del confort físico	3 ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS	3.1 Ingesta oral de alimentos	3 Problema resuelto.
			3.2 Ingesta oral de líquidos	
			3.3 Alimentación por sonda	
			3.4 Aporte mediante nutrición parenteral	
4	Debilidad			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE ALIMENTACIÓN

INTERVENCIÓN (NIC):

ALIMENTACIÓN

- Identificar la dieta prescrita.
- Disponer la bandeja de comida y la mesa de forma atractiva.
- Determinar las preferencias alimentarias, culturales o religiosas e incorporarlas a las rutinas de alimentación.
- Crear un ambiente placentero durante la comida, retirando el equipo y los suministros innecesarios.
- Proporcionar una analgesia adecuada antes de las comidas, según corresponda.
- Facilitar la higiene bucal después de las comidas, según sea necesario.
- Identificar la presencia del reflejo de deglución, si fuera necesario.
- Disponer los alimentos en la bandeja como prefiera (p. ej., cortar carne, abrir paquetes).
- Evitar colocar los alimentos en el lado ciego.
- Describir la ubicación de los alimentos en la bandeja a la persona con problemas de visión.
- Colocar en una posición cómoda para comer.
- Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA NUTRICIÓN

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
- Determinar las preferencias alimentarias del paciente.
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).
- Ayudar al paciente a determinar las directrices o las pirámides de alimentos (p. ej., pirámide de alimentos vegetarianos, pirámide de los alimentos y pirámide de alimentos para personas mayores de 70 años) más adecuadas para satisfacer las necesidades y preferencias nutricionales.
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL

- Pesar al paciente.
- Monitorizar el crecimiento y desarrollo.
- Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (p. ej., índice de masa corporal, medición de la cintura y medición de los pliegues cutáneos).
- Monitorizar las tendencias de pérdida y ganancia de peso (es decir, en pacientes pediátricos, marcar la talla y el peso en una gráfica de peso estandarizada).
- Identificar los cambios recientes del peso corporal.
- Determinar la cantidad apropiada de ganancia de peso durante el período previo al parto.
- Monitorizar la turgencia y movilidad cutáneas.
- Identificar las anomalías de la piel (p. ej., hematomas excesivos, mala cicatrización de las heridas y hemorragia).
- Identificar las anomalías del pelo (p. ej., seco, fino, tosco, y rotura fácil).
- Monitorizar la presencia de náuseas y vómitos.
- Identificar las anomalías de la defecación (p. ej., diarrea, sangre, moco y defecación irregular o dolorosa).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE ASEO

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 5: Autocuidado

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Disminución de la competencia asociada al mantenimiento de la apariencia de forma independiente	1	Dificultad para aplicarse productos corporales	
	2	Dificultad para cepillarse los dientes	
	3	Dificultad para peinarse	
	4	Dificultad para lavar su cara	
	5	Dificultad para realizar las acciones de aseo en la secuencia adecuada	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Dolor	1 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO	1.1 Se baña solo 1.2 Mantiene aseo personal 1.3 Se viste solo 1.4 Mantiene la higiene bucal	1 Problema presente (comprometido).
2 Ansiedad	2 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: HIGIENE	2.1 Mantiene la higiene bucal 2.2 Mantiene la higiene corporal 2.3 Mantiene un aspecto pulcro 2.4 Se lava las manos	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Deterioro de la movilidad física	3 ESTADO DE SALUD PERSONAL	3.1 Nivel de energía 3.2 Nivel de movilidad 3.3 Nivel de forma física 3.4 Control del dolor	3 Problema resuelto.
4 Debilidad			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE ASEO

INTERVENCIÓN (NIC):

FACILITACIÓN DE LA AUTORRESPONSABILIDAD

- Considerar responsable al paciente de su propia conducta.
- Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.
- Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.
- Fomentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.
- Ayudar a los pacientes a identificar las áreas en las que podrían fácilmente asumir más responsabilidad.
- Fomentar el establecimiento de metas.
- Facilitar al paciente y a su familia la toma de decisiones con respecto a su cuidado, según sea apropiado.
- Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda llevarla a cabo.
- Asegurar que los pacientes y los miembros de la familia tengan los recursos apropiados para asumir más responsabilidad.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

- Determinar el nivel de ayuda necesario para las actividades de autocuidado o las actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., ir de compras, cocinar, tareas domésticas, lavandería, uso del transporte, manejo del dinero, manejo de la medicación, uso de la comunicación, uso del tiempo).
- Tener en cuenta la cultura y la edad a la hora de favorecer las actividades de autocuidado.
- Determinar las necesidades de cambios relacionados con la seguridad en el hogar (p. ej., marcos de puerta más anchos para permitir el acceso de la silla de ruedas al cuarto de baño, eliminación de alfombrillas).
- Determinar las necesidades de mejoras en el hogar (p. ej., lavandería y otras instalaciones situadas en la planta principal, barandillas laterales en los pasillos, barras de apoyo en los baños).
- Determinar los recursos económicos y las preferencias personales en relación con las modificaciones del hogar o los cuidados.
- Verificar la presencia de equipos de seguridad en el hogar (p. ej., detectores de humo, detectores de monóxido de carbono, extintores).
- Verificar la idoneidad de la iluminación en toda la casa, especialmente en las zonas de trabajo (p. ej., cocina, baño) y por la noche (p. ej., lámparas de noche colocadas adecuadamente).

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras sueltas, muebles móviles).
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, según corresponda.
- Acompañar en las actividades realizadas fuera de la unidad, según corresponda.
- Disponer de camas de baja altura, para cuando se precise.
- Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas), según corresponda.
- Colocar los muebles en la habitación de una manera que se acomode mejor a las discapacidades.
- Facilitar tubuladuras suficientemente largas que permitan libertad de movimientos, según corresponda.
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.
- Proporcionar una habitación individual, si está indicado.
- Al escoger compañeros de habitación tener en cuenta la estética del entorno.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD PARA IR AL BAÑO

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 5: Autocuidado

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Disminución de la competencia asociada a la realización de tareas de eliminación de forma independiente	1	Dificultad para vaciar el sanitario	
	2	Dificultad para levantarse del sanitario	
	3	Dificultad para sentarse en el sanitario	
	4	Dificultad para llegar al sanitario	
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Ansiedad	1 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: USO DEL INODORO	1.1 Responde a la repleción vesical en el momento Oportuno 1.2 Responde a la necesidad de defecar en el momento oportuno 1.3 Vacía la vejiga 1.4 Se limpia después de orinar	1 Problema presente (comprometido).
2 Disminución de la motivación	2 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: HIGIENE	2.1 Se lava las manos 2.2 Utiliza champú para el cabello 2.3 Mantiene un aspecto pulcro 2.4 Mantiene la higiene corporal	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Deterioro del confort físico			
4 Deterioro de la movilidad física	3 MOVIMIENTO COORDINADO	3.1 Fuerza de contracción muscular 3.2 Tono muscular 3.3 Movimiento equilibrado 3.4 Suavidad del movimiento	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD PARA IR AL BAÑO

INTERVENCIÓN (NIC):

**AYUDA CON EL AUTOCUIDADO:
MICCIÓN/DEFECACIÓN**

- Considerar la cultura del paciente a la hora de favorecer las actividades de autocuidado.
- Considerar la edad del paciente al favorecer las actividades de autocuidado.
- Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.
- Ayudar al paciente a utilizar el inodoro/inodoro portátil/cuña para fracturas/orinal a intervalos especificados.
- Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad.
- Proporcionar intimidad durante la eliminación.
- Facilitar la higiene de los aseos una vez finalizada la eliminación.
- Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.
- Limpiar el inodoro/utensilio de eliminación (inodoro de cabecera, orinal).
- Instituir un horario para ir al baño, según proceda.
- Instruir al paciente/otras personas adecuadas en la rutina de ir al baño.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: INDIVIDUAL

- Determinar la preparación del paciente para aprender.
- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
- Valorar el nivel educativo del paciente.
- Valorar las capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.
- Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).
- Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados/aprendizaje de salud y metas conflictivas).
- Mejorar la disponibilidad del paciente para aprender, según corresponda.
- Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.
- Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física,
- cognitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras sueltas, muebles móviles).
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, según corresponda.
- Acompañar en las actividades realizadas fuera de la unidad, según corresponda.
- Disponer de camas de baja altura, para cuando se precise.
- Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas), según corresponda.
- Colocar los muebles en la habitación de una manera que se acomode mejor a las discapacidades.
- Facilitar tubuladuras suficientemente largas que permitan libertad de movimientos, según corresponda.
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.
- Proporcionar una habitación individual, si está indicado.
- Al escoger compañeros de habitación tener en cuenta la estética del entorno.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONDUCTAS INEFICACES DE HIGIENE BUCAL

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 5: Autocuidado

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Dificultad para utilizar sistemáticamente prácticas y hábitos que reducen en el mantenimiento de la salud bucal	1	Ausencia de dientes	
	2	Dolor dental	
	3	Compromiso inadecuado con el seguimiento del cuidado	
	4	Caries dental	
	5	Dificultad para masticar la comida	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Disminución de motivación	1 CONDUCTA DE BÚSQUEDA DE LA SALUD	1.1 Realiza actividades relacionadas con la salud 1.2 Obtiene ayuda de un profesional sanitario 1.3 Busca ayuda cuando la necesita 1.4 Describe estrategias para eliminar conductas poco saludables	1 Problema presente (comprometido).
2 Conocimiento inadecuado sobre la salud dental	2 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: HIGIENE ORAL	2.1 Se cepilla los dientes 2.2 Se limpia los dientes con seda dental 2.3 Se limpia la boca, las encías y la lengua 2.4 Recibe cuidados dentales periódicos	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Disminución de la motivación			
4 Demandas competitivas	3 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO	3.1 Mantiene el aseo personal 3.2 Mantiene la higiene bucal 3.3 Reconoce las necesidades de seguridad en el hogar 3.4	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONDUCTAS INEFICACES DE HIGIENE BUCAL

INTERVENCIÓN (NIC):

MANTENIMIENTO DE LA SALUD ORAL

- Establecer una rutina de cuidados orales que incluya inspecciones orales periódicas con herramientas de medición de la salud oral.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.
- Monitorizar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes.
- Animar y ayudar a lavarse la boca si puede.
- Facilitar el cepillado de los dientes y el uso del hilo dental a intervalos regulares (p. ej., después de las comidas, antes de acostarse).
- Animar a los padres a que los niños empiecen a cepillarse los dientes y a usar hilo dental con regularidad en la edad preescolar.
- Recomendar el uso de cepillos de cerdas suaves.
- Enseñar a cepillarse los dientes, las encías y la lengua.
- Instruir sobre la técnica correcta de cepillado dental necesario para la higiene oral.
- Instruir y ayudar a realizar la higiene oral después de comer y con la frecuencia necesaria

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Identificar los grupos de riesgo y rangos de edad que se beneficien más de la educación sanitaria.
- Determinar las necesidades identificadas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, Personas Saludables 2030: Objetivos Nacionales de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, u otras necesidades locales, autonómicas y nacionales.
- Identificar los factores internos y externos individuales, grupales o comunitarios que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Determinar el tipo y el enfoque del programa de educación sanitaria (p. ej., salud física, salud social, salud emocional y mental, salud espiritual).
- Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta de salud.
- Determinar el conocimiento de salud actual y las conductas del estilo de vida.
- Ayudar a clarificar las creencias y valores de salud.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD

- Evaluar el nivel actual de conocimientos relacionados con el proceso específico de la enfermedad.
- Describir los signos y síntomas habituales de la enfermedad, según proceda.
- Explicar lo que ya se ha hecho para tratar los síntomas.
- Describir el proceso de la enfermedad, según proceda.
- Identificar posibles etiologías, según proceda.
- Proporcionar información sobre la enfermedad, según proceda.
- Identificar los cambios en el estado físico de la persona.
- Evitar las palabras tranquilizadoras vacías.
- Proporcionar información real sobre el pronóstico y la afección, según proceda.
- Proporcionar a la familia y a otros allegados información sobre la evolución, según proceda.
- Proporcionar información sobre las medidas diagnósticas disponibles, según proceda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE CONDUCTAS INEFICACES DE HIGIENE BUCAL

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 5: Autocuidado

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de tener dificultades para utilizar sistemáticamente prácticas y hábitos que reducen en el mantenimiento de la salud bucal	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Ansiedad	1 CONDUCTA DE BÚSQUEDA DE LA SALUD	1.1 Realiza actividades relacionadas con la salud 1.2 Busca ayuda cuando la necesita 1.3 Describe estrategias para eliminar conductas poco saludables 1.4 Obtiene ayuda de un profesional sanitario	1 Problema presente (comprometido).
2 Conocimientos inadecuados del cuidador (a) sobre la salud dental	2 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO	2.1 Mantiene el aseo personal 2.2 Mantiene la higiene bucal 2.3 Reconoce las necesidades de seguridad en el hogar 2.4	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Dentofobia desatendida			
4 Disminución de la motivación	3 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: HIGIENE ORAL	3.1 Se cepilla los dientes 3.2 Se limpia los dientes con seda dental 3.3 Se limpia la boca, las encías y la lengua 3.4 Recibe cuidados dentales periódicos	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE CONDUCTAS INEFICACES DE HIGIENE BUCAL

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Identificar los grupos de riesgo y rangos de edad que se beneficien más de la educación sanitaria.
- Determinar las necesidades identificadas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, Personas Saludables 2030: Objetivos Nacionales de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, u otras necesidades locales, autonómicas y nacionales.
- Identificar los factores internos y externos individuales, grupales o comunitarios que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Determinar el tipo y el enfoque del programa de educación sanitaria (p. ej., salud física, salud social, salud emocional y mental, salud espiritual).
- Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta de salud.
- Determinar el conocimiento de salud actual y las conductas del estilo de vida.
- Ayudar a clarificar las creencias y valores de salud.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANTENIMIENTO DE LA SALUD ORAL

- Establecer una rutina de cuidados orales que incluya inspecciones orales periódicas con herramientas de medición de la salud oral.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.
- Monitorizar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes.
- Animar y ayudar a lavarse la boca si puede.
- Facilitar el cepillado de los dientes y el uso del hilo dental a intervalos regulares (p. ej., después de las comidas, antes de acostarse).
- Animar a los padres a que los niños empiecen a cepillarse los dientes y a usar hilo dental con regularidad en la edad preescolar.
- Recomendar el uso de cepillos de cerdas suaves.
- Enseñar a cepillarse los dientes, las encías y la lengua.
- Instruir sobre la técnica correcta de cepillado dental necesario para la higiene oral.
- Instruir y ayudar a realizar la higiene oral después de comer y con la frecuencia necesaria

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD

- Evaluar el nivel actual de conocimientos relacionados con el proceso específico de la enfermedad.
- Describir los signos y síntomas habituales de la enfermedad, según proceda.
- Explicar lo que ya se ha hecho para tratar los síntomas.
- Describir el proceso de la enfermedad, según proceda.
- Identificar posibles etiologías, según proceda.
- Proporcionar información sobre la enfermedad, según proceda.
- Identificar los cambios en el estado físico de la persona.
- Evitar las palabras tranquilizadoras vacías.
- Proporcionar información real sobre el pronóstico y la afección, según proceda.
- Proporcionar a la familia y a otros allegados información sobre la evolución, según proceda.
- Proporcionar información sobre las medidas diagnósticas disponibles, según proceda.

Dominio 5

Percepción/cognición

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONFUSIÓN AGUDA

DOMINIO 5: Percepción/cognición

CLASE 4: Cognición

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Trastornos reversibles de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo y duran menos de 3 meses		1	Pensamiento desorganizado		
		2	desorientación respecto a la persona		
		3	Desordenación respecto al lugar		
		4	Ilusiones		
		5	Deterioro de la atención		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Privación sensorial ambiental	1	COGNICIÓN	1.1 Procesa información 1.2 Comprende el significado de las situaciones 1.3 Muestra atención 1.4 Toma decisiones apropiadas	1 Problema presente (comprometido).
2	Dolor intenso	2	AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO	2.1 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas Delirantes 2.2 No hace caso a las alucinaciones o ideas Delirantes 2.3 No responde a las alucinaciones o ideas Delirantes 2.4 Monitoriza la frecuencia de las alucinaciones o ideas delirantes	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Falta de sueño	3	ORIENTACIÓN COGNITIVA	3.1 Se identifica a sí mismo 3.2 Identifica a sus seres queridos 3.3 Identifica el lugar donde está 3.4 Identifica acontecimientos actuales significativos	3 Problema resuelto.
4	Sobre estimulación sensorial ambiental				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONFUSIÓN AGUDA

INTERVENCIÓN (NIC):

ORIENTACIÓN EN LA REALIDAD

- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.
- cercarse al paciente despacio y de frente.
- Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente.
- Disponer un enfoque de la situación que sea congruente (firmeza amable, amistad activa, amistad pasiva, hechos concretos y nada de exigencias) que refleje las necesidades y las capacidades particulares del paciente.
- Hacer las preguntas de una en una.
- Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad (p. ej., cuestiones de orientación repetidas que no puedan responderse, pensamiento abstracto cuando el paciente puede pensar solo en términos concretos, actividades que no puedan realizarse, toma de decisiones más allá de su preferencia o capacidad).

INTERVENCIÓN (NIC):

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.
- Favorecer y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Instruir sobre la finalidad de cada medicamento y responder a las preguntas de forma adecuada.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicación (es decir, persona correcta, medicación correcta, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Preparar la medicación solo para una persona cada vez.

INTERVENCIÓN (NIC):

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

- Identificar los factores de riesgo del consumo de sustancias (p. ej., conductas desadaptadas, acontecimientos vitales negativos, conflictos familiares, abuso infantil y abandono).
- Explicar las causas y consecuencias del abuso de sustancias.
- Aconsejar sobre cómo hacer frente a niveles crecientes de estrés.
- Ayudar a la persona a utilizar estrategias para reducir la ansiedad.
- Aconsejar cómo prepararse, afrontar o evitar acontecimientos difíciles o emocionalmente dolorosos, o situaciones irritantes o frustrantes.
- Ayudar a reducir el aislamiento social, según proceda.
- Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida.
- Participar en programas de prevención del abuso de sustancias basados en la evidencia (p. ej., formación en habilidades para la vida, formación en habilidades sociales, programa de mejora de la competencia, formación en habilidades de resistencia social)

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE CONFUSIÓN AGUDA

DOMINIO 5: Percepción/cognición

CLASE 4: Cognición

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a la aparición de trastornos reversibles de la conciencia, la atención, el conocimiento y la percepción, que se desarrollan en un corto periodo de tiempo		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Privación sensorial ambiental	1 AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO	1.1 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas Delirantes	1 Problema presente (comprometido).
			1.2 No hace caso a las alucinaciones o ideas Delirantes	
			1.3 No responde a las alucinaciones o ideas Delirantes	
			1.4 Monitoriza la frecuencia de las alucinaciones o ideas delirantes	
2	Sobreestimulación sensorial ambiental	2 ORIENTACIÓN COGNITIVA	2.1 Se identifica a sí mismo	2 Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Identifica a sus seres queridos	
			2.3 Identifica acontecimientos actuales significativos	
			2.4 Identifica el lugar donde está	
3	Abuso de sustancias	3 COGNICIÓN	3.1 Procesa información	3 Problema resuelto.
			3.2 Comprende el significado de las situaciones	
			3.3 Muestra atención	
			3.4 Toma decisiones apropiadas	
4	Dolor intenso			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE CONFUSIÓN AGUDA

INTERVENCIÓN (NIC):

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.
- Favorecer y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Instruir sobre la finalidad de cada medicamento y responder a las preguntas de forma adecuada.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicación (es decir, persona correcta, medicación correcta, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Preparar la medicación solo para una persona cada vez.

INTERVENCIÓN (NIC):

ORIENTACIÓN EN LA REALIDAD

- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.
- Cercarse al paciente despacio y de frente.
- Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente.
- Disponer un enfoque de la situación que sea congruente (firmeza amable, amistad activa, amistad pasiva, hechos concretos y nada de exigencias) que refleje las necesidades y las capacidades particulares del paciente.
- Hacer las preguntas de una en una.
- Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad (p. ej., cuestiones de orientación repetidas que no puedan responderse, pensamiento abstracto cuando el paciente puede pensar solo en términos concretos, actividades que no puedan realizarse, toma de decisiones más allá de su preferencia o capacidad).

INTERVENCIÓN (NIC):

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

- Identificar los factores de riesgo del consumo de sustancias (p. ej., conductas desadaptadas, acontecimientos vitales negativos, conflictos familiares, abuso infantil y abandono).
- Explicar las causas y consecuencias del abuso de sustancias.
- Aconsejar sobre cómo hacer frente a niveles crecientes de estrés.
- Ayudar a la persona a utilizar estrategias para reducir la ansiedad.
- Aconsejar cómo prepararse, afrontar o evitar acontecimientos difíciles o emocionalmente dolorosos, o situaciones irritantes o frustrantes.
- Ayudar a reducir el aislamiento social, según proceda.
- Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida.
- Participar en programas de prevención del abuso de sustancias basados en la evidencia (p. ej., formación en habilidades para la vida, formación en habilidades sociales, programa de mejora de la competencia, formación en habilidades de resistencia social)

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONFUSIÓN CRÓNICA

DOMINIO 5: Percepción/ cognición

CLASE 4: Cognición

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Alteraciones irreversibles. Progresivas e insidiosas de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción, que duran más de 3 meses		1	Alteraciones de la personalidad	
		2	Dificultad para tomar decisiones	
		3	Cambio de comportamiento	
		4	Discurso incoherente	
		5	Pérdida de la memoria a largo plazo	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Abuso de sustancias	1 FUNCIÓN NEUROLÓGICA: CONSCIENCIA	1.1 Responde a estímulos auditivos 1.2 Orientación cognitiva 1.3 Obedece órdenes 1.4 Atiende a los estímulos del entorno	1 Problema presente (comprometido).
2	Estimulación sensorial ambiental inadecuada	2 AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO	2.1 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes 2.2 Mantiene un afecto congruente con su estado de ánimo 2.3 Interacciona adecuadamente con los demás 2.4 Describe el contenido de las alucinaciones o ideas delirantes	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Aflicción crónica	3 COGNICIÓN	3.1 Muestra atención 3.2 Se concentra 3.3 Se comunica adecuadamente para su edad 3.4 Procesa información	3 Problema resuelto.
4	Comportamientos sedentarios			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONFUSIÓN AGUDA

INTERVENCIÓN (NIC):

ORIENTACIÓN EN LA REALIDAD

- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.
- Acercarse al paciente despacio y de frente.
- Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente.
- Disponer un enfoque de la situación que sea congruente (firmeza amable, amistad activa, amistad pasiva, hechos concretos y nada de exigencias) que refleje las necesidades y las capacidades particulares del paciente.
- Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuados.
- Hacer las preguntas de una en una.
- Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad (p. ej., cuestiones de orientación repetidas que no puedan responderse, pensamiento abstracto cuando el paciente puede pensar solo en términos concretos, actividades que no puedan realizarse, toma de decisiones más allá de su preferencia o capacidad).
- Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo, si es necesario.
- Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente (p. ej., proporcionar una explicación alternativa, evitar discutir y evitar intentos de convencer al paciente).

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras sueltas, muebles móviles).
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales el acolchamiento de barandillas, según corresponda.
- Acompañar en las actividades realizadas fuera de la unidad, según corresponda.
- Disponer de camas de baja altura, para cuando se precise.
- Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas), según corresponda.
- Colocar los muebles en la habitación de una manera que se acomode mejor a las discapacidades.
- Facilitar tubuladuras suficientemente largas que permitan libertad de movimientos, según corresponda.
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.

INTERVENCIÓN (NIC):

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.
- Favorecer y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Instruir sobre la finalidad de cada medicamento y responder a las preguntas de forma adecuada.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicación (es decir, persona correcta, medicación correcta, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Preparar la medicación solo para una persona cada vez.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONTROL DE IMPULSO INEFICAZ

DOMINIO 5: Percepción/cognición

CLASE 4: Cognición

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de reacciones insatisfactorias, rápidas, imprevistas e incontrolables ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas.	1	Hacer preguntas personales a otros a pesar de su malestar	
	2	Conducta peligrosa	
	3	Divulgación inapropiada de datos	
	4	Estado de ánimo irritable	
	5	Explosiones de mal humor	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Confusión	1 AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS	1.1 Actuación impulsiva 1.2 Conducta peligrosa 1.3 Estado de ánimo irritables 1.4 Impulsos explosivos repentinos	1 Problema presente (comprometido).
2 Desesperanza	2 AUTOCONTROL DE LA AGRESIÓN	2.1 Se abstiene de dañar a los demás 2.2 Se abstiene de destruir la propiedad 2.3 Controla los impulsos 2.4 Identifica cuando se enfada	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Deterioro de la memoria	3 AUTOCONTROL DE LA CONDUCTA ABUSIVA	3.1 Utiliza mecanismos alternativos para afrontar el estrés 3.2 Expresa frustración	3 Problema resuelto.
4 Abuso de sustancias		3.3 Control de los impulsos 3.4 Se abstiene de una conducta abusiva emocionalmente	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONTROL DE IMPULSO INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA PARA EL CONTROL DE LA IRA

- Establecer una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente.
- Utilizar un acercamiento que sea sereno y que dé seguridad.
- Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado, dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente.
- Limitar el acceso a situaciones frustrantes hasta que el paciente sea capaz de expresar el enfado de una manera adaptada a las circunstancias.
- Animar al paciente a que busque ayuda de parte del personal de enfermería u otras personas responsables durante los períodos en que aumente la tensión.
- Controlar el potencial de agresión inadecuada del paciente e intervenir antes de que se manifieste.
- Evitar daños físicos si el enfado se dirige a uno mismo o a otros (limitar y retirar los objetos potencialmente hirientes).
- Desaconsejar actividades intensas (p. ej., saco de arena de boxeo, caminar de un lado a otro, ejercicio excesivo).
- Enseñar métodos para modular la experiencia de la emoción intensa (p. ej., entrenar la asertividad, técnicas de relajación, escribir un diario, distracción).
- Proporcionar seguridad al paciente sobre la intervención del personal de cuidados para evitar que el paciente pierda el control.
- Animar a utilizar la colaboración para solucionar problemas.

INTERVENCIÓN (NIC):

INTERVENCIÓN EN CASO DE CRISIS

- Proporcionar un ambiente seguro y de apoyo.
- Determinar si hay un riesgo de seguridad para sí mismo o para otros.
- Utilizar un abordaje activo de manejo de crisis agudas, según sea necesario.
- Ayudar a la persona a sentirse segura y menos ansiosa.
- Favorecer la sensación de control y autoeficacia de la persona para que recupere el control lo antes posible.
- Escuchar con atención plena utilizando técnicas de comunicación (p. ej., contacto visual, compenetración, respuestas frecuentes para verificar y transmitir comprensión, resumir lo que dice la persona).
- Evitar dar falsas seguridades.
- Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva.
- Animar a utilizar los propios recursos para realizar cambios.
- Reconocer el tipo de crisis (p. ej., madurativa, situacional, adventicia) para ayudar a desarrollar un plan de cuidados centrado en la persona, según proceda.
- Monitorizar las reacciones cognitivas, emocionales y conductuales para ajustar las intervenciones en consecuencia.
- Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y de la dinámica de la crisis.
- Identificar si se ha acordado previamente un plan de crisis y si es aplicable en la situación actual.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

- Vigilar de forma sistemática el ambiente para mantenerlo libre de peligros.
- Registrar al paciente y sus pertenencias durante el procedimiento de ingreso por si tuviera armas o armas potenciales, según corresponda.
- Monitorizar la seguridad de los artículos que traen las visitas.
- Instruir a las visitas y demás cuidadores acerca de las cuestiones relevantes sobre la seguridad para el paciente.
- Limitar al paciente el uso de armas potenciales (objetos afilados y cuerdas).
- Vigilar al paciente durante la utilización de armas potenciales (cuchillas de afeitar).
- Colocar al paciente con riesgo de autolesión con un compañero para disminuir el aislamiento y la oportunidad de abandonarse a pensamientos de autolesión, si resulta oportuno.
- Asignar habitaciones individuales a los pacientes que puedan ser potencialmente violentos para los demás.
- Colocar al paciente en una habitación situada cerca del control de enfermería.
- Limitar el acceso a ventanas, a menos que estén cerradas y que sean irrompibles, según corresponda.
- Cerrar las habitaciones de útiles y el almacén.
- Utilizar platos de papel y utensilios de plástico durante las comidas.
- Colocar al paciente en un ambiente menos restrictivo que permita el nivel de observación necesario.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

PROCESOS DE PENSAMIENTO ALTERADOS

DOMINIO 5: Percepción /cognición

CLASE 4: Cognición

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Alteración de los procesos mentales implicados en el desarrollo de conceptos y categorías, el razonamiento y la resolución de problemas.		1	Dificultad para controlar los impulsos.	
		2	Dificultad para encontrar soluciones a situaciones cotidianas	
		3	Juicio deficiente.	
		4	Dificultad para tomar decisiones.	
		5	Obsesiones	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Confusión aguda.	1	CONOCIMIENTO: MANEJO DE LA ANSIEDAD 1.1 Impacto de la ansiedad sobre la capacidad de concentración. 1.2 Importancia de compartir los sentimientos con los demás. 1.3 Importancia de las relaciones sociales. 1.4 Signos y síntomas emocionales de la ansiedad	1 Problema presente (comprometido).
2	Desorientación.	2	MODIFICACIÓN PSICOSOCIAL: CAMBIO DE VIDA 2.1 Mantiene la autoestima. 2.2 Mantiene una imagen positiva de sí mismo. 2.3 Dice sentirse útil. 2.4 Monitoriza los cambios del estado de ánimo.	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Ansiedad excesiva.	3	CONOCIMIENTO: MANEJO DEL ESTRÉS 3.1 Factores que aumentan el estrés. 3.2 Efectos sobre el estilo de vida. 3.3 Enfoques de resolución de problemas. 3.4 Técnicas eficaces para reducir el estrés	3 Problema resuelto.
4	Estrés excesivo.			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

PROCESOS DE PENSAMIENTO ALTERADOS

INTERVENCIÓN (NIC):

ESTIMULACIÓN COGNITIVA

- Consultar con la familia para establecer el nivel basal cognitivo del paciente.
- Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan amenazas.
- Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.
- Presentar los cambios de manera gradual.
- Proporcionar un calendario.
- Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente.
- Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.
 - Hablar con el paciente.
- Mostrar sensibilidad por parte del cuidador, respondiendo con rapidez y de forma apropiada a las indicaciones del paciente.
- Estimular el desarrollo participando en actividades para aumentar los logros y el aprendizaje satisfaciendo las necesidades del paciente.
- Proporcionar estimulación cognitiva en el trabajo, como oportunidades de formación, riqueza cognitiva del contenido del trabajo, oportunidades para el crecimiento y la realización de multitareas

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.
- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.
- Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.
- Obtener el consentimiento informado, cuando se requiera.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Familiarizarse con la política y los procedimientos del centro.
- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.
- Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas.

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los procedimientos.
- Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre las situaciones estresantes.
- Proporcionar información respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con la persona para promover la seguridad y reducir la ansiedad.
- Animar a la familia a permanecer con la persona, cuando corresponda.
- Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.
- Administrar masajes en la espalda y el cuello, según corresponda.
- Fomentar la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado.
- Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista.
- Escuchar con atención.
- Reforzar el comportamiento, según corresponda.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONOCIMIENTOS DE SALUD INADECUADOS

DOMINIO 5: Percepción cognición

CLASE 4: Cognición

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Insuficiente adquisición, procesamiento, comprensión y/o recuerdo de información relacionada con un tema específico que afecta al propio bienestar.	1	Incapacidad para articular.	
	2	Incapacidad de repetir una actividad para mejorar el rendimiento.	
	3	Desempeño incorrecto de una prueba.	
	4	Conocimiento inadecuado de sí mismo para tomar decisiones en salud.	
	5	Conocimiento inadecuado de hábitos saludables.	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Ansiedad.	1 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD	1.1 Mantiene la concentración 1.2 Monitoriza las distorsiones con la percepción sensorial 1.3 Obtiene información para reducir la ansiedad 1.4 Conserva las relaciones sociales.	1 Problema presente (comprometido).
2 Síntomas depresivos.		2.1 Falta de atención 2.2 Dificultad para escuchar 2.3 Olvidos excesivos 2.4 Incapacidad para concentrarse en la tarea	
3 Acceso inadecuado de los recursos.	2 NIVEL DE DÉFICIT DE ATENCIÓN	3.1 Mantiene atención	
4 Información errónea.		3.2 Mantiene la concentración 3.3 Sigue ordenes de tres pasos 3.4 Responde a señales visuales	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONOCIMIENTOS DE SALUD INADECUADOS

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate (p. ej., qué ha pasado, cómo le ha hecho sentir, qué va a hacer a continuación).
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Centrarse en comprender las experiencias.
- Explorar qué ha desencadenado las emociones.
 - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Facilitar la identificación del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
- Explorar medidas para afrontar la situación.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Discutir las posibles consecuencias de no afrontar los sentimientos de culpa y vergüenza.
- - Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCION DE LA ANSIEDAD

- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los procedimientos.
- Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre las situaciones estresantes.
- Proporcionar información respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. D
- Permanecer con la persona para promover la seguridad y reducir la ansiedad.
- Animar a la familia a permanecer con la persona, cuando corresponda.
- Proporcionar objetos que simbolizen seguridad.
- Administrar masajes en la espalda y el cuello, según corresponda.
- Fomentar la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado.
- Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista.
- Escuchar con atención.
- Reforzar el comportamiento, según corresponda.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACION NEUROLOGICA

- Monitorizar el nivel de consciencia.
- Monitorizar el nivel de orientación.
- Monitorizar las tendencias de la Escala de Coma de Glasgow.
- Analizar la memoria reciente, el nivel de atención, la memoria pasada, el estado de ánimo, el afecto y las conductas.
- Monitorizar el sentido del olfato
- Monitorizar la presencia de trastornos visuales (p. ej., diplopía, nistagmo, recortes del campo visual, visión borrosa, agudeza visual).
- Monitorizar el tamaño, la forma, la simetría y la reactividad de la pupila.
- Monitorizar los músculos extra oculares y las características de la mirada.
- Monitorizar el seguimiento del movimiento de un objeto delante de sus ojos.
- Monitorizar el reflejo corneal.
- Monitorizar la simetría facial.
- Monitorizar la tos y el reflejo nauseoso.
- Monitorizar la protrusión de la lengua.
- Monitorizar el tono muscular, el movimiento, la marcha, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.
- Monitorizar la desviación de la pronación, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente. (arte rial, pulso, respiraciones).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONOCIMIENTO EN SALUD

DOMINIO 5: Percepción/cognición

CLASE 4: Cognición

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de adquisición, procesamiento, comprensión y recuerdo de información relacionada con un tema específico que afecta al propio bienestar, que puede fortalecerse.		1	Deseos de mejorar el seguimiento preciso de la instrucción	
		2	Deseos de mejorar las afirmaciones precisas sobre un tema	
		3	Deseos de mejorar el comportamiento apropiado	
		4	Deseos de mejorar el aprendizaje	
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	CONOCIMIENTO: MEDICACIÓN	1.1 Importancia de informar al profesional sanitario De toda la medicación actual. 1.2 Uso de ayudas para recordar. 1.3 Nombre correcto de la medicación. 1.4 Uso correcto de la medicación prescrita.	1 Problema presente (comprometido).
2	2	CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	2.1 Deambulación 2.2 Realiza la higiene 2.3 Cambia de postura solo 2.4 Uso del inodoro	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: HIGIENE	3.1 Mantiene un aspecto pulcro 3.2 Mantiene la higiene corporal 3.3 Se lava las manos 3.4 Utiliza champú para el cabello	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONOCIMIENTO EN SALUD

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: INDIVIDUAL

- Determinar la preparación del paciente para aprender.
- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
- Valorar el nivel educativo del paciente.
- Valorar las capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.
- Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).
- Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados/aprendizaje de salud y metas conflictivas).
- Mejorar la disponibilidad del paciente para aprender, según corresponda.
- Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.
- Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.
- Determinar la secuencia de presentación de la información.
- Valorar el estilo de aprendizaje del paciente.
- Seleccionar los métodos/estrategias adecuadas de enseñanza del paciente.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.
- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.
- Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.
- Obtener el consentimiento informado, cuando se requiera.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Familiarizarse con la política y los procedimientos del centro.
- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.
- Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO

- Proporcionar privacidad y confidencialidad.
- Transmitir autenticidad, calidez, sinceridad, interés y cariño incondicional.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Invitar a una conversación social para calmar la ansiedad.
- Invitar a describir las razones por las que busca asesoramiento.
- Determinar el propósito, los objetivos y la agenda de las sesiones de asesoramiento.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza, la empatía, la compasión y el respeto.
- Establecer la duración de las sesiones de asesoramiento y de la relación de asesoramiento.
- Establecer metas conjuntamente.
- Esforzarse por comprender las preocupaciones, los problemas y las dificultades.
- Ayudar a identificar el problema o la situación causante del sufrimiento.
- Determinar cómo pueden interferir los problemas en la vida diaria.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA MEMORIA

DOMINIO 5: Percepción/cognición

CLASE 4: Cognición

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Incapacidad persistente para adquirir o recordar partes de información o habilidades, mientras se mantiene la capacidad para realizar de forma independiente las actividades de la vida diaria.		1	Dificultad para adquirir una nueva habilidad.	
		2	Dificultad para recordar eventos.	
		3	Dificultad para recordar información fáctica.	
		4	Dificultad para recordar nombres familiares	
		5	Dificultad para retener nueva información.	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Disminución de la motivación.	1	FUNCIÓN NEUROLÓGICA	1 Problema presente (comprometido).
			1.1 Conciencia	
			1.2 Control motor central	
			1.3 Función sensitiva/motora de pares craneales.	
			1.4 Función autónoma	2 Problema parcialmente resuelto.
2	Disminución de la interacción social.	2	MEMORIA	
			2.1 Recuerda con precisión la información inmediata	
			2.2 Recuerda con precisión la información reciente	
			2.3 Recuerda con precisión la información remota	3 Problema resuelto.
3	Síntomas depresivos.	3	ORIENTACIÓN COGNITIVA	
			3.1 Se identifica a sí mismo	
			3.2 Identifica a sus seres queridos	
			3.3 Identifica acontecimientos actuales significativos	
4	Apoyo social inadecuado.		3.4 Identifica el lugar donde está	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA MEMORIA

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA

- Monitorizar el nivel de consciencia.
- Monitorizar el nivel de orientación.
- Monitorizar las tendencias de la Escala de Coma de Glasgow.
- Analizar la memoria reciente, el nivel de atención, la memoria pasada, el estado de ánimo, el afecto y las conductas.
- Monitorizar el sentido del olfato.
- Monitorizar la presencia de trastornos visuales (p. ej., diplopía, nistagmo, recortes del campo visual, visión borrosa, agudeza visual).
- Monitorizar el tamaño, la forma, la simetría y la reactividad de la pupila.
- Monitorizar los músculos extraoculares y las características de la mirada.
- Monitorizar el seguimiento del movimiento de un objeto delante de sus ojos.
- Monitorizar el reflejo corneal.
- Monitorizar la simetría facial.
- Monitorizar la tos y el reflejo nauseoso.
- Monitorizar la protrusión de la lengua.
- Monitorizar el tono muscular, el movimiento, la marcha y la propiocepción, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.
- • Monitorizar la desviación de la pronación, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.

INTERVENCIÓN (NIC):

ESTIMULACIÓN COGNITIVA

- Consultar con la familia para establecer el nivel basal cognitivo del paciente.
- Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan amenazas.
- Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.
- Presentar los cambios de manera gradual.
- Proporcionar un calendario.
- Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente.
- Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.
- Hablar con el paciente.
- Mostrar sensibilidad por parte del cuidador, respondiendo con rapidez y de forma apropiada a las indicaciones del paciente.
- Estimular el desarrollo participando en actividades para aumentar los logros y el aprendizaje satisfaciendo las necesidades del paciente.
- Proporcionar estimulación cognitiva en el trabajo, como oportunidades de formación, riqueza cognitiva del contenido del trabajo, oportunidades para el crecimiento y la realización de multitareas.
- Alentar la estimulación cognitiva fuera del trabajo, como la lectura o la participación en actividades culturales y artísticas.

INTERVENCIÓN (NIC):

ESTIMULACIÓN COGNITIVA

- Consultar con la familia para establecer el nivel basal cognitivo del paciente.
- Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan amenazas.
- Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.
- Presentar los cambios de manera gradual.
- Proporcionar un calendario.
- Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente.
- Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.
- Hablar con el paciente.
- Mostrar sensibilidad por parte del cuidador, respondiendo con rapidez y de forma apropiada a las indicaciones del paciente.
- Estimular el desarrollo participando en actividades para aumentar los logros y el aprendizaje satisfaciendo las necesidades del paciente.
- Proporcionar estimulación cognitiva en el trabajo, como oportunidades de formación, riqueza cognitiva del contenido del trabajo, oportunidades para el crecimiento y la realización de multitareas.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO EN LA TOMA DE DECISIONES

DOMINIO 5: Percepción/cognición

CLASE 4: Cognición

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Incapacidad para tomar decisiones adecuadas, lo que puede repercutir negativamente en los objetivos relacionados con la salud, el bienestar y la calidad de vida.		1	Retraso en la toma de decisiones.	
		2	Signos físicos de distrés.	
		3	Signos físicos de tensión.	
		4	Cuestiona los principios morales mientras intenta tomar una decisión.	
		5	Atención centrada en sí misma.	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Apoyo social inadecuado.	1 IDENTIDAD PERSONAL	1.1 Manifiesta sentimientos personales	1 Problema presente (comprometido).
			1.2 Cuestiona las imágenes negativas de sí mismo	
			1.3 Se diferencia de los demás seres humanos	
			1.4 Muestra una conducta verbal y no verbal congruente sobre sí mismo	
2	Principios morales que apoyan acciones mutuamente incompatibles.	2 NIVEL DE ANSIEDAD SOCIAL	2.1 Evita situaciones sociales	2 Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Miedo a ser observado por los demás	
			2.3 Críticas parentales	
			2.4 Síntomas de pánico en situaciones sociales	
3	Interferencia con la toma de decisiones.	3 AUTOESTIMA	3.1 Nivel de confianza	3 Problema resuelto.
			3.2 Sentimientos de autoestima	
			3.3 Expresión de opiniones personales	
			3.4 Mantenimiento del contacto visual	
4	Creencias personales poco claras.			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO EN LA TOMA DE DECISIONES

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.
- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.
- Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.
- Obtener el consentimiento informado, cuando se requiera.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Familiarizarse con la política y los procedimientos del centro.
- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.
- Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas.
- • Servir de enlace entre el paciente y la familia.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate (p. ej., qué ha pasado, cómo le ha hecho sentir, qué va a hacer a continuación).
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Facilitar la identificación del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
- Explorar medidas para afrontar la situación.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Discutir las posibles consecuencias de no afrontar los sentimientos de culpa y vergüenza.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo. • Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de expresar y liberar la respuesta emocional.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO

- Proporcionar privacidad y confidencialidad.
- Transmitir autenticidad, calidez, sinceridad, interés y cariño incondicional.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Invitar a una conversación social para calmar la ansiedad.
- Invitar a describir las razones por las que busca asesoramiento.
- Determinar el propósito, los objetivos y la agenda de las sesiones de asesoramiento.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza, la empatía, la compasión y el respeto.
- Establecer la duración de las sesiones de asesoramiento y de la relación de asesoramiento.
- Establecer metas conjuntamente.
- Esforzarse por comprender las preocupaciones, los problemas y las dificultades.
- Ayudar a identificar el problema o la situación causante del sufrimiento.
- Determinar cómo pueden interferir los problemas en la vida diaria.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA UNA MEJOR TOMA DE DECISIONES

DOMINIO 5: Percepción/cognición

CLASE 4: Cognición

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de toma de decisiones que repercuten en los objetivos relacionados con la salud, el bienestar y la calidad de vida, que puede fortalecerse.		1	Deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los objetivos socioculturales	
		2	Deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los valores socioculturales	
		3	Deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los objetivos	
		4	Deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los valores	
		5	Deseos de mejorar el análisis riesgo-beneficio de las decisiones	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	TOMA DE DECISIONES	1.1 Identifica el problema 1.2 Compara alternativas 1.3 Identifica alternativas 1.4 Reconoce las implicaciones legales relevantes	1 Problema presente (comprometido).
2	2	CONCIENCIA DE UNO MISMO	2.1 Comunica sus necesidades a los demás 2.2 Reconoce las capacidades emocionales personales 2.3 Reflexiona sobre sus pensamientos para descubrirse a sí mismo 2.4 Reconoce las capacidades físicas personales	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	NIVEL DE ANSIEDAD	3.1 Nerviosismo 3.2 Falta de confianza en sí mismo 3.3 Inquietud 3.4 Indecisión	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA UNA MEJOR TOMA DE DECISIONES

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.
- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.
- Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.
- Obtener el consentimiento informado, cuando se requiera.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Familiarizarse con la política y los procedimientos del centro.
- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.
- • Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO

- Proporcionar privacidad y confidencialidad.
- Transmitir autenticidad, calidez, sinceridad, interés y cariño incondicional.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Invitar a una conversación social para calmar la ansiedad.
- Invitar a describir las razones por las que busca asesoramiento.
- Determinar el propósito, los objetivos y la agenda de las sesiones de asesoramiento.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza, la empatía, la compasión y el respeto.
- Establecer la duración de las sesiones de asesoramiento y de la relación de asesoramiento.
- Establecer metas conjuntamente. • Esforzarse por comprender las preocupaciones, los problemas y las dificultades.
- Ayudar a identificar el problema o la situación causante del sufrimiento.
- Determinar cómo pueden interferir los problemas en la vida diaria.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate (p. ej., qué ha pasado, cómo le ha hecho sentir, qué va a hacer a continuación).
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Centrarse en comprender las experiencias.
- Explorar qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Reformular las preocupaciones para buscar comprensión y transmitir empatía (p. ej., «Parece que está diciendo...»; o «Lo que estoy oyendo es...»).
- Utilizar el tacto para apoyar emocionalmente, según sea adecuado.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA AUTONOMÍA PARA LA TOMA DE DECISIONES

DOMINIO 5: Percepción/cognición

CLASE 4: Cognición

DEFINICIÓN	
Proceso de selección de una decisión sobre el cuidado de la salud que no incluye conocimiento personal y/o consideraciones de normas sociales, o no se produce en un entorno flexible, que resulta en insatisfacción sobre la decisión.	
FACTORES RELACIONADOS	
1	Disminución en la comprensión de las opciones de cuidado de la salud disponibles.
2	Confianza inadecuada para discutir abiertamente las opciones de cuidado de la salud.
3	Información inadecuada, relacionada al cuidado de la salud.
4	Privacidad inadecuada para discutir abiertamente las opciones de cuidado de la salud.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
1	Retraso en la implementación de la opción de atención de salud.	
2	Malestar con la opinión de los demás.	
3	Preocupación excesiva por las opiniones de los demás.	
4	Dificultad para seleccionar la opción de cuidado de la salud que mejor se acomode a su estilo de vida actual.	
5	Se limita al describir su propia opinión.	

RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 AUTOESTIMA	1.1 Nivel de confianza	1 Problema presente (comprometido).
	1.2 Respuesta esperada por los demás	
	1.3 Sentimientos sobre su propia persona	
	1.4 Descripción del yo	
2 NIVEL DE ANSIEDAD	2.1 Inquietud	2 Problema parcialmente resuelto.
	2.2 Dificultades para la concentración	
	2.3 Ataque de pánico	
	2.4 Ansiedad verbalizada	
3 IDENTIDAD PERSONAL	3.1 Cuestiona las creencias erróneas sobre sí mismo	3 Problema resuelto.
	3.2 Cuestiona las imágenes negativas de sí mismo	
	3.3 Muestra una conducta verbal y no verbal congruente sobre sí mismo	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA AUTONOMÍA PARA LA TOMA DE DECISIONES

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate (p. ej., qué ha pasado, cómo le ha hecho sentir, qué va a hacer a continuación).
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias. • Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Centrarse en comprender las experiencias.
- Explorar qué ha desencadenado las emociones. • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Reformular las preocupaciones para buscar comprensión y transmitir empatía (p. ej., «Parece que está diciendo...»; o «Lo que estoy oyendo es...»).
- Utilizar el tacto para apoyar emocionalmente, según sea adecuado.
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- • Empatizar y validar la experiencia (p. ej., «Es mucho con lo que lidiar»; «Siento que le esté pasando esto»; «Parece que le ha dolido de verdad»; «Lo entiendo»; «A mí también me enfadaría»).

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO

- Proporcionar privacidad y confidencialidad.
- Transmitir autenticidad, calidez, sinceridad, interés y cariño incondicional.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Invitar a una conversación social para calmar la ansiedad.
- Invitar a describir las razones por las que busca asesoramiento.
- Determinar el propósito, los objetivos y la agenda de las sesiones de asesoramiento.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza, la empatía, la compasión y el respeto.
- Establecer la duración de las sesiones de asesoramiento y de la relación de asesoramiento.
- Establecer metas conjuntamente. • Esforzarse por comprender las preocupaciones, los problemas y las dificultades.
- Ayudar a identificar el problema o la situación causante del sufrimiento.
- Determinar cómo pueden interferir los problemas en la vida diaria.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.
- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.
- Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.
- Obtener el consentimiento informado, cuando se requiera.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Familiarizarse con la política y los procedimientos del centro.
- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.
- Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA AUTONOMÍA PARA LA TOMA DE DECISIONES

DOMINIO 5: Percepción/cognición

CLASE 4: Cognición

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Susceptible a un proceso de selección de una decisión sobre el cuidado de la salud que no incluye conocimiento personal y/o consideración de las normas sociales, o no se produce en un entorno flexible, lo que resulta en insatisfacción sobre la decisión.	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Disminución en la comprensión de las opciones de cuidado de la salud disponibles.	1	AUTOESTIMA 1.1 Nivel de confianza 1.2 Respuesta esperada por los demás 1.3 Sentimientos sobre su propia persona 1.4 Descripción del yo	1	Problema presente (comprometido).
2	Confianza inadecuada para discutir abiertamente las opciones de cuidado de la salud.	2	NIVEL DE ANSIEDAD 2.1 Inquietud 2.2 Dificultades para la concentración 2.3 Ataque de pánico 2.4 Ansiedad verbalizada	2	Problema parcialmente resuelto.
3	Información inadecuada, relacionada al cuidado de la salud.	3	IDENTIDAD PERSONAL 3.1 Cuestiona las creencias erróneas sobre sí mismo 3.2 Cuestiona las imágenes negativas de sí mismo 3.3 Muestra una conducta verbal y no verbal congruente sobre sí mismo 3.4	3	Problema resuelto.
4	Privacidad inadecuada para discutir abiertamente las opciones de cuidado de la salud.				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA AUTONOMÍA PARA LA TOMA DE DECISIONES.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate (p. ej., qué ha pasado, cómo le ha hecho sentir, qué va a hacer a continuación).
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
 - Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Centrarse en comprender las experiencias.
- Explorar qué ha desencadenado las emociones.
 - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Reformular las preocupaciones para buscar comprensión y transmitir empatía (p. ej., «Parece que está diciendo...»; o «Lo que estoy oyendo es...»).
- Utilizar el tacto para apoyar emocionalmente, según sea adecuado.
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Empatizar y validar la experiencia (p. ej., «Es mucho con lo que lidiar»; «Siento que le esté pasando esto»; «Parece que le ha dolido de verdad»; «Lo entiendo»; «A mí también me enfadaría»).

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO

- Proporcionar privacidad y confidencialidad.
- Transmitir autenticidad, calidez, sinceridad, interés y cariño incondicional.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Invitar a una conversación social para calmar la ansiedad.
- Invitar a describir las razones por las que busca asesoramiento.
- Determinar el propósito, los objetivos y la agenda de las sesiones de asesoramiento.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza, la empatía, la compasión y el respeto.
- Establecer la duración de las sesiones de asesoramiento y de la relación de asesoramiento.
- Establecer metas conjuntamente. • Esforzarse por comprender las preocupaciones, los problemas y las dificultades.
- Ayudar a identificar el problema o la situación causante del sufrimiento.
- Determinar cómo pueden interferir los problemas en la vida diaria.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.
- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.
- Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.
- Obtener el consentimiento informado, cuando se requiera.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Familiarizarse con la política y los procedimientos del centro.
- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.
- Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTONOMÍA PARA LA TOMA DE DECISIONES

DOMINIO 5: Percepción/cognición

CLASE 4: Cognición

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Proceso de selección de una decisión para el cuidado de la salud que incluye conocimiento personal y/o la consideración de las normas sociales, que puede fortalecerse.		1	Deseos de mejorar la habilidad para seleccionar las opciones de cuidado de la salud que mejoren su estilo de vida actual.	
		2	Deseos de mejorar la capacidad de implementar la opción de cuidado de la salud seleccionada.	
		3	Deseos de mejorar la capacidad para comprender todas las opciones de cuidado de la salud.	
		4	Deseos de mejorar la capacidad para verbalizar su propia opinión sin restricción.	
		5	Deseos de mejorar la toma de decisiones.	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	TOMA DE DECISIONES	1.1 Identifica información relevante 1.2 Reconoce el contexto social de la situación 1.3 Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa 1.4 Identifica alternativas	1 Problema presente (comprometido).
2	2	AUTOESTIMA	2.1 Comunicación abierta 2.2 Expresión de opiniones 2.3 Equilibrio entre hablar y escuchar en grupo 2.4 Sentimientos de autoestima	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD	3.1 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad 3.2 Conserva las relaciones sociales 3.3 Controla la respuesta de ansiedad 3.4 Busca información para reducir la ansiedad	3 Problema resuelto.
4				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTONOMÍA PARA LA TOMA DE DECISIONES

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate (p. ej., qué ha pasado, cómo le ha hecho sentir, qué va a hacer a continuación).
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Centrarse en comprender las experiencias.
- Explorar qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Reformular las preocupaciones para buscar comprensión y transmitir empatía (p. ej., «Parece que está diciendo...»; o «Lo que estoy oyendo es...»).

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO

- Proporcionar privacidad y confidencialidad.
- Transmitir autenticidad, calidez, sinceridad, interés y cariño incondicional.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Invitar a una conversación social para calmar la ansiedad.
- Invitar a describir las razones por las que busca asesoramiento.
- Determinar el propósito, los objetivos y la agenda de las sesiones de asesoramiento.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza, la empatía, la compasión y el respeto.
- Establecer la duración de las sesiones de asesoramiento y de la relación de asesoramiento.
- Establecer metas conjuntamente. • Esforzarse por comprender las preocupaciones, los problemas y las dificultades.
- Ayudar a identificar el problema o la situación causante del sufrimiento.
- Determinar cómo pueden interferir los problemas en la vida diaria.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.
- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.
- Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.
- Obtener el consentimiento informado, cuando se requiera.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Familiarizarse con la política y los procedimientos del centro.
- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.
- Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

DOMINIO 5: Percepción/cognición.

CLASE 5: Comunicación

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Limitación o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.		1	Afasia.		
		2	Se muestra tímido.		
		3	Se muestra retraído.		
		4	La conversación se hace pesada.		
		5	No participa en conversaciones.		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Vulnerabilidad inadecuada	1	COMUNICACIÓN	1.1 Utiliza el lenguaje escrito 1.2 Utiliza el lenguaje no verbal 1.3 Utiliza dibujos e ilustraciones	1 Problema presente (comprometido).
2	Labilidad emocional.	2	ABUSO: EFECTOS DISRUPTIVOS	2.1 Retraso en la capacidad de comunicación 2.2 Deterioro de la salud física 2.3 Aislamiento 2.4 Deterioro de la salud mental	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Autoconcepto inadecuado.	3	NIVEL DE ANSIEDAD SOCIAL	3.1 Evita situaciones sociales 3.2 Evita personas desconocidas 3.3 Rechazo parental 3.4 Miedo a ser observado por los demás	3 Problema resuelto.
4	Autoestima inadecuada.				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT DEL HABLA

- Monitorizar la velocidad, la presión, el ritmo, la cuantía, el volumen y la dicción del habla.
- Monitorizar los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos asociados con las capacidades del habla (p. ej., memoria, audición y lenguaje).
- Instruir al paciente o la familia sobre los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos implicados en las capacidades del habla.
- Monitorizar a los pacientes para detectar la aparición de frustración, ira, depresión u otras respuestas a la alteración de las capacidades del habla.
- Identificar las conductas emocionales y físicas como formas de comunicación.
- Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada (p. ej., tableta de escritura, tarjetas, parpadeo, tabla de comunicación con imágenes y letras, señales con la mano u otros gestos, ordenador).
- Proporcionar métodos alternativos de escritura o lectura, según corresponda.
- • Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente (p. ej., situarse frente a él al hablar, escuchar con atención, presentar una idea o pensamiento cada vez, hablar despacio, pero evitando gritar, usar comunicación escrita o solicitar la ayuda de la familia para comprender el habla del paciente).

INTERVENCIÓN (NIC):

ESCUCHA ACTIVA

- Establecer el propósito de la interacción.
- Mostrar interés por la persona.
- Hacer preguntas abiertas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Abstenerse de hacer juicios sobre la persona y sus experiencias (p. ej., prejuicio, sesgo, presuposiciones).
- Centrarse en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p. ej., saber que la postura física expresa mensajes no verbales).
- Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.
- Escuchar los mensajes y sentimientos no expresados y además atender al contenido de la conversación.

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los procedimientos.
- Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre las situaciones estresantes.
- Proporcionar información respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con la persona para promover la seguridad y reducir la ansiedad.
- Animar a la familia a permanecer con la persona, cuando corresponda.
- Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.
- Administrar masajes en la espalda y el cuello, según corresponda.
- Fomentar la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado.
- Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista.
- Escuchar con atención.
- Reforzar el comportamiento, según corresponda.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

DOMINIO 5: Percepción / Cognición

CLASE 5: Comunicación

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de una limitación o ausencia de capacidad para recibir, procesar transmitir y/o utilizar un sistema de símbolos	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Disnea	1 CONTROL DEL RIESGO: DETERIORO AUDITIVO	1.1 Identifica los factores de riesgo del deterioro auditivo 1.2 Reduce la exposición al ruido 1.3 Reduce la exposición al ruido 1.4 Limita el uso de dispositivos de audio personales	1 Problema presente (comprometido).
2 Malformaciones orofaríngea	2 COMUNICACIÓN: EXPRESIVA	2.1 Utiliza dibujos e ilustraciones 2.2 Utiliza el lenguaje no verbal 2.3 Utiliza dispositivos de comunicación alternativos 2.4 Utiliza mensajes de texto	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Trastornos neurocognitivos			
4 Incapacidad para hablar el idioma del cuidador	3 COMUNICACIÓN	3.1 Utiliza el lenguaje escrito 3.2 Utiliza mensajes de texto 3.3 Utiliza el lenguaje oral 3.4 Utiliza el lenguaje no verbal	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

INTERVENCIÓN (NIC):

ESCUCHA ACTIVA

- Establecer el propósito de la interacción.
- Mostrar interés por el paciente.
- Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p. ej., saber que la postura física expresa mensajes no verbales).
- Escuchar los mensajes y sentimientos inexpresivos y además atender al contenido de la conversación.
- Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.
- Estar atento al tono, ritmo, volumen, entonación e inflexión de la voz.
- Identificar los temas predominantes.
- Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.
- Ofrecer la respuesta en el momento adecuado para que refleje la comprensión del mensaje recibido.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT DEL HABLA

- Monitorizar la velocidad, la presión, el ritmo, la cuantía, el volumen y la dicción del habla.
- Monitorizar los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos asociados con las capacidades del habla.
- Instruir al paciente o la familia sobre los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos implicados en las capacidades del habla.
- Monitorizar a los pacientes para detectar la aparición de frustración, ira, depresión u otras respuestas a la alteración de las capacidades del habla.
- Identificar las conductas emocionales y físicas como formas de comunicación.
- Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada.
- Proporcionar métodos alternativos de escritura o lectura.
- Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente.
- Asegurar que el sistema de llamada está al alcance y que en el sistema central de avisos está indicado que el paciente no puede hablar.
- Enunciar las preguntas para que el paciente pueda responder con un simple sí o no, sabiendo que los pacientes con afasia pueden proporcionar respuestas automáticas que son incorrectas

INTERVENCIÓN (NIC):

AUMENTAR SISTEMAS DE APOYO

- Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.
- Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en internet si se considera oportuno.
- Determinar los puntos fuertes y débiles de los recursos comunitarios y aconsejar los cambios cuando sean apropiados.
- Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento, según corresponda.
- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.
- Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación.
- Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador.
- Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.
- Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados.
- Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICION PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN VERBAL

DOMINIO 5: Percepción/cognición

CLASE 5: Comunicación

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de recepción, procesamiento, transmisión y/o utilización de un sistema de símbolos, que puede fortalecerse.		1	Deseos de mejorar la capacidad de seguir las normas de conversación	
		2	Deseos de mejorar el mantenimiento de la comunicación	
		3	Deseos de mejorar la comunicación alternativa	
		4	Deseos de mejorar el patrón del habla	
		5	Deseos de mejorar el establecimiento de la interacción social	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	COMUNICACIÓN	1.1 Utiliza el lenguaje escrito 1.2 Reconoce los mensajes recibidos 1.3 Utiliza dispositivos de comunicación mejorada 1.4 Sincronización del lenguaje oral y de signos	1 Problema presente (comprometido).
2	2	ELABORACIÓN DE LA INFORMACIÓN	2.1 Expresa un mensaje coherente 2.2 Muestra un orden lógico de los procesos del pensamiento 2.3 Interpreta el significado de un párrafo 2.4 Explica la similitud entre dos elementos	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	CONCIENCIA DE UNO MISMO	3.1 Diferencia el yo del entorno 3.2 Se diferencia de los demás 3.3 Reconoce las capacidades físicas personales 3.4 Reconoce las capacidades mentales personales	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICION PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN VERBAL

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA SOCIALIZACIÓN

- Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar el compartir los problemas comunes con los demás.
- Fomentar la sinceridad al presentarse a los demás.
- Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos.
- Fomentar el respeto de los derechos de los demás.
- Facilitar el uso de ayudas para déficits sensoriales como gafas y audífonos.
- Fomentar la participación en actividades de reminiscencia en grupo y/o individuales.
- Facilitar la participación del paciente en grupos para contar historias.

INTERVENCIÓN (NIC):

ESCUCHA ACTIVA

- Establecer el propósito de la interacción.
- Mostrar interés por la persona.
- Hacer preguntas abiertas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Abstenerse de hacer juicios sobre la persona y sus experiencias (p. ej., prejuicio, sesgo, presuposiciones).
- Centrarse en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p. ej., saber que la postura física expresa mensajes no verbales).
- Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.
- Escuchar los mensajes y sentimientos no expresados y además atender al contenido de la conversación.
- Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT DEL HABLA

- Monitorizar la velocidad, la presión, el ritmo, la cuantía, el volumen y la dicción del habla.
- Monitorizar los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos asociados con las capacidades del habla (p. ej., memoria, audición y lenguaje).
- Instruir al paciente o la familia sobre los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos implicados en las capacidades del habla.
- Monitorizar a los pacientes para detectar la aparición de frustración, ira, depresión u otras respuestas a la alteración de las capacidades del habla.
- Identificar las conductas emocionales y físicas como formas de comunicación.
- Enunciar las preguntas para que el paciente pueda responder con un simple sí o no, sabiendo que los pacientes con afasia pueden proporcionar respuestas automáticas que son incorrectas.
- Colaborar con la familia y el logo terapeuta o logopeda para desarrollar un plan dirigido a lograr una comunicación eficaz.

Dominio 6

Autopercepción

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTO CONCEPTO

DOMINIO 6: Autopercepción

CLASE 1: Autoconcepto

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
patrón de percepción o ideas sobre uno mismo	1	Deseo de mejorar la autoestima	
	2	Deseo de mejorar la satisfacción con su identidad personal	
	3	Deseo de mejorar la satisfacción con su sentido de valía	
	4	Deseo de mejorar la aceptación de las fortalezas	
	5	Deseo de mejorar la satisfacción con su imagen corporal	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1 AUTOESTIMA	1.1 Expresión de la autopercepción 1.2 Descripción de sí mismo 1.3 Expresión de opiniones personales 1.4 Mantenimiento del contacto visual	1 Problema presente (comprometido).
2	2 BIENESTAR PERSONAL	2.1 Salud psicológica 2.2 Relaciones sociales 2.3 Vida espiritual 2.4 Salud física	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3 RECUPERACIÓN TRAS EL ABUSO	3.1 Reconoce las características de las relaciones abusivas	3 Problema resuelto.
4		3.2 Informa de la curación de daños psicológicos	
		3.3 Informa de la curación de lesiones físicas	
		3.4 Demuestra autoestima	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTO CONCEPTO

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate (p. ej., qué ha pasado, cómo le ha hecho sentir, qué va a hacer a continuación).
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Centrarse en comprender las experiencias.
- Explorar qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Reformular las preocupaciones para buscar comprensión y transmitir empatía (p. ej., «Parece que está diciendo...»; o «Lo que estoy oyendo es...»).
- Utilizar el tacto para apoyar emocionalmente, según sea adecuado.
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Facilitar la identificación del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
- Explorar medidas para afrontar la situación.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA AUTOESTIMA

- Observar las afirmaciones del paciente sobre su propia valía.
- Determinar el locus de control del paciente.
- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Ayudar al paciente a encontrar el auto aceptación.
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.
- Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente.
- Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Abstenerse de realizar críticas negativas.
- Ayudar al paciente a afrontar los abusos o las burlas.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA EN LA MODIFICACION DE SI MISMO

- Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos.
- Valorar las razones del paciente para desear cambiar.
- Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica.
- Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada.
- Ayudar al paciente a identificar los efectos de las conductas diana sobre sus entornos social y ambiental.
- Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado.
- Ayudar al paciente a identificar las etapas del cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación.
- Valorar el ambiente social y físico del paciente para determinar el grado de apoyo de las conductas deseadas.
- Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta.
- Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

IDENTIDAD PERSONAL ALTERADA

DOMINIO 6: Autopercepción

CLASE 1: Autoconcepto

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo		1	Capacidad deteriorada para distinguir entre los estímulos externos e internos	
		2	Imagen corporal alterada	
		3	sensación de vacío	
		4	Sensación de extrañeza	
		5	Sentimientos fluctuantes del yo	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Estrés excesivo	1	IDENTIDAD PERSONAL	1.1 Manifiesta sentimiento personales 1.2 Manifiesta su propia singularidad 1.3 Establece límites personales 1.4 Desempeña roles personales 1 Problema presente (comprometido).
2	Autoestima inadecuado	2	BIENESTAR PSICOLÓGICO	2.1 Expresión de auto aceptación 2.2 Habla con los demás de sus preocupaciones sobre la imagen corporal 2.3 Ansiedad 2.4 Alteraciones del sueño 2 Problema parcialmente resuelto.
3	Trastornos mentales	3	MOTIVACIÓN	3.1 Planes para el futuro 3.2 Busca nuevas experiencias para mejorar la salud 3.3 Mantiene un autoestima positiva 3.4 Visualiza su yo positivo 3 Problema resuelto.
4	Uso de preparaciones farmacológicas			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

IDENTIDAD PERSONAL ALTERADA

INTERVENCIÓN (NIC):

Terapia conductual

- Identificar la conducta negativa no deseada
- Identificar los acontecimientos que desencadenan o mantienen la conducta problemática.
- Establecer límites a la conducta negativa con el individuo
- Aumentar la actividad física, según corresponda
- Limitar el número de cuidadores.
- Utilizar un tono de voz suave y bajo
- Administrar la medicación prescrita.
- Establecer hábitos
- Determinar por qué, cuándo y cómo se produce la conducta no deseada.
- Desalentar la conducta pasiva-agresiva.

INTERVENCIÓN (NIC):

Facilitación del autocuidado

- Determinar el nivel de ayuda necesario para las actividades de autocuidado o las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Proporcionar técnicas de mejora cognitiva.
- Establecer una rutina para las actividades de autocuidado y ayudar con las actividades, según sea necesario.
- Determinar si la capacidad física o cognitiva es estable o está disminuyendo, y responder a los cambios en consecuencia.
- Animar a realizar las actividades normales de la vida diaria a su nivel de capacidad.
- Dar instrucciones sobre el almacenamiento adecuado y seguro de los medicamentos.
- Consultar con el terapeuta ocupacional o el fisioterapeuta para colaborar en las necesidades de autocuidado.

INTERVENCIÓN (NIC):

Manejo del estado de ánimo

- Evaluar la evaluación inicial del estado de ánimo con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.
- Considerar la posibilidad de hospitalización si la gravedad del trastorno del estado de ánimo plantea riesgos para la seguridad, la persona es incapaz de satisfacer las necesidades de autocuidado o carece de suficiente apoyo social.
- Monitorizar el estado físico (peso corporal e hidratación).
- Monitorizar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente.
- Ayudar a mantener un ciclo normal de sueño y vigilia
- Ayudar a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional.
- Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo
- Ayudar a anticiparse y a afrontar los cambios de la vida

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **SÍNDROME DE IDENTIDAD FAMILIAR ALTERADA**

DOMINIO 6: Auto percepción

CLASE 1: Autoconcepto

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Incapacidad para mantener una percepción integrada y completa e integrada del yo.		1	Identidad personal alterado	
		2	Deterioro de la toma de decisiones	
		3	afrontamiento familiar desadaptativo	
		4	Deterioro de la función sexual	
		5	Patrones de alteraciones familiares alterados	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Diferentes estilos de afrontamiento entre los miembros de la familia	1	AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA 1.1 Establece flexibilidad en los roles. 1.2 Permite a los miembros flexibilidad en los roles. 1.3 Enfrenta los problemas familiares. 1.4 Controla los problemas familiares.	1 Problema presente (comprometido).
2	Apoyo social inadecuado	2	CLIMA SOCIAL DE LA FAMILIA 2.1 Participa en actividades conjuntas. 2.2 Participa en las tradiciones de la familia. 2.3 Asisten a los servicios religiosos juntos. 2.4 Mantiene relaciones con la familia extensa.	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Comunicación familiar inadecuada	3	INTEGRIDAD DE LA FAMILIA 3.1 Interacciona frecuentemente con toda la familia. 3.2 Implica a los miembros en la resolución de conflictos. 3.3 Implica a los miembros de la familia en la resolución de problemas. 3.4 Estimula la autonomía e independencia individuales.	3 Problema resuelto.
4	violencia domestica desatendida			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

SÍNDROME DE IDENTIDAD FAMILIAR ALTERADA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANTENIMIENTO DE PROCESOS FAMILIARES

- Determinar los procesos familiares típicos.
- Determinar la alteración de los procesos familiares típicos.
- Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares.
- Animar a establecer un contacto continuado con los familiares.
- Facilitar la flexibilidad de las visitas para satisfacer las necesidades de los miembros de la familia y el paciente.
- Comentar las estrategias de normalización de la vida familiar con la familia.
- Ayudar a los miembros de la familia a poner en práctica estrategias de normalización de su situación.
- Informar sobre los mecanismos de apoyo sociales existentes para la familia.
- Ayudar a los miembros de la familia a utilizar los mecanismos de apoyo existentes.
- Minimizar la ruptura de la rutina familiar facilitando hábitos y rituales familiares, tales como comidas privadas juntas o debates familiares para la comunicación y la toma de decisiones.
- Proporcionar mecanismos para los miembros de la familia que se queden con el paciente para que se comuniquen con otros miembros de la familia.
- En los pacientes pediátricos, proporcionar oportunidades para el cuidado continuado de éstos por parte de los progenitores.

INTERVENCIÓN (NIC):

POTENCIACIÓN DE ROLES

- Ayudar al paciente a identificar los diversos roles en el ciclo vital.
- Ayudar al paciente a identificar los roles habituales en la familia.
- Ayudar al paciente a identificar períodos de transición de roles a lo largo de la vida.
- Ayudar al paciente a identificar la insuficiencia de roles.
- Ayudar al paciente a identificar las conductas necesarias para el desarrollo de roles.
- Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacidades.
- Ayudar a los hijos adultos a aceptar la dependencia de los progenitores ancianos y los cambios de rol implicados.
- Animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas en los cambios de roles.
- Facilitar la conversación sobre la adaptación de los roles de la familia para compensar los cambios de rol del miembro enfermo.
- Ayudar al paciente a imaginar cómo podría producirse una situación particular y cómo evolucionaría un rol.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO A LA FAMILIA

- Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.
- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.
- Ofrecer una esperanza realista.
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
- Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre el paciente y la familia o entre los miembros de la misma.
- Favorecer una relación de confianza con la familia.
- Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
- Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.
- Orientar a la familia sobre el ambiente de cuidados sanitarios, como un centro hospitalario o una clínica.
- Proporcionar ayuda para cubrir las necesidades básicas de la familia, como techo, comida y vestimenta.
- Identificar la naturaleza del apoyo espiritual para la familia.
- Identificar el grado de coherencia entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales sanitarios.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE SÍNDROME DE IDENTIDAD FAMILIAR ALTERADA

DOMINIO 6: Autopercepción

CLASE 1: Autoconcepto

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de identidad para crear y mantener una percepción integrada	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Diferente estilo de afrontamiento entre los miembros de la familia	1 DESEMPEÑO DEL ROL	1.1 Estrategias expresadas para el cambio del rol 1.2 Desempeño de las conductas del rol parental 1.3 Desempeño de las conductas familiares 1.4 Descripción de los cambios del rol con la enfermedad o la incapacidad	1 Problema presente (comprometido).
2 Comunicación familiar ineficaz.	2 COMUNICACIÓN	2.1 Entorno favorecedor de la comunicación 2.2 Intercambia mensajes con los demás 2.3 Reconoce los mensajes recibidos 2.4 Digiere el mensaje de forma apropiada	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Estrés excesivo.			
4 Familiares con miembro encarcelado.	3 FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA	3.1 Regula la conducta de los miembros 3.2 Crea un entorno donde los miembros puedan expresar libremente sus sentimientos 3.3 Los miembros desempeñan los roles esperados 3.4 Los miembros expresan su acuerdo familiar	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE SÍNDROME DE IDENTIDAD FAMILIAR ALTERADA

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO A LA FAMILIA

- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.
- Crear un ambiente terapéutico de apoyo para la familia.
- Facilitar la expresión de preocupación y sentimientos entre el paciente y su familia o entre los miembros de la familia.
- Proporcionar oportunidades para que la familia aplique estrategias de afrontamiento que puedan funcionar en la situación actual.
- Proporcionar retroalimentación a la familia respecto a sus estrategias de afrontamiento.

INTERVENCIÓN (NIC):

ESUCHA ACTIVA

- Establecer el propósito de la intervención.
- Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
- Identificar los temas predominantes.
- Determinar el significado de los mensajes reflexionados o sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.
- Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.
- Recurrir a una serie de interacciones para descubrir el significado del comportamiento.
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).
- Utilizar el silencio/ escucha para expresar sentimientos y preocupaciones

INTERVENCIÓN (NIC):

ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR

- Escuchar a los miembros de la familia.
- Determinar la comprensión familiar de la dolencia.
- Ayudar a la familia a resolver los sentimientos irreales de culpa o responsabilidad, si está justificado.
- Determinar las relaciones familiares típicas para cada familia.
- Comprobar las relaciones familiares actuales.
- Identificar las prioridades opuestas entre los miembros de la familia.
- Ayudar a la familia en la resolución de conflictos.
- Facilitar la armonía dentro de/entre la familia.
- Colaboración con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones.
- Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas.
- Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia.
- Establecer los cuidados del paciente por parte de los miembros de la familia, si resulta adecuado.
- Facilita las visitas familiares.
- Remitir a terapia familiar, si es preciso.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA DIGNIDAD HUMANA

DOMINIO 6: Auto percepción

CLASE 1: Autoconcepto

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a la percepción de pérdida de respeto y honor		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Revelación de información confidencial	1	AUTOESTIMA 1.1 Expresa satisfacción con las elecciones de la vida. 1.2 Descripción del yo. 1.3 Nivel de confianza. 1.4 Aceptación de las propias limitaciones.	1 Problema presente (comprometido).
2	Humillación	2	BIENESTAR PESONAL 2.1 Realización de las actividades de la vida diaria. 2.2 Salud psicológica. 2.3 Capacidad de afrontamiento. 2.4 Salud psicológica.	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Comprensión inadecuada del sistema de salud	3	CONTROL DE RIESGO 3.1 Identifica los factores de riesgo. 3.2 Reconoce los factores de riesgo personales. 3.3 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas. 3.4 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.	3 Problema resuelto.
4	Personas con experiencia limitada en la toma de decisiones			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA DIGNIDAD HUMANA

INTERVENCIÓN (NIC):

ENTRENAMIENTO DE LA ASERTIVIDAD

- Ayudar al paciente a que reconozca y reduzca las distorsiones cognitivas que bloquean la asertividad.
- Diferenciar entre conductas asertivas, agresivas y agresivas pasivas.
- Ayudar a identificar los derechos personales, responsabilidades y normas en conflicto.
- Ayudar a clarificar las áreas problemáticas en las relaciones interpersonales.
- Promover la expresión de pensamientos y sentimientos, tanto positivos como negativos.
- Ayudar a identificar los pensamientos autoderrotistas.
- Ayudar al paciente a distinguir entre pensamiento y realidad.
- Instruir al paciente en las distintas formas de actuar con asertividad.
- Instruir al paciente sobre estrategias para la práctica de una conducta asertiva.
- Monitorizar los niveles de ansiedad e incomodidad relacionados con el cambio de conducta.

INTERVENCIÓN (NIC):

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

- Ayudar al paciente a que acepte el hecho de que las afirmaciones personales median en la excitación emocional.
- Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones personales irracionales por otras racionales.
- Señalar los estilos de pensamiento disfuncional (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización).
- Ayudar al paciente a identificar los factores estresantes percibidos (situaciones, sucesos e interacciones con otras personas) que contribuyen a su estrés.
- Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos.
- Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la verdadera realidad.
- Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORAR EL AFRONTAMIENTO

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.
- Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación.
- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA IDENTIDAD SOCIAL TRANSGENERO

DOMINIO 6: Autopercepción

CLASE 1: Autoconcepto

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de desarrollo de la autoimagen de género, incluida la modificación de las características corporales, que fomenta los sentimientos de pertenencia a un grupo social o cultural, que puede fortalecerse.		1	Deseos de transformación corporal	
		2	Deseos de aumentar la autonomía	
		3	Deseos de aumentar los sentimientos de ser amados	
		4	Deseos de mejorar el reconocimiento de la identidad sexual	
		5	Deseos de aumentar los sentimientos de reconocimiento por ser uno mismo	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1		1 AUTOESTIMA	1.1 Expresión de autoaceptación 1.2 Aceptación de las propias limitaciones 1.3 Expresión de autocompasión 1.4 Expresión de opiniones personales	1 Problema presente (comprometido).
2		2 EQUILIBRIO EMOCIONAL	2.1 Muestra un estado de ánimo estable 2.2 Muestra control de los impulsos 2.3 Muestra un afecto adecuado a la situación 2.4 Muestra concentración	2 Problema parcialmente resuelto.
3				
4		3 IMAGEN CORPORAL	3.1 Imagen interna de sí mismo 3.2 Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal 3.3 Adaptación a cambios en el aspecto físico 3.4 Habla con los demás de sus preocupaciones Sobre la imagen corporal.	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA IDENTIDAD SOCIAL TRANSGENERO

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate (p. ej., qué ha pasado, cómo le ha hecho sentir, qué va a hacer a continuación).
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias. Centrarse en comprender las experiencias.
- Explorar qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Reformular las preocupaciones para buscar comprensión y transmitir empatía (p. ej., «Parece que está diciendo...»; o «Lo que estoy oyendo es...»).

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.
- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso. Derivar al asesor jurídico, según corresponda.
- Remitir a grupos de apoyo, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS

- Identificar a los individuos con riesgo de posible abuso (p. ej., complicaciones del embarazo, bajo peso al nacer, discapacidad, antecedentes asociados con abusos o desatención, rechazo, exceso de crítica, sentimientos de inutilidad y falta de amor, dependencia de los demás para recibir cuidados).
- Considerar los factores de riesgo parentales de un posible abuso (p. ej., abuso de sustancias, conducta delictiva, conflicto o violencia familiar, problemas de salud mental, percepción del niño como un problema por parte de los progenitores, embarazo no planificado, embarazo en la juventud, progenitores solteros o no casados, temperamento de los progenitores, uso del castigo físico).
- Identificar los factores sociales y ambientales que pueden ser indicadores de posibles abusos (p. ej., aislamiento social, baja autoestima, problemas de salud física, estrés en la vivienda, factores de estrés socioeconómicos, desempleo parental, falta de atención prenatal, escaso apoyo social, violencia en el vecindario, desventajas de la comunidad).
- Identificar personas que tengan dificultad para confiar en los demás o que sientan que no son apreciadas por los demás.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOESTIMA INADECUADA CRÓNICA

DOMINIO 6: Autopercepción

CLASE 2: Autoestima

DEFINICIÓN	
Percepción negativa de larga duración de la autoestima, auto aceptación, auto respeto, competencia y actitud hacia sí mismo.	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	
1	Disminución del contacto visual
2	Depende de las opiniones de los demás
3	Síntomas depresivos
4	Conductas demasiado conformistas
5	Búsqueda excesiva de reafirmación
FACTORES RELACIONADOS	
1	Imagen corporal alterada
2	Autoeficacia inadecuada
3	Habilidades de comunicación ineficaces
4	Conducta de vinculación inadecuada
RESULTADOS (NOC)	
1	AUTOESTIMA
1.1	Expresión de autoaceptación
1.2	Mantenimiento de del aseo y la higiene
1.3	Nivel de confianza
1.4	Satisfacción con el estilo de vida
2	IDENTIDAD PERSONAL
2.1	Manifiesta sentimientos personales
2.2	Manifiesta un claro sentido de identidad personal
2.3	Manifiesta confianza de sí mismo
2.4	Manifiesta autoestima
3	IMAGEN CORPORAL
3.1	Congruencia entre realidad corporal, idea corporal e imagen corporal
3.2	Satisfacción con el aspecto corporal
3.3	Satisfacción con la función corporal
3.4	Adaptación a cambios en el aspecto físico
ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Problema presente (comprometido).
2	Problema parcialmente resuelto.
3	Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOESTIMA INADECUADA CRÓNICA

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA AUTOESTIMA

- Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.
- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.
- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, según corresponda.
- Explorar las razones de autocrítica o culpa.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL

- Determinar las expectativas de imagen corporal, en función del estadio de desarrollo.
- Ayudar a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda.
- Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal.
- Realizar ejercicios de visualización guiada diseñados para centrar y dirigir la imaginación para revivir acontecimientos importantes que influyeron en la imagen corporal.
- Animar a la persona a seguir realizando los ejercicios cognitivos o conductuales diseñados para mejorar la percepción de la imagen corporal.
- Proporcionar información sobre recursos de ayuda alternativos (ej. libros de autoayuda, sitios web, redes sociales, grupos de apoyo).
- Discutir el concepto de autoestima, cómo se forma la autoestima, qué factores influyen en la autoestima y cómo se relaciona la autoestima con el bienestar.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LOS SISTEMAS DE APOYO

- Calcular la respuesta psicológica y la disponibilidad del sistema de apoyo.
- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- Determinar el grado de apoyo familiar y económico así como otros recursos
- Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados.
- Monitorizar la situación familiar actual y la red de apoyo.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan la misma condición.
- Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento, según corresponda.
- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.
- Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE AUTOESTIMA INADECUADO CRÓNICA

DOMINIO 6: Auto percepción

CLASE 2: Autoestima

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de percepción negativa, de larga duración, de la autoestima, autoaceptación, autorrespeto, competencia y actitud hacia sí mismo	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Disminución de la aceptación consiente	1 AUTOESTIMA	1.1 Expresión de autoaceptación 1.2 Mantenimiento de aseo y la higiene 1.3 Nivel de confianza 1.4 Sentimientos de autoestima	1 Problema presente (comprometido).
2 Imagen corporal alterada	2 NIVEL DE ANSIEDAD	2.1 Inquietud 2.2 Angustia 2.3 Malestar 2.4 Irritabilidad	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Temor al rechazo			
4 Conducta de vinculación inadecuada	3 NIVEL DE DEPRESIÓN	3.1 Ansiedad 3.2 Estado de ánimo deprimido 3.3 Perdida del interés por actividades 3.4 Aislamiento social	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE AUTOESTIMA INADECUADO CRÓNICA

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SI MISMO

- Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos.
- Valorar las razones del paciente para desear cambiar.
- Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica.
- Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado.
- Ayudar al paciente a identificar las etapas del cambio: pre contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación.
- Valorar el ambiente social y físico del paciente para determinar el grado de apoyo de las conductas deseadas.
- Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta.
- Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.
- Explicar al paciente la importancia de la automonitorización en el intento de cambiar la conducta.
- Ayudar al paciente a identificar la frecuencia con la que se producen las conductas específicas.
- Ayudar al paciente a desarrollar una hoja de codificación fácil de utilizar que ayude en el registro de conductas (puede ser un gráfico o una tabla).
- Enseñar al paciente a registrar la incidencia de las conductas

INTERVENCIÓN (NIC):

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

- Establecer una colaboración basada en la confianza y el respeto.
- Mostrar interés en persona.
- Demostrar aceptación incondicional.
- Transmitir valoración absoluta y compasión.
- Fomentar la expresión de pensamientos y sentimientos.
- Establecer conjuntamente el propósito y los objetivos de la conversación.
- Esforzarse por comprender mutuamente la experiencia.
- Afirmar los esfuerzos y los puntos fuertes.
- Ofrecer información diseñada para proporcionar una comprensión más profunda de las preocupaciones, con permiso.
- Ayudar a definir los cambios necesarios.
- Ayudar a desarrollar soluciones propias (es decir, preguntar cómo hacer el cambio para tener éxito).
- Centrarse en resolver la ambivalencia sobre la realización de los cambios deseados.
- Pedir que identifique al menos tres razones para realizar el cambio.
- Explorar conjuntamente la motivación y el compromiso para realizar el cambio (es decir, preguntar qué importancia tiene realizar el cambio).
- Reconocer que el verdadero poder para el cambio reside en la persona.
- Ayudar a identificar los logros ya alcanzados hacia la realización de los cambios deseados.
- Ayudar a identificar las barreras que limitan el cambio.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA CONDUCTA

- Identificar la conducta negativa no deseada.
- Consultar con la familia para establecer el patrón de conductas no deseadas del individuo.
- Determinar por qué, cuándo y cómo se produce la conducta no deseada.
- Identificar los acontecimientos que desencadenan o mantienen la conducta problemática.
- Hacer que el individuo se sienta responsable de su conducta.
- Elogiar los esfuerzos de autocontrol.
- Establecer límites a la conducta negativa con el individuo.
- Abstenerse de discutir o negociar sobre los límites establecidos.
- Desarrollar un plan de manejo de la conducta.
- Comunicar las expectativas de que el individuo mantendrá el control.
- Desarrollar una secuencia específica de pasos asociados con la instrucción.
- Proporcionar un refuerzo positivo según cada expectativa específica.
- Utilizar el refuerzo positivo para aumentar la conducta deseada.
- Considerar el uso de estrategias de formación (es decir, fomentar gradualmente el desarrollo de nuevas conductas mediante el refuerzo repetitivo de pequeñas mejoras o pasos hacia las conductas Deseadas).
- Crear situaciones para que el individuo imite la conducta modelada.
- Proporcionar un refuerzo positivo si imita la conducta deseada.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: AUTOESTIMA SITUACIONAL INADECUADO

DOMINIO 6: Autopercepción

CLASE 2: Autoestima

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Cambio de percepción positiva a negativa de autoestima, auto aceptación, auto respeto, competencia y actitud hacia uno mismo en respuesta a una situación actual.	1	Síntomas depresivo	
	2	Comportamiento excesivamente obediente	
	3	Conducta indecisa	
	4	Falta de propósito	
	5	Subestima su capacidad de afrontar la situación	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Impotencia	1 DESCANSO	1.1 Tiempo de descanso 1.2 Calidad del descanso 1.3 Descanso mentalmente 1.4 Descanso físicamente	1 Problema presente (comprometido).
2 Estrés excesivo	2 NIVEL DE ANSIEDAD	2.1 Inquietud 2.2 Dificultad para la concentración 2.3 Cambio con el patrón intestinal 2.4 Hiperactividad	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Conducta de vinculación inadecuada	3 RESOLUCIÓN DE LA AFLICCIÓN	3.1 Busca de apoyo social 3.2 Refiere disminución de la ira 3.3 Mantiene el entorno de vida 3.4 Dice sentirse satisfecho con la vida	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOESTIMA SITUACIONAL INADECUADO

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE RELAJACION

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
- Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.
- Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y temperatura agradable, cuando sea posible.
- Individualizar el contenido de la intervención de relajación (solicitando sugerencias de cambio).
- -Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
- Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s).
- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA AUTOCONCIENCIA

- Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.
- Confrontar los sentimientos ambivalentes (enojado o deprimido) del paciente.
- Hacer observaciones sobre el estado emocional actual del paciente.
- Ayudar al paciente a ser consciente de sus autoafirmaciones negativas.
- Ayudar al paciente a identificar la fuente de motivación.
- Ayudar al paciente a identificar las conductas que sean autodestructivas.
- Ayudar al paciente/familiar a identificar razones para mejorar.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Abstenerse experiencias. de emitir juicios sobre las
- Explorar qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Reformular las preocupaciones para buscar comprensión y transmitir empatía.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Asegurar que la persona se sienta cómoda.
- Utilizar el tacto para apoyar emocionalmente, según sea adecuado.
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Empatizar y validar la experiencia.
- Explorar medidas para afrontar la situación.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- -Discutir las posibles consecuencias de no afrontar los sentimientos de culpa y vergüenza.
- Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE AUTOESTIMA SITUACIONAL INADECUADO

DOMINIO 6: Autopercepción

CLASE 2: Autoestima

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a cambio de percepción positiva a negativa de autoestima, autoaceptación, autorrespeto, competencia y actitud hacia uno mismo en respuesta a una situación actual.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Temor al rechazo	1 BIENESTAR PERSONAL	1.1 Salud psicológica 1.2 Relaciones sociales 1.3 Salud física 1.4 Sensación de seguridad	1 Problema presente (comprometido).
2	Estrés excesivo	2 ESTADO DE SALUD PERSONAL	2.1 Entorno físico 2.2 Bienestar psicológico 2.3 Cuidados compatibles con las necesidades 2.4 Bienestar psicológico	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Dolor, soledad	3 EQUILIBRIO EMOCIONAL	3.1 Letargo 3.2 Depresión	3 Problema resuelto.
4	Alteraciones medioambientales desatendidas		3.3 Conflicto de ideas 3.4 Dificultad para tomar decisiones	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE AUTOESTIMA SITUACIONAL INADECUADO

INTERVENCIÓN (NIC):

TECNICA DE RELAJACIÓN

- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Permanecer con el paciente.
- Transmitir al paciente garantía de su seguridad personal.
- Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva.
- Instruir al paciente sobre técnicas que disminuyan la ansiedad (ej. técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante), según corresponda.
- Proporcionar ansiolíticos, según se precise.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Remitir a grupos de apoyo, según corresponda.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO

- Proporcionar privacidad y confidencialidad.
- Asegurar que la persona se sienta cómoda.
- Transmitir autenticidad, calidez, sinceridad, interés y cariño incondicional.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza, la empatía, la compasión y el respeto.
- Esforzarse para comprender las preocupaciones, los problemas y las dificultades.
- Ayudar a identificar el problema o la situación causante del sufrimiento.
- Identificar cómo pueden interferir los problemas en la vida diaria.
- Identificar qué pensamientos, sentimientos y conductas están asociados al problema.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: AUTOEFICACIA EN SALUD INADECUADA

DOMINIO 6: Autopercepción

CLASE 2: Autoestima

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Creencia insuficiente en la propia capacidad para promover, mantener o restablecer un estado de salud adecuado	1	Conductas de evitación	
	2	Autocontrol inadecuado	
	3	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	
	4	Autopercepción negativa de la salud	
	5	Cumplimiento inadecuado del régimen terapéutico	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Deterioro cognitivo	1 CONDUCTA DE FAVORECIMIENTO DE LA SALUD	1.1 Utiliza conductas para evitar los riesgos 1.2 Monitoriza la conducta personal para detectar riesgos 1.3 Utiliza técnicas efectivas de disminución de estrés 1.4 Evita el mal uso del alcohol	1 Problema presente (comprometido).
2 Recursos insuficientes	2 CONDUCTA DE FAVORECIMIENTO DE LA SALUD	2.1 Utiliza conductas para evitar los riesgos 2.2 Utiliza técnicas eficaces de reducción del estrés 2.3 Realiza conductas saludables de forma rutinaria 2.4 Se realiza los estudios de detección precoz recomendado	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Impotencia	3 PARTICIPACIÓN EN LAS DECISIONES SOBRE LA SALUD	3.1 Reivindica la responsabilidad en la toma de decisiones 3.2 Negocia las preferencias asistenciales 3.3 Hace las preguntas pertinentes a los profesionales sanitarios 3.4 Identifica el nivel de consecución de los resultados	3 Problema resuelto.
4 Duelo complicado			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOEFICACIA EN SALUD INADECUADA

INTERVENCIÓN (NIC):

ORIENTACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

- Ayudar a elegir a los profesionales sanitarios adecuados.
- Informar sobre los distintos tipos de instalaciones sanitarias (hospital general, hospital de especialidades, hospital universitario, ambulatorio y clínica de cirugía ambulatoria), según corresponda.
- aconsejar que se solicite una segunda opinión, según proceda.
- Informar de cómo acceder a los servicios de urgencia, según corresponda.
- Facilitar la comunicación entre los profesionales sanitarios y la persona, según corresponda.
- Animar a consultar a otros profesionales sanitarios, según corresponda.
- Revisar y completar la información proporcionada por otros profesionales sanitarios.
- Informar de los costes, tiempo, alternativas y riesgos implicados en una prueba o procedimiento específico.
- Proporcionar instrucciones escritas o impresas sobre el propósito y lugar de las actividades posteriores a la hospitalización/ actividades del paciente ambulatorio, según corresponda.
- Comentar el resultado de la visita con otros profesionales sanitarios, según corresponda.
- Proporcionar informes a los cuidadores tras la hospitalización, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: INDIVIDUAL

- Determinar la preparación del paciente para aprender.
- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
- Valorar el nivel educativo del paciente.
- Valorar las capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.
- Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).
- Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados/aprendizaje de salud y metas conflictivas).
- Mejorar la disponibilidad del paciente para aprender, según corresponda.
- Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.
- Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.
- Determinar la secuencia de presentación de la información.
- Valorar el estilo de aprendizaje del paciente.
- Seleccionar los métodos/estrategias adecuados de enseñanza del paciente.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD

- Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso.
- Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado. - Reconocer el conocimiento del paciente sobre su afección.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.
- Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas.
- Explorar recurso/apoyo posibles, según cada caso. - Remitir al paciente a los centros/grupos de apoyo comunitarios locales, si se considera oportuno.
- Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador, si procede.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: IMAGEN CORPORAL ALTERADA

DOMINIO 6: Autopercepción

CLASE 3: Imagen corporal

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Imagen mental negativa del yo físico.	1	Disminución de la alteración social	
	2	Esconde partes del cuerpo	
	3	Síntomas depresivos	
	4	Preocupación por el cambio	
	5	Rechazo a reconocer el cambio	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Desconfianza de la función corporal	1 IMAGEN CORPORAL	1.1 Imagen interna de sí mismo 1.2 Actitud ante la descripción de los cambios del cuerpo 1.3 Satisfacción con el aspecto corporal 1.4 Adaptación a cambios en el aspecto físico	1 Problema presente (comprometido).
2 Autogestión ineficaz del sobrepeso	2 CONCIENCIA DE UNO MISMO	2.1 Reconoce las capacidades físicas corporales 2.2 Reconoce las limitaciones físicas personales 2.3 Acepta la propiedad de sus pensamientos 2.4 Se imagina a sí mismo en el futuro	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Conciencia corporal negativa			
4 Percepción poco realista de los resultados del tratamiento	3 PARTICIPA EN LAS DECISIONES SOBRE LA SALUD	3.1 Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones 3.2 Negocia las preferencias asistenciales. 3.3 Declara su intención de actuar en consecuencia 3.4 Negocia las preferencias asistenciales	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

IMAGEN CORPORAL ALTERADA

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA AUTOESTIMA

- Observar las afirmaciones del paciente sobre su propia valía.
- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
- Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente.
- Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.
- Abstenerse de realizar críticas negativas.
- Ayudar al paciente a afrontar los abusos o las burlas.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, según corresponda.
- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar el efecto que tiene el grupo de compañeros sobre sus sentimientos de propia valía.
- Explorar los logros de éxitos anteriores.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño
- incondicional.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate (p. ej., qué ha pasado, cómo le ha hecho sentir, qué va a hacer a continuación).
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los
- sentimientos y las creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Facilitar la identificación del patrón habitual de afrontamiento
- de los temores.
- Explorar medidas para afrontar la situación.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Discutir las posibles consecuencias de no afrontar los sentimientos de culpa y vergüenza.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.
- Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA AUTOCONCIENCIA

- Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de que cada persona es única.
- Ayudar al paciente a identificar los valores que contribuyen al Autoconcepto.
- Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo.
- Compartir observaciones o pensamientos sobre la conducta o la respuesta del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar las prioridades en la vida.
- Manifestar verbalmente la negación de la realidad por parte del paciente, según corresponda.
- Confrontar los sentimientos ambivalentes (enojado o deprimido) del paciente.
- Hacer observaciones sobre el estado emocional actual del paciente.
- Ayudar al paciente a aceptar su dependencia de otros, si es el caso.
- Ayudar al paciente a cambiar su visión de sí mismo como víctima mediante la definición de sus propios derechos, según proceda.

Dominio 7

Rol/relaciones

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LOS COMPORTAMIENTOS PARENTALES

DOMINIO 7: Rol/ relaciones

CLASE 1: Roles de cuidador (a)

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Limitación del cuidador(a) primario(a) para nutrir, proteger y promover el crecimiento y desarrollo óptimos, a través de un ejercicio consistente y empático de autoridad y comportamiento apropiado en respuesta a las necesidades.		1	Cambios de humor extremos	
		2	Comunicación negativa	
		3	Dificultad para regular la emoción	
		4	Ansiedad por el cuidado de los niños (as).	
		5	Problemas de conducta	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Deterioro del proceso familiar	1 DESEMPEÑO DEL ROL DE PADRES	1.1 Prevé las necesidades físicas del niño. 1.2 Elimina los peligros ambientales controlables 1.3 Estimula el desarrollo cognitivo 1.4 Estimula el crecimiento emocional.	1 Problema presente (comprometido).
2	Disminución de la capacidad de reconocer emociones	2 DESEMPEÑO DEL ROL DE PADRES: SEGURIDAD PSICOSOCIAL	2.1 Controla los compañeros de juegos 2.2 Controla al cuidados complementario 2.3 Provisión del nivel requerido de supervisión 2.4 Seleccionar un cuidador complementario adecuado	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Síntomas depresivos	3 VINCULO PADRES-HIJOS	3.1 Prácticas de conductas saludables durante la gestación 3.2 Manifiesta sentimientos positivos hacia el lactante 3.3 Crea un ambiente seguro y tranquilo 3.4 Mantienen al lactante seco, limpio y abrigado	3 Problema resuelto.
4	Apoyo social inadecuado			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LOS COMPORTAMIENTOS PARENTALES

INTERVENCIÓN (NIC):

FOMENTAR LA NORMALIZACION FAMILIAR

- Fomentar el desarrollo de la integración del niño en el Sistema Familiar sin que el niño se convierta en el centro de la familia.
- Ayudar a la familia a que vea al niño afectado primero como a un niño, en lugar de como a una persona enferma crónica o discapacitada.
- Dar la oportunidad al niño para que tenga experiencias normales de la niñez.
- Fomentar la interacción con otros niños sanos.
- Quitar importancia a la singularidad de la condición del niño.
- Animar a los progenitores a que hagan parecer al niño lo más normal posible.
- Ayudar a la familia a evitar situaciones potencialmente embarazosas con el niño.
- Ayudar a la familia a realizar cambios en el ambiente hogareño que disminuyan el recuerdo de las necesidades especiales del niño.
- Animar a los padres a que pasen tiempo con todos los niños de la familia.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DE LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Crear una cultura de flexibilidad para la familia.
- Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.
- Identificar los déficits de autocuidado del paciente.
- Identificar las preferencias de los miembros de la familia para implicarse con el paciente.
- Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente.
- Anticipar e identificar las necesidades de la familia.
- Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluidos los resultados esperados y la implantación del plan de cuidados.
- Animar a los miembros de la familia y al paciente a ser asertivos en sus relaciones con los profesionales sanitarios.
- Observar la estructura familiar y sus roles.
- Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DEL ROL PARENTAL

- Examinar la estructura del entorno familiar (p. ej., suministro adecuado de aportes, espacio seguro para el niño y la familia).
- Identificar e inscribir a las familias de alto riesgo en un programa de seguimiento.
- Animar a las madres a recibir atención prenatal temprana y regular.
- Visitar a las madres en el hospital antes del alta para empezar a establecer relaciones de confianza programar las visitas de seguimiento.
- Realizar visitas a domicilio, según esté indicado por el nivel de riesgo.
- Ayudar a los progenitores a tener esperanzas realistas adecuadas al nivel del desarrollo y de las capacidades del niño.
- Ayudar a los progenitores a desarrollar, mantener y utilizar sistemas de apoyo social.
- Escuchar los problemas y las preocupaciones de los progenitores sin juzgarlos.
- Proporcionar una retroalimentación positiva y resultados estructurados en las habilidades parentales para favorecer la autoestima.
- Ayudar a encontrar una guardería, según sea necesario.
- Remitir a servicios de cuidados por relevo, según sea conveniente.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LOS COMPORTAMIENTOS PARENTALES

DOMINIO 7: Rol/relaciones

CLASE 1: Roles de cuidador (a)

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Cuidador (a) primario (a) susceptible a una limitación para nutrir, proteger y promover el crecimiento y desarrollo óptimos, a través de un ejercicio consistente y empático de autoridad y un comportamiento apropiado en respuesta a las necesidades del niño(a).	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Disminución de la capacidad de reconocimiento de emociones.	1	ADAPTACIÓN DEL CUIDADOR AL INGRESO DEL PACIENTE A UN CENTRO SANITARIO 1.1 Resuelve los sentimientos de culpa 1.2 Resuelve los sentimientos de ira 1.3 Se muestra cómodo con la transición de funciones 1.4 Colabora con el personal	1	Problema presente (comprometido).
2	Dificultad para manejar un régimen terapéutico complejo	2	ALTERACIÓN DEL ESTILO DE VIDA DEL CUIDADOR 2.1 Trastorno de las actividades rutinarias 2.2 Interferencia con las responsabilidades del rol familiar 2.3 Carga económica derivada de la prestación de cuidados 2.4 Retraso en la promoción profesional	2	Problema parcialmente resuelto.
3	Conocimiento inadecuado acerca del mantenimiento de la salud del niño (a)	3	RESISTENCIA DEL PAPEL DEL CUIDADOR 3.1 Se compromete verbalmente a prestar asistencia 3.2 Identifica los servicios de asistencia 3.3 Colabora con profesionales sanitarios 3.4 Utiliza recursos de apoyo social	3	Problema resuelto.
4	Falta de atención a las necesidades del niño				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LOS COMPORTAMIENTOS PARENTALES

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO

- Proporcionar privacidad y confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda
- Invitar a una conversación social para calmar la ansiedad.
- Invitar a describir las razones por las que busca asesoramiento.
- Determinar el propósito, los objetivos y la agenda de las sesiones de asesoramiento.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza, la empatía, la compasión y el respeto.
- Establecer la duración de las sesiones de asesoramiento y de la relación de asesoramiento.
- Establecer metas conjuntamente.
- Esforzarse por comprender las preocupaciones, los problemas y las dificultades.
- Ayudar a identificar el problema o la situación causante del sufrimiento.
- Determinar cómo pueden interferir los problemas en la vida diaria.
- Utilizar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión
- de preocupaciones.
- Pedir a la persona y a sus allegados que identifiquen lo que pueden y no pueden hacer respecto a lo que está ocurriendo.
- Utilizar herramientas que ayuden a aumentar la autoconciencia y el conocimiento de la situación (papel y lápiz, cinta de audio, cinta de vídeo o ejercicios interactivos con otras personas), según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DEL ROL PARENTAL

- Examinar la estructura del entorno familiar (p. ej., suministro adecuado de aportes, espacio seguro para el niño y la familia).
- Identificar e inscribir a las familias de alto riesgo en un programa de seguimiento.
- Animar a las madres a recibir atención prenatal temprana y regular.
- Visitar a las madres en el hospital antes del alta para empezar a establecer relaciones de confianza programar las visitas de seguimiento.
- Realizar visitas a domicilio, según esté indicado por el nivel de riesgo.
- Ayudar a los progenitores a tener esperanzas realistas adecuadas al nivel del desarrollo y de las capacidades del niño.
- Ayudar a los progenitores a desarrollar, mantener y utilizar sistemas de apoyo social.
- Escuchar los problemas y las preocupaciones de los progenitores sin juzgarlos.
- Proporcionar una retroalimentación positiva y resultados estructurados en las habilidades parentales para favorecer la autoestima.
- Ayudar a encontrar una guardería, según sea necesario.
- Remitir a servicios de cuidados por relevo, según sea conveniente.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA EN LOS SISTEMAS DE APOYO

- Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.
- Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados.
- Monitorizar la situación familiar actual y la red de apoyo.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
- Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en internet si se considera oportuno.
- Determinar los puntos fuertes y débiles de los recursos comunitarios y aconsejar los cambios cuando sean apropiados.
- Implicar a la familia/ allegados/amigos en los cuidados y la planificación.
- Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador.
- Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS COMPORTAMIENTOS PARENTALES

DOMINIO 7: Rol/relaciones

CLASE 1: Roles de cuidador (a)

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de cuidador(a) para nutrir, proteger y promover el crecimiento y desarrollo óptimos, a través de un ejercicio de autoridad consistente y empático y un comportamiento adecuado en su respuesta a las necesidades del niño(a), que puede fortalecerse.		1	Deseos de mejorar la aceptación del niño(a).	
		2	Deseos de mejorar las relaciones entre padres e hijos	
		3	Deseos de mejorar la comunicación positiva	
		4	Deseos de mejorar la calidad de atención subjetiva	
		5	Deseos de mejorar la seguridad del entorno del hogar	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1		1 APOYO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO	1.1 Buscan apoyo social para el miembro enfermo 1.2 Los miembros proporcionan contacto reconfortante 1.3 Buscan apoyo espiritual 1.4 Buscan apoyo psicológico	1 Problema presente (comprometido).
2		2 CONOCIMIENTO: CONDUCTA DE SALUD	2.1 Prácticas nutricionales saludables 2.2 Vacunas recomendadas 2.3 Métodos de planificación familiar 2.4 Servicios de promoción de la salud	2 Problema parcialmente resuelto.
3				
4		3 ENTORNO SEGURO DEL HOGAR	3.1 Supervisión de los niños cerca 3.2 Retirar obstáculos que pongan en peligro la vida 3.3 Alejar la cuna de la ventana 3.4 Limpieza de la vivienda	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS COMPORTAMIENTOS PARENTALES

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL LACTANTE

- Monitorizar el peso y la talla del lactante.
- Ofrecer a los progenitores la posibilidad de estar presentes durante el procedimiento o de volver cuando finalice.
- Aplicar sujeciones cuando esté indicado y controlar su uso continuo.
- Consolar al lactante meciéndole, cogiéndole, arroparlo.
- Monitorizar la presencia de signos de dolor en el lactante.
- Utilizar estrategias de majeo del dolor (p. eje., distracción, manipulación ambiental).
- Proporcionar el apoyo emocional y espiritual a los progenitores (p.ejem., estar dispuestos a escuchar, ayudar con el mantenimiento, creación de estrategias de afrontamiento derivar a los servicios adecuados).
- Dar al lactante alimentos que sean adecuados para su desarrollo.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DE LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

- Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.
- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Crear una cultura de flexibilidad para la familia.
- Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.
- Identificar los déficits de autocuidado del paciente.
- Identificar las preferencias de los miembros de la familia para implicarse con el paciente.
- Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente.
- Anticipar e identificar las necesidades de la familia.
- Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluidos los resultados esperados y la implantación del plan de cuidados.
- Animar a los miembros de la familia y al paciente a ser asertivos en sus relaciones con los profesionales sanitarios.
- Observar la estructura familiar y sus roles.
- Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
- Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización o su estancia en una instalación de cuidados a largo plazo.
- Proporcionar información crucial a los miembros de la familia

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO

- Proporcionar privacidad y confidencialidad.
- Asegurar que la persona se sienta cómoda.
- Transmitir autenticidad, calidez, sinceridad, interés y cariño incondicional.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza, la empatía, la compasión y el respeto.
- Esforzarse para comprender las preocupaciones, los problemas y las dificultades.
- Ayudar a identificar el problema o la situación causante del sufrimiento.
- Identificar cómo pueden interferir los problemas en la vida diaria.
- Identificar qué pensamientos, sentimientos y conductas están asociados al problema.
- Determinar la aceptación del rol del cuidador
- Determinar la cantidad de ayuda necesaria.
- Educar sobre el proceso.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- Ofrecerse a prestar cuidados durante periodos cortos si expresa dificultades.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: CONFLICTO EXCESIVO DE ROLES PARENTALES

DOMINIO 7: Rol/relaciones

CLASE 1: Roles de cuidador (a)

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS				
Experiencia del cuidador(a) primario(a) de expectativas y responsabilidades incoherentes, contradictorias o incongruentes para satisfacer las necesidades del niño(a).		1	Conductas de ira			
		2	Sensación de pérdida de control sobre las decisiones relativas al hijo			
		3	Frustración			
		4	Incapacidad percibida para satisfacer las necesidades emocionales del niño (a)			
		5	Resistencia a participar en las actividades habituales del cuidador			
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN		
1	Incapacidad para crear su propia rutina de crianza	1	DESEMPEÑO DEL ROL	1.1 Describe las estrategias para el cambio de rol 1.2 Cumple las expectativas de su rol 1.3 Realiza conductas del rol familiar 1.4 Satisfacción por los cambios de rol	1	Problema presente (comprometido).
2	Conocimiento inadecuado acerca del mantenimiento de la salud del niño(a)	2	ESTADO DE SALUD PERSONAL	2.1 Salud mental 2.2 Equilibrio en el estado de animo 2.3 Capacidad de afrontamiento 2.4 Capacidad de comunicarse	2	Problema parcialmente resuelto.
3	Intimidación por tratamientos invasivos	3	ESTADO DE SALUD EMOCIONAL DEL CUIDADOR	3.1 Resentimiento 3.2 Sentimiento de culpa 3.3 Molestias diarias en la situación de cuidados 3.4 Ambivalencia con respecto a la situación	3	Problema resuelto.
4	Limitaciones emocionales al rol parental					

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONFLICTO EXCESIVO DE LOS ROLES PARENTALES

INTERVENCIÓN (NIC):

TECNICA DE RELAJACIÓN

- Mantener la calma de una manera deliberada.
- Mantener el contacto visual con el paciente.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Transmitir al paciente garantía de su seguridad personal.
- Identificar a otras personas cuya presencia pueda ayudar al paciente.
- Proporcionar tiempo y espacio para estar a solas, según corresponda.
- Sentarse y hablar con el paciente.
- Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva.
- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (p. ej., técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante), según corresponda.
- Proporcionar ansiolíticos, según se precise.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.
- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.
- Familiarizarse con la política y los procedimientos del centro.
- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.
- Servir de enlace entre el paciente y la familia.
- Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO

- Proporcionar privacidad y confidencialidad.
- Asegurar que la persona se sienta cómoda.
- Transmitir autenticidad, calidez, sinceridad, interés y cariño incondicional.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza, la empatía, la compasión y el respeto.
- Esforzarse para comprender las preocupaciones, los problemas y las dificultades.
- Ayudar a identificar el problema o la situación causante del sufrimiento.
- Identificar cómo pueden interferir los problemas en la vida diaria.
- Identificar qué pensamientos, sentimientos y conductas están asociados al problema.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

PATRONES DE INTERACCIÓN FAMILIAR ALTERADOS

DOMINIO 7: Rol/relaciones

CLASE 2: Relaciones familiares

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Alteración de la organización y estructura familiar que no favorece el bienestar de sus miembros.		1	Alteración en el patrón de comunicación		
		2	Alteración en la solución de conflictos familiares		
		3	Alteración en la participación en la toma de decisiones		
		4	Alianza colusoria en la familia		
		5	Expresión verbal por parte de la familia de una interacción familiar alterada		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Dificultad para hacer a una interacción comunitaria alterada	1	FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA	1	Problema presente (comprometido).
2	Dificultad pare afrontar la alteración del rol familiar		1.1	Los miembros se comunican eficazmente con otros miembros	
			1.2	Regula la conducta de los miembros	
			1.3	Se adapta a crisis inesperadas	
		1.4	Crea un entorno en el que los miembros pueden expresar abiertamente sus sentimientos		
2	Dificultad para lidiar con el cambio de poder entre los miembros de la familia	2	AFRONTAMIENTO FAMILIAR	2	Problema parcialmente resuelto.
3			2.1	Afronta los problemas familiares	
			2.2	Gestiona los problemas familiares	
			2.3	Utiliza estrategias para manejar los conflictos familiares	
		2.4	Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros		
4	Estrés excesivo	3	RESILIENCIA FAMILIAR	3	Problema resuelto.
			3.1	Propone soluciones prácticas y constructivas a las disputas	
			3.2	Expresa confianza en la superación de las adversidades	
			3.3	Fomenta una comunicación clara entre los miembros	
		3.4	Utiliza estrategias de resolución de conflictos		

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

PATRONES DE INTERACCIÓN FAMILIAR ALTERADOS

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO A LA FAMILIA

- Favorecer una relación abierta de confianza con la familia.
- Crear un ambiente terapéutico de apoyo para la familia.
- Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
- Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.
- Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.
- Facilitar la expresión de preocupaciones y sentimientos entre el paciente y su familia o entre los miembros de la familia.
- Reducir las discrepancias entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales sanitarios mediante el uso de técnicas de comunicación.
- Ayudar a la familia a identificar sus fortalezas y habilidades para sobrellevar la situación.
- Proporcionar oportunidades para que la familia aplique estrategias de afrontamiento que puedan funcionar en la situación actual.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANTENIMIENTO DE PROCESOS FAMILIARES

- Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares.
- Animar a establecer un contacto continuado con los familiares, según corresponda.
- Ayudar a los miembros de la familia a poner en práctica estrategias de normalización de su situación.
- Ayudar a los miembros de la familia a utilizar los mecanismos de apoyo existentes.
- Minimizar la ruptura de la rutina familiar facilitando hábitos y rituales familiares, tales como comidas privadas juntaos o debates familiares para la comunicación y la toma de decisiones.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR

- Escuchar a los miembros de la familia.
- Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.
- Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación.
- Determinar las relaciones familiares típicas para cada familia.
- Comprobar las relaciones familiares actuales.
- Identificar los mecanismos de afrontamiento típicos de la familia.
- Identificar las prioridades opuestas entre los miembros de la familia.
- Ayudar a la familia en la resolución de conflictos.
- Asesorar a los miembros de la familia sobre habilidades de afrontamiento adicionales eficaces para su propio uso.
- Respetar la intimidad de los miembros individuales de la familia.
- Proporcionar intimidad a la familia.
- Facilitar la armonía dentro de/entre la familia.
- Colaborar con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE PATRONES DE INTERACCIÓN FAMILIAR ALTERADOS

DOMINIO 7: Rol/relaciones

CLASE 2: Relaciones familiares

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de sufrir alteraciones en la organización y estructura familiar, que no favorece el bienestar de sus miembros.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Dificultad para afrontar la alteración del rol familiar	1	FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA 1.1 Los miembros se comunican eficazmente con otros miembros 1.2 Regula la conducta de los miembros 1.3 Se adapta a crisis inesperadas 1.4 Crea un entorno en el que los miembros pueden expresar abiertamente sus sentimientos	1 Problema presente (comprometido).
2	Dificultad para lidiar con el cambio de jerarquía entre los miembros de la familia	2	AFRONTAMIENTO FAMILIAR 2.1 Afronta los problemas familiares 2.2 Gestiona los problemas familiares 2.3 Utiliza estrategias para manejar los conflictos familiares 2.4 Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Dificultad para lidiar con el cambio de poder entre los miembros de la familia	3	RESILIENCIA FAMILIAR 3.1 Propone soluciones prácticas y constructivas a las disputas 3.2 Expresa confianza en la superación de las adversidades 3.3 Fomenta una comunicación clara entre los miembros 3.4 Los miembros se comunican eficazmente con otros miembros	3 Problema resuelto.
4	Dificultad para afrontar el cambio de rol social entre los miembros de la familia			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE PATRONES DE INTERACCIÓN FAMILIAR ALTERADOS

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO A LA FAMILIA

- Favorecer una relación abierta de confianza con la familia.
- Crear un ambiente terapéutico de apoyo para la familia.
- Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
- Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.
- Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.
- Facilitar la expresión de preocupaciones y sentimientos entre el paciente y su familia o entre los miembros de la familia.
- Reducir las discrepancias entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales sanitarios mediante el uso de técnicas de comunicación.
- Ayudar a la familia a identificar sus fortalezas y habilidades para sobrellevar la situación.
- Proporcionar oportunidades para que la familia aplique estrategias de afrontamiento que puedan funcionar en la situación actual.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA CONDUCTA

- Identificar la conducta negativa no deseada.
- Consultar con la familia para establecer el patrón de conductas no deseadas del individuo.
- Determinar por qué, cuándo y cómo se produce la conducta no deseada.
- Identificar los acontecimientos que desencadenan o mantienen la conducta problemática.
- Establecer límites a la conducta negativa con el individuo.
- Abstenerse de discutir o negociar sobre los límites establecidos.
- Proporcionar un refuerzo positivo según cada expectativa específica.
- Utilizar el refuerzo positivo para aumentar la conducta deseada.
- Considerar el uso de estrategias de formación (es decir, fomentar gradualmente el desarrollo de nuevas conductas mediante el refuerzo repetitivo de pequeñas mejoras o pasos hacia las conductas deseadas).
- Proporcionar un refuerzo positivo si imita la conducta deseada.
- Establecer hábitos.
- Establecer la coherencia en el entorno y en los hábitos de cuidado.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR

- Escuchar a los miembros de la familia.
- Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.
- Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación.
- Determinar las relaciones familiares típicas para cada familia.
- Comprobar las relaciones familiares actuales.
- Identificar los mecanismos de afrontamiento típicos de la familia.
- Identificar las prioridades opuestas entre los miembros de la familia.
- Ayudar a la familia en la resolución de conflictos.
- Asesorar a los miembros de la familia sobre habilidades de afrontamiento adicionales eficaces para su propio uso.
- Respetar la intimidad de los miembros individuales de la familia.
- Proporcionar intimidad a la familia.
- Facilitar la armonía dentro de/entre la familia.
- Colaborar con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LOS PROCESOS FAMILIARES

DOMINIO 7: Rol/relaciones

CLASE 2: Relaciones familiares

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Relaciones familiares que no favorecen el bienestar de sus miembros		1	Negación de los problemas		
		2	Abuso de sustancias		
		3	Ansiedad		
		4	Alteraciones en las relaciones familiares		
		5	Desorganización familiar		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Dificultad para resolver problemas	1	FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA 1.1 Se reúne con los nuevos miembros de la familia 1.2 Distribuye las responsabilidades entre los miembros. 1.3 Se adapta a las transiciones del desarrollo 1.4 Se adapta a crisis inesperadas.	1	Problema presente (comprometido).
2	Uso eficaz de estrategias de afrontamiento	2	INTEGRIDAD DE LA FAMILIA 2.1 Utiliza estrategias para mantener la comunicación 2.2 Implica a los miembros en la resolución de problemas 2.3 Participan juntos en actividades de ocio 2.4 Los miembros proporcionan apoyo durante los períodos de crisis	2	Problema parcialmente resuelto.
4	Vulnerabilidad percibida	3	RESILIENCIA FAMILIAR 3.1 Se moviliza rápidamente después de la adversidad 3.2 Propone soluciones prácticas y constructivas a las disputas. 3.3 Expresa confianza en la superación de las adversidades 3.4 Informa sobre aprendizaje y crecimiento	3	Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DETERIORO DE LOS PROCESOS FAMILIARES

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO A LA FAMILIA

- Aceptar valores familiares sin emitir juicios.
- Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener respuestas.
- Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.
- Facilitar la expresión de preocupaciones y sentimientos entre la paciente y su familia o entre los miembros de la familia.
- Respetar y apoyar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia.
- Proporcionar oportunidades para que la familia aplique estrategias de afrontamiento que puedan funcionar en la situación actual
- Ayudar a la familia a identificar sus fortalezas y habilidades para sobrellevar la situación.
- Proporcionar recursos espirituales a la familia, según lo precisen.
- Ayudar a los miembros de la familia durante los procesos de muerte y duelo, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

ESCUCHA ACTIVA

- Establecer el propósito de la intervención.
- Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
- Identificar los temas predominantes.
- Determinar el significado de los mensajes reflexionados o sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.
- Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.
- Recurrir a una serie de interacciones para descubrir el significado del comportamiento.
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).
- Utilizar el silencio/ escucha para expresar sentimientos y preocupaciones

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA FAMILIAR

- Utilizar la historia clínica del paciente para fomentar el diálogo familiar.
- Determinar los patrones de comunicación de la familia.
- Identificar el modo de resolución de problemas de la familia.
- Determinar la forma de tomar decisiones de la familia.
- Determinar si se están produciendo abusos en la familia.
- Identificar los puntos fuertes/recursos de la familia.
- Identificar los papeles habituales dentro del sistema familiar.
- Identificar las alteraciones específicas relacionadas con las expectativas del desempeño de papeles.
- Determinar si algún familiar tiene problemas con el abuso de sustancias.
- Determinar las alianzas familiares.
- Identificar las áreas de insatisfacción y/o conflicto.
- Determinar eventos recientes o inminentes que hayan amenazado a la familia.
- Ayudar a los familiares a comunicarse con más eficacia.
- Facilitar el diálogo familiar
- Ayudar en el planteamiento de metas hacia una forma más competente de manejar la conducta disfuncional.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS FAMILIARES

DOMINIO 7: Rol/relaciones

CLASE 2: Relaciones familiares

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de funcionamiento familiar que es suficiente para mantener el bienestar de los miembros de la familia, que puede fortalecerse.		1	Deseos de mejorar el equilibrio entre la autonomía personal y la cohesión familiar	
		2	Deseos de mejorar el patrón de comunicación	
		3	Deseos de mejorar la adaptación de la familia a los cambios	
		4	Deseos de mejorar la resiliencia psicológica familiar	
		5	Deseos de mejorar el crecimiento de los miembros de la familia	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1		1 AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA	1.1 Afronta los problemas familiares 1.2 Utiliza estrategias de reducción de estrés centradas en la familia 1.3 Atiende las necesidades de todos los miembros de la familia 1.4 Utiliza el apoyo espiritual disponible	1 Problema presente (comprometido).
2		2 FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA	2.1 Se reúne con los nuevos miembros de la familia 2.2 Distribuye las responsabilidades entre los miembros. 2.3 Se adapta a las transiciones del desarrollo 2.4 Se adapta a crisis inesperadas.	2 Problema parcialmente resuelto.
3				
4		3 RESILIENCIA FAMILIAR	3.1 Se moviliza rápidamente después de la adversidad 3.2 Propone soluciones prácticas y constructivas a las disputas. 3.3 Expresa confianza en la superación de las adversidades 3.4 Informa sobre aprendizaje y crecimiento	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS FAMILIARES

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA FAMILIAR

- Determinar los patrones de comunicación de la familia.
- Identificar el modo de resolución de problemas de la familia.
- Determinar la forma de tomar decisiones de la familia.
- Determinar si se están produciendo abusos en la familia.
- Identificar los puntos fuertes/recursos de la familia.
- Ayudar a la familia a mejorar las estrategias de afrontamiento positivas existentes.
- Solicitar a los miembros de la familia su participación en la puesta en práctica de actividades de experiencia hogareña, como hacer alguna de las comidas juntos.
- Proporcionar retos en discusión familiar para fomentar nuevos comportamientos.
- Ayudar en el planteamiento de metas hacia una forma más competente de manejar la conducta disfuncional.
- Estudiar los límites familiares.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO A LA FAMILIA

- Aceptar valores familiares sin emitir juicios.
- Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener respuestas.
- Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.
- Facilitar la expresión de preocupaciones y sentimientos entre la paciente y su familia o entre los miembros de la familia.
- Respetar y apoyar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia.
- Proporcionar oportunidades para que la familia aplique estrategias de afrontamiento que puedan funcionar en la situación actual
- Ayudar a la familia a identificar sus fortalezas y habilidades para sobrellevar la situación.
- Proporcionar recursos espirituales a la familia, según lo precisen.
- Ayudar a los miembros de la familia durante los procesos de muerte y duelo, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Centrarse en comprender las experiencias.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Empatizar y validar la experiencia (p. ej., "Es mucho con lo que lidiar", "Siento que le está pasando esto", "Lo entiendo", "A mí también me enfadaría eso").
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Explorar medidas para afrontar la situación.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE CONDUCTAS DE APEGO ALTERADAS

DOMINIO 7: Rol/relaciones

CLASE 2: Relaciones familiares

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a la alteración del proceso interactivo entre el cuidador(a) primario(a) y el lactante, que fomenta actividades que demuestran una relación recíproca protectora y enriquecedora.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1 Disminución de la organización del neurodesarrollo infantil	1 VÍNCULO PADRES-HIJO	1.1	Manifiesta sentimientos positivos hacia el lactante	1 Problema presente (comprometido).
		1.2	Hablan con el lactante	
		1.3	Juegan con el lactante	
		1.4	El lactante responde a las señales de sus padres	
2 Disminución de los estímulos relacionados con el tacto	2 CONOCIMIENTO: CUIDADO DE LOS HIJOS	2.1	Crecimiento y desarrollo normales para la edad	2 Problema parcialmente resuelto.
		2.2	Conducta normal del niño para su edad	
		2.3	Importancia de los exámenes de salud	
		2.4	Necesidades nutricionales	
3 Disminución de la sensibilidad del cuidador(a)	3 DESEMPEÑO DEL ROL DE PADRES	3.1	Proporciona una nutrición adecuada para la edad	3 Problema resuelto.
4 Conflicto derivado de una menor organización del neurodesarrollo infantil		3.2	Elimina los riesgos controlables del entorno	
		3.3	Ofrece actividades físicas adecuadas a la edad	
		3.4	Fomenta una autoestima positiva	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE CONDUCTAS DE APEGO ALTERADAS

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACIÓN PARENTAL: CRIANZA FAMILIAR DE LOS NIÑOS

- Pedir a los progenitores que describan las conductas del niño.
- Comprender la relación entre la conducta del progenitor y los objetivos apropiados según la edad del niño.
- Implicar a los progenitores en el diseño y el contenido del programa educativo.
- Identificar las tareas u objetivos de desarrollo adecuados para el niño.
- Identificar los mecanismos de defensa más utilizados por el grupo de edad.
- Facilitar a los progenitores la explicación de métodos de disciplina disponibles, su selección y los resultados obtenidos.
- Enseñar a los progenitores las características fisiológicas, emocionales y cognitivas normales de los niños.
- Proporcionar a los progenitores lecturas y otros materiales que sean útiles para ejercer su papel parental.
- Enseñar a los progenitores la importancia de una dieta equilibrada, tres comidas al día y tentempiés nutritivos.
- Revisar las necesidades nutricionales específicas de los grupos concretos de edad.
- Revisar el tema de la higiene dental con los progenitores.
- Revisar el tema del aseo personal con los progenitores.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL LACTANTE

- Fomentar la asignación de los mismos cuidadores profesionales.
- Monitorizar el peso y la talla del lactante.
- Cambiar los pañales.
- Dar al lactante alimentos que sean adecuados al nivel de desarrollo.
- Disponer oportunidades de succión no nutritiva.
- Mantener las barras laterales de la cuna levantada cuando no se esté cuidando al lactante.
- Monitorizar la seguridad del ambiente del lactante.
- Proporcionar al lactante juguetes seguros, adecuados al nivel de desarrollo.
- Proporcionar estimulación visual, auditiva, táctil y cinética durante el juego.
- Estructurar el juego y los cuidados teniendo en cuenta el temperamento del lactante.
- Hablar con el lactante mientras se le administran los cuidados.
- Aconsejar a los progenitores a que realicen los cuidados especiales del lactante.
- Reforzar la habilidad de los progenitores para realizar los cuidados especiales del lactante.
- Informar a los progenitores acerca del estado del lactante.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DEL ROL PARENTAL

- Examinar la estructura del entorno familiar (p. ej., suministro adecuado de aportes, espacio seguro para el niño y la familia).
- Animar a las madres a recibir atención prenatal temprana y regular.
- Ayudar a los progenitores a tener esperanzas realistas adecuadas al nivel del desarrollo y de las capacidades del niño.
- Ayudar a los progenitores en el cambio de papeles y en las expectativas del rol parental.
- Proporcionar información según el nivel de conocimientos de la familia.
- Debatir las estrategias de control de conducta adecuadas a cada edad.
- Ayudar a los progenitores a identificar el temperamento específico del lactante.
- Enseñar a los progenitores a responder a las conductas mostradas por el niño.
- Ayudar a los progenitores a desarrollar, mantener y utilizar sistemas de apoyo social.
- Fomentar las habilidades de resolución de problemas a través del modelado de roles, la práctica y el refuerzo.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DESEMPEÑO DEL ROL INEFICAZ

DOMINIO 7: Rol/relaciones

CLASE 3: Desempeño del rol

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de conducta y expresión de uno mismo que no concuerda con las normas, expectativas y contexto en el que se desarrolla		1	Conocimiento inadecuado sobre los requerimientos del rol	
		2	Confianza inadecuada	
		3	Violencia doméstica	
		4	Adaptación ineficaz al cambio	
		5	Ansiedad	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Modelo inadecuado del rol	1	DESEMPEÑO DEL ROL 1.1 Describe los cambios de rol por enfermedad o discapacidad 1.2 Describe las estrategias para el cambio de rol 1.3 Realiza estrategias para facilitar el cambio de rol 1.4 Informa de que se siente cómodo con las expectativas de su rol	1 Problema presente (comprometido).
2	Conflicto de rol	2	NIVEL DE ANSIEDAD 2.1 Inquietud 2.2 Angustia 2.3 Preocupación excesiva 2.4 Dificultad para relajarse	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Estrés excesivo	3	AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS 3.1 Identifica conductas impulsivas perjudiciales 3.2 Utiliza estrategias de reducción del estrés 3.3 Controla los impulsos 3.4 Mantiene autocontrol sin supervisión	3 Problema resuelto.
4	Fatiga			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DESEMPEÑO DEL ROL INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

DAR ESPERANZA

- Ayudar al paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
- Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estado temporal.
- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad solo como una faceta de la persona.
- Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.
- Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.
- Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente).
- Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.
- Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual.
- Evitar disfrazar la verdad.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

- Servir de enlace entre el paciente y la familia.
- Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios.
- Utilizar programas informáticos interactivos o ayudas para la decisión basadas en internet como complemento al apoyo profesional.
- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.

INTERVENCIÓN (NIC):

TÉCNICA DE RELAJACIÓN

- Mantener la calma de una manera deliberada.
- Mantener el contacto visual con el paciente.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Permanecer con el paciente.
- Transmitir al paciente garantía de su seguridad personal.
- Identificar a otras personas cuya presencia pueda ayudar al paciente.
- Ofrecer un baño o ducha caliente.
- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (p. ej., técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante), según corresponda.
- Proporcionar ansiolíticos, según se precise.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RELACIÓN DE PAREJA INEFICAZ

DOMINIO 7: Rol/relaciones

CLASE 3: Desempeño de rol

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de mutualidad que es insuficiente, o que puede afectar al curso, pronóstico o tratamiento de una condición de salud de uno o ambos miembros de la pareja.		1	Insatisfacción con el cumplimiento de las necesidades emocionales en la pareja.	
		2	Insatisfacción con el cumplimiento de las necesidades físicas de la pareja.	
		3	Falta de identificación de su pareja como persona de apoyo.	
		4	Respeto mutuo inadecuado entre la pareja.	
		5	Comprensión inadecuada del deterioro funcional de la pareja.	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Insatisfacción con el apoyo social.	1	ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD FÍSICA 1.1 Verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad 1.2 Se limita a las limitaciones funcionales 1.3 Modifica el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad 1.4 Selecciona los dispositivos de asistencia adecuados	1 Problema presente (comprometido).
2	Equilibrio insuficiente en la autonomía de la pareja.	2	DESARROLLO ADULTO JOVEN 2.1 Expresa pensamiento complejos 2.2 Busca nuevos conocimientos para resolver problemas 2.3 Considera el contexto de las situación 2.4 Toma decisiones formativas	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Agresión en la pareja.	3	ADAPTACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL AL INGRESO DEL PACIENTE EN UN CENTRO SANITARIO 3.1 Confía en los cuidadores que no pertenecen a la familia 3.2 Colabora con el personal 3.3 Da su consentimiento para el tratamiento 3.4 Participa en los cuidados cuando lo desea	3 Problema resuelto.
4	Desatención al enfado con la pareja.			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RELACIÓN DE PAREJA INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO A LA FAMILIA

- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.
- Ofrecer una esperanza realista.
- Favorecer una relación abierta de confianza con la familia.
- Crear un ambiente terapéutico de apoyo para la familia.
- Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
- Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.
- Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.
- Facilitar la expresión de preocupaciones y sentimientos entre el paciente y su familia o entre los miembros de la familia.
- Ayudar a la familia a priorizar las necesidades de salud dentro de esta.
- Ayudar a la familia a identificar sus fortalezas y habilidades para sobrellevar la situación.
- Proporcionar oportunidades para que la familia aplique estrategias de afrontamiento que puedan funcionar en la situación actual.
- Respetar y apoyar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia.
- Proporcionar retroalimentación a la familia respecto a sus estrategias de afrontamiento.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO AL CUIDADOR

- Determinar la aceptación del rol de cuidador.
- Determinar la cantidad de ayuda necesaria.
- Determinar el nivel de conocimientos, capacidades y limitaciones.
- Aceptar las expresiones de emociones negativas.
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- Monitorizar las interacciones en relación con los cuidados.
- Proporcionar información sobre el estado, el tratamiento y los cuidados de acuerdo con las preferencias del receptor de los cuidados.
- Monitorizar el estrés y estimular las estrategias de afrontamiento.
- Enseñar técnicas de manejo del estrés y estrategias para el mantenimiento de los cuidados de salud.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y cuidar de sí mismo.
- Educar sobre el proceso de duelo.
- Apoyar durante el proceso de duelo.
- Animar a participar en grupos de apoyo, redes sociales, recursos comunitarios y recursos en línea.
- Alentar los cuidados de relevo, según sea necesario.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LOS SISTEMAS DE APOYO

- Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.
- Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados.
- Monitorizar la situación familiar actual y la red de apoyo.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
- Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en internet si se considera oportuno.
- Determinar los puntos fuertes y débiles de los recursos comunitarios y aconsejar los cambios cuando sean apropiados.
- Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento, según corresponda.
- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.
- Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación.
- Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador.
- Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE RELACIÓN DE PAREJA INEFICAZ

DOMINIO 7: Rol/relaciones

CLASE 3: Desempeño del rol

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de un patrón de mutualidad insuficiente, o que pueda afectar al curso, pronóstico o tratamiento de una condición de salud de uno o ambos miembros de la pareja		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Conflicto entre la pareja	1 ADAPTACIÓN DEL CUIDADOR AL INGRESO DEL PACIENTE EN UN CENTRO SANITARIO	1.1 Colabora con el personal 1.2 Da su consentimiento para el tratamiento 1.3 Resuelve los sentimientos de culpa 1.4 Resuelve los sentimientos de ira	1 Problema presente (comprometido).
2	Equilibrio insuficiente en la autonomía de la pareja	2 ALTERACIÓN DEL ESTILO DE VIDA DEL CUIDADOR	2.1 Trastorno de las actividades rutinarias 2.2 Trastorno de las actividades de la vida duraría 2.3 Trastorno de la vida familiar 2.4 Interferencia en el tiempo con la familia	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Desatención al enfado con la pareja	3 FACTORES ESTRESANTES DEL CUIDADOR PRINCIPAL	3.1 Factores estresantes referidos por el cuidador 3.2 Limitaciones físicas del cuidador	3 Problema resuelto.
4	Expectativas no realistas		3.3 Resistencia del receptor de los cuidados a recibir asistencias 3.4 Conflicto entre las responsabilidades laborales y del cuidador	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE RELACIÓN DE PAREJA INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA EN LA AUTOEFICACIA

- Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada.
- Explorar la percepción del individuo de los beneficios de ejecutar la conducta deseada.
- Proporcionar información sobre la conducta deseada.
- Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta.
- Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad (p. ej., juegos, enseñanza asistida por ordenador o mapas de conversación).
- Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta.
- Utilizar afirmaciones convincentes positivas respecto a la capacidad del individuo de desarrollar la conducta.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DEL AFRONTAMIENTO

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones.
- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás.
- Fomentar la identificación de valores vitales específicos.
- Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.
- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
- Comentar las consecuencias de no enfrentarse a los sentimientos de culpa y vergüenza como amenazadores.
- Proporcionar un entrenamiento en habilidades sociales adecuadas.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

INTERVENCIÓN (NIC):

PRESENCIA

- Establecer la intención de transmitir una consideración positiva incondicional hacia la persona y su situación.
- Transmitir una sensación de conocimiento que permita a la persona sentirse valorada y comprendida.
- Transmitir franqueza, autenticidad y sinceridad.
- Escuchar las preocupaciones de manera intencionada y activa.
- Ofrecer un contacto físico suave para expresar la consideración, si resulta oportuno.
- Estar físicamente disponible para ofrecer ayuda, cuando sea necesario.
- Permanecer físicamente presente sin esperar respuestas de interacción.
- Ofrecer intimidad, según sea necesario.
- Ofrecerse a quedarse con la persona, según sea necesario.
- Informar de la disponibilidad.
- Fomentar la seguridad y disminuir los miedos.
- Tranquilizar y ayudar a los progenitores en su papel de apoyo de sus seres queridos.
- Ofrecerse a entrar en contacto con otras personas de apoyo, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RELACIÓN DE PAREJA

DOMINIO 7: Rol/relaciones

CLASE 3: Desempeño del rol

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de mutualidad que puede apoyar el curso, el pronóstico o el tratamiento de una afección de salud de uno o ambos miembros de pareja que puede fortalecerse		1	Deseos de mejorar la autonomía entre la pareja	
		2	Deseos de mejorar la colaboración entre la pareja	
		3	Deseos de mejorar el cumplimiento de las necesidades emocionales de la pareja	
		4	Deseos de mejorar el apoyo mutuo de las actividades diarias en pareja	
		5	Deseos de mejorar la comprensión del déficit funcional de pareja	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	AFRONTAMIENTO FAMILIAR	1.1 Establecer flexibilidad en los roles 1.2 Afronta los problemas familiares 1.3 Gestiona los problemas familiares 1.4 Expresa sentimientos y emociones	1 Problema presente (comprometido).
2	2	CLIMA SOCIAL DE LA FAMILIA	2.1 Utiliza estrategias de comunicación efectivas 2.2 Se apoyan unos a otros 2.3 Establece normas en la familia 2.4 Establece rutina familiar	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	ESTADO DE SALUD DE LA FAMILIA	3.1 Salud física de los miembros 3.2 Salud mental de los miembros 3.3 Recursos económicos 3.4 Estabilidad de la vivienda	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RELACIÓN DE PAREJA

INTERVENCIÓN (NIC):

ACUERDO SOBRE LA CONDUCTA

- Ayudar a identificar la conducta y el deseo de cambio.
- Fomentar un entorno abierto y de aceptación para la negociación de acuerdos.
- Ayudar a identificar objetivos realistas y alcanzables.
- Ayudar a identificar objetivos apropiados a corto y largo plazo, en conductas fácilmente observables y en términos positivos.
- Animar a escribir los objetivos, si es posible.
- Facilitar la participación de otras personas importantes en el proceso de establecimiento del acuerdo, si así lo desea la persona.
- Facilitar la renegociación de los términos del acuerdo, si es necesario.
- Ayudar a discutir los sentimientos sobre el acuerdo.
- Observar si hay signos de incongruencia y falta de compromiso para cumplir el acuerdo.
- Alentar a identificar refuerzos o recompensas apropiadas y significativas.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS

- Seleccionar la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desarrollo y la función cognitiva del paciente.
- Utilizar un plan de modificación de la conducta para reforzar la estrategia de solución de problemas que se haya enseñado, según sea apropiado.
- Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada.
- Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente.
- Instruir al paciente a reflexionar sobre sus propios pensamientos y sentimientos antes de actuar impulsivamente.
- Animar al paciente a recompensarse a sí mismo por los resultados satisfactorios.
- Ayudar al paciente a determinar cómo se podrían haber evitado los resultados insatisfactorios si se hubieran elegido conductas diferentes.
- Animar al paciente a practicar estrategias de control de los impulsos en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico, seguido por la evaluación del resultado.

INTERVENCIÓN (NIC):

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES

- Fomentar la identificación de valores vitales específicos.
- Ayudar al paciente y a sus allegados a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles.
- Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema.
- Animar al paciente a identificar sus propios puntos fuertes y habilidades.
- Construir y utilizar una escala de consecución de objetivos, según proceda.
- Identificar con el paciente los objetivos de los cuidados.
- Evitar imponer valores personales al paciente al determinar los objetivos.
- Explicar al paciente que solo se deben modificar los comportamientos de uno en uno.
- Explorar con el paciente distintas formas para conseguir los mejores objetivos.
- Ayudar al paciente a fijar límites temporales realistas.
- Ayudar al paciente a centrarse en los resultados esperados más que en los deseados.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

DOMINIO 7: Rol/relaciones

CLASE 3: Desempeño del Rol

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Cantidad inadecuada o excesiva, o calidad inadecuada del intercambio social.	1	Dificultad para establecer relaciones interpersonales reciprocas satisfactorias	
	2	Dificultad para desempeñar roles sociales	
	3	Insatisfacción con la conexión social	
	4	Expresión verbal por parte de la familia de una interacción social familiar alterada	
	5	Ansiedad social	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Confusión	1 NIVEL DE ANSIEDAD SOCIAL	1.1 Evita situaciones sociales 1.2 Evita personas desconocidas 1.3 Síntomas de pánico en situaciones sociales 1.4 Critica parental	1 Problema presente (comprometido).
2 Síntomas depresivos	2 ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD FÍSICA	2.1 Verbaliza capacidad para adaptarse a las discapacidad 2.2 Modifica el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad 2.3 Identifica maneras para afrontar los cambios en su vida 2.4 Acepta la necesidad de ayuda física	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Procesos de pensamiento perturbados	3 SEVERIDAD DE LA SOLEDAD	3.1 Sensación de desesperación 3.2 Sensación de inquietud extrema 3.3 Sensación de ser excluido 3.4 Dificultad para planificar	3 Problema resuelto.
4 Habilidades inadecuadas de comunicación			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA SOCIALIZACIÓN

- Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar el compartir los problemas comunes con los demás.
- Fomentar el respeto de los derechos de los demás.
- Fomentar la participación en actividades de reminiscencia en grupo y/o individuales.
- Remitir al paciente a un grupo o programa de habilidades interpersonales en los que pueda aumentar su comprensión de las transacciones, si resulta oportuno.
- Proporcionar retroalimentación sobre el cuidado del aspecto personal y demás actividades.
- Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus puntos fuertes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.
- Enfrentar al paciente con sus trastornos del juicio, cuando corresponda.
- Solicitar y esperar comunicaciones verbales.
- Proporcionar retroalimentación positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.
- Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine.

INTERVENCIÓN (NIC):

GRUPO DE APOYO

- Determinar el nivel y conveniencia del sistema actual de apoyo al paciente.
- Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida.
- Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
- Determinar el lugar más apropiado para la reunión del grupo (p. ej., cara a cara o en línea).
- Identificar los grupos basados en la fe como opciones disponibles para los pacientes, si procede.
- Elegir los miembros que puedan contribuir y beneficiarse de la interacción del grupo.
- Tratar la cuestión de si se pueden admitir nuevos miembros en cualquier momento.
- Vigilar y dirigir la implicación activa de los miembros del grupo.
- Fomentar la expresión y el compartir el conocimiento de la experiencia.
- Fomentar la expresión de ayudas mutuas.
- Alentar las consultas apropiadas a otros profesionales para cuestiones informativas.
- Enfatizar la importancia del afrontamiento activo.
- Remitir al paciente a otros especialistas, si procede.

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

- Identificar los signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre las situaciones estresantes.
- Permanecer con la persona para promover la seguridad y reducir la ansiedad.
- Animar a la familia a permanecer con la persona, cuando corresponda.
- Fomentar la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado.
- Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista.
- Reforzar el comportamiento, según corresponda.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Guiar para hacer respiraciones lentas y profundas.
- Ayudar a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Manejar los estímulos, según corresponda a las necesidades.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa psicológicos adecuados.
- Ayudar a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: PROCESO DE MATERNIDAD INEFICAZ

DOMINIO 7: Rol/relaciones

CLASE 3: Desempeño del rol

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Incapacidad para prepararse y/o mantener un embarazo saludable, proceso de parto y cuidado del recién nacido, para garantizar el bienestar	1	Fracaso en utilizar l apoyo social	
	2	Manejo ineficaz de los síntomas	
	3	Estilo de vida inadecuado para la etapa del parto	
	4	Técnicas inadecuadas de cuidado del bebe	
	5	Técnicas inapropiadas de alimentación del bebé	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Violencia domestica	1 CONDUCTA SANITARIA PRENATAL	1.1 Mantiene un estado saludable antes de la concepción	1 Problema presente (comprometido).
2 Falta de confianza en el progenitor que amamanta		1.2 Mantiene visitas de asistencia prenatal	
		1.3 Mantiene un patrón de aumento de peso saludable	
		1.4 Evita situaciones abusivas	
3 Apoyo social inadecuado	2 SOPORTE SOCIAL	2.1 Refiere ayuda económica de otras personas	2 Problema parcialmente resuelto.
4 Abuso de sustancias		2.2 Refiere la existencia de personas que pueden ayudarle cuando lo necesitan	
		2.3 Evidencia voluntad para buscar ayuda en otras personas	
		2.4 Refiere contactos sociales	
	3 CONDUCTA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE DROGAS	3.1 Expresa el deseo de dejar de consumir drogas	3 Problema resuelto.
		3.2 Identifica los beneficios de eliminar el uso perjudicial de las drogas	
		3.3 Identifica obstáculos para la eliminación del consumo de drogas perjudiciales	
		3.4 Obtiene ayuda de un profesional sanitario	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

PROCESO DE MATERNIDAD INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

FOMENTAR EL APEGO

- Comentar con los progenitores las expresiones de apego basadas en su cultura, antes y después del parto.
- Determinar la imagen que tienen los progenitores de su lactante aún no nacido.
- Instruir a la pareja de la paciente sobre las formas de participar durante el parto.
- Fomentar una cercanía física mantenida y frecuente entre el lactante y los progenitores (p. ej., contacto piel con piel, lactancia materna, llevar al niño cogido y dormir en estrecha proximidad con él).
- Instruir a los progenitores sobre las diversas maneras de proporcionar contacto piel con piel (p. ej., método canguro, masajes y baños conjuntos).
- Proporcionar ayuda con el autocuidado para maximizar la atención sobre el lactante.
- Facilitar el acceso completo de los progenitores al lactante hospitalizado y a que cuiden de él.
- Explicar el equipo usado para monitorizar al lactante hospitalizado.
- Actualizar con frecuencia la información ofrecida a los progenitores sobre el estado del lactante hospitalizado.

INTERVENCIÓN (NIC):

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS: FAMILIA CON RECIÉN NACIDO

- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Identificar las estrategias de afrontamiento típicas.
- Determinar el estado de las necesidades de la vida diaria.
- Determinar los recursos comunitarios adecuados para cubrir las necesidades vitales y de salud básicas.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
- Considerar criterios útiles para priorizar áreas de reducción del riesgo (p. ej., nivel de concienciación y motivación, efectividad, coste, viabilidad, preferencias, equidad, estigmatización y severidad de los resultados si los riesgos continúan sin abordarse).
- Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.
- Ejecutar las actividades de reducción del riesgo.
- Planificar el seguimiento a largo plazo
- Fijar objetivos mutuos, si procede.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO AL CUIDADOR

- Determinar la aceptación del rol de cuidador.
- Determinar la cantidad de ayuda necesaria.
- Determinar el nivel de conocimientos, capacidades y limitaciones.
- Aceptar las expresiones de emociones negativas.
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- Monitorizar las interacciones en relación con los cuidados.
- Proporcionar información sobre el estado, el tratamiento y los cuidados de acuerdo con las preferencias del receptor de los cuidados.
- Monitorizar el estrés y estimular las estrategias de afrontamiento.
- Enseñar técnicas de manejo del estrés y estrategias para el mantenimiento de los cuidados de salud.
- Alentar los cuidados de relevo, según sea necesario.
- Ofrecerse a prestar cuidados durante períodos cortos si experimenta dificultades o aumento del estrés.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE PROCESO DE MATERNIDAD INEFICAZ

DOMINIO 7: Rol/relaciones

CLASE 3: Desempeño del rol

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a una incapacidad para prepararse y/o mantener un embarazo saludable, proceso de parto y cuidado del recién nacido, para garantizar el bienestar.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Conocimiento inadecuado sobre el proceso de maternidad	1 ESTADO MATERNO: PUERPERIO	1.1 Infección 1.2 Dolor en la herida quirúrgica 1.3 Hemorragia vaginal 1.4 Dolor perineal	1 Problema presente (comprometido).
2	Abuso de sustancias	2 CONOCIMIENTO: CUIDADO DEL LACTANTE	2.1 Prácticas de seguridad del lactante y prevención de accidentes 2.2 Técnicas de alimentación del lactante 2.3 Signos y síntomas de la deshidratación 2.4 Técnicas de relajación del lactante	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Malnutrición de la madre biológica	3 CONDUCTA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE DROGAS	3.1 Expresa el deseo de dejar de consumir drogas 3.2 Sigue estrategias seleccionadas para la eliminación de las drogas 3.3 Utiliza estrategias para adaptarse a cambios en la situación de vida 3.4 Logra la abstinencia del consumo de drogas	3 Problema resuelto.
4	Cuidado prenatal inadecuado			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE PROCESO DE MATERNIDAD INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACION NUTRCIONAL

- Identificar los cambios recientes del peso corporal.
- Determinar la cantidad apropiada de ganancia de peso durante el periodo previo al parto.
- Monitorizar la presencia de náuseas y vómitos.
- Identificar las anomalías de la defecación (p.ej. diarrea, sangre, moco y defecación irregular o doloroso).
- Identificar los cambios recientes de apetito y actividad.
- Identificar las anomalías de la piel (p. ej. hematomas excesivos, mala cicatrización de las heridas y hemorragia).
- Monitorizar la ingesta calórica dietética
- Identificar los cambios recientes de apetito y actividad
- Monitorizar el estado mental (ej. confusión, depresión y ansiedad).
- Identificar las anomalías de la cavidad oral (p. ej. inflamación; encías esponjosas, retraídas o hemorrágicas; labios secos y agrietados; llagas; lengua de color escarlata y geográfica; papilas hiperémicas e hipertróficas).
- Realizar pruebas de laboratorio y monitorizar los resultados (p. ej. colesterol, albuminas sérica, transferrina, prealbúmina, nitrógeno en orina de 24 horas, BUN, creatinina, hemoglobina, hematocrito, inmunidad celular, recuento total de linfocitos y niveles de electrolitos).

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACION PARENTAL: LACTANTE

- Determinar los conocimientos, así como la buena disposición y la habilidad para aprender sobre los cuidados del lactante
- Monitorizar las necesidades de aprendizaje de la familia.
- Proporcionar orientación anticipatoria acerca de los cambios del desarrollo.
- Enseñar habilidades para cuidar al lactante.
- Animar a practicar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Proporcionar orientación anticipatoria sobre los signos de los problemas con la lactancia materna.
- Orientar sobre la introducción de alimentos sólidos a partir de los 6 meses de edad.
- Orientar sobre los riesgos de la obesidad del lactante.
- Proporcionar orientación anticipatoria acerca de los cambios en los patrones de evacuación.
- Monitorizar la habilidad para reconocer las necesidades fisiológicas del lactante.
- Proporcionar apoyo durante el aprendizaje de las habilidades del cuidado del lactante.
- Ayudar a identificar las características conductuales del lactante.

INTERVENCIÓN (NIC):

TRATAMIENTO POR EL COSUMO DE SUSTANCIA NOCIVAS

- Ayudar al paciente a comprender el trastorno como una enfermedad relacionada con varios factores (p. ej. circunstancias genéticas, psicológicas y situacionales).
- Animar o alabar los esfuerzos del paciente para aceptar la responsabilidad de la disfunción y tratamiento relacionados con el consumo de sustancias.
- Instruir a los pacientes o familiares acerca de los medicamentos utilizados para el tratamiento.
- Proporcionar terapia (p.ej. terapia cognitiva, terapia motivacional, orientación) según esté indicado.
- Animar a los pacientes a participar en el programa de apoyo de autoayuda durante y después del tratamiento (p. ej. programas de 12 pasos).
- Ayudar a los pacientes a desarrollar mecanismos de afrontamiento eficaces saludables.
- Monitorizar el consumo de sustancias durante el tratamiento (p. ej. análisis de orina y análisis del aliento).
- Monitorizar la presencia de enfermedades infecciosas (p. ej. VIH/SIDA, hepatitis B y C y tuberculosis), aplicando un tratamiento y ayuda para modificar conductas, si es necesario.
- Instruir al paciente sobre los síntomas o conductas que incrementan la posibilidad de recaída (p. ej. agotamiento, depresión, falta de honradez y complacencia).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL PROCESO DE MATERNIDAD

DOMINIO 7: Rol/ relaciones

CLASE 3: Desempeño del Rol

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de preparación y mantenimiento saludable de un embarazo, parto y cuidado del recién nacido, para asegurar el bienestar, que puede fortalecerse		1	Deseos de mejorar el conocimiento sobre el proceso de maternidad	
		2	Deseos de mejorar el estilo vida que es apropiado para la etapa del parto	
		3	Deseos de mejorar las técnicas de cuidado del bebé	
		4	Deseos de mejorar las técnicas para la alimentación del hijo	
		5	Deseos de cuidar los cuidados mamarios	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	CONDUCTA DE LA BÚSQUEDA DE LA SALUD	1.1 Realizar actividades relacionadas con la salud 1.2 Obtener ayuda de un profesional sanitario 1.3 Realiza las conductas de salud prescritas 1.4 Describe estrategias para optimizar la salud	1 Problema presente (comprometido).
2	2	CONDUCTA DE LA SALUD MATERNAL POSPARTO	2.1 Se adapta al rol materno 2.2 Establece un vínculo con el lactante 2.3 Monitoriza la aparición de nuevos problemas de salud 2.4 Mantiene una ingesta adecuada de nutrientes	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	CONOCIMIENTO : LACTANCIA MATERNA	3.1 Beneficios de la lactancia materna 3.2 Necesidades de ingesta de líquidos de la madre 3.3 Técnica adecuada para sujetar el lactante al pecho 3.4 Signos de un aporte adecuado de leche	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL PROCESO DE MATERNIDAD

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL LACTANTE: PREMATURO

- Crear una relación terapéutica y de apoyo con los progenitores
- Proporcionar espacio para el progenitor en la unidad y a la cabecera de la cama del lactante
- Ofrecer a los progenitores una información precisa y basada en la evidencia sobre la afección, el tratamiento y las necesidades del lactante
- Instruir a los progenitores para que identifique las señales y estado del lactante.
- Indicar las actividades autorreguladoras del lactante (ej. Llevarse la mano a la boca, succionar, uso de estímulos visuales o auditivos)
- Proporcionar tiempo muerto cuando el lactante muestre signos de estrés (separación de los dedos de la mano, mal color, fluctuación de la frecuencia cardíaca o respiratoria)
- Evitar la hiperestimulación, estimulando el sentido cada vez (es decir, evitar hablar al lactante mientras se le manipula y se le mira mientras está alimentándose).
- Realizar cambios posturales frecuentes del lactante
- Orientar los brazos en la línea media para facilitar las actividades de llevarse la mano a la boca.
- Reducir la luz ambiental
- Colocar al lactante para dormir en decúbito prono erguido sobre el tórax del progenitor descubierto, si es adecuado.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL LACTANTE: RECIÉN NACIDO

- Monitorizar el reflejo de succión durante la toma.
- Sujetar al lactante durante las tomas, e intentar que expulse los gases durante la toma y después.
- Hacer que expulse los gases con la cabeza elevada.
- Monitorizar el peso, las entradas y salidas.
- Registrar la primera micción y defecación.
- Coger o tocar con regularidad a los recién nacidos que están en incubadoras.
- Arropar para estimular el sueño y proporcionar una sensación de seguridad
- Colocar en decúbito supino o reclinando tras la toma
- Proporcionar información sobre las necesidades nutricionales, las técnicas de alimentación y los signos de dificultad respiratoria del lactante durante la toma.
- Proporcionar información sobre las necesidades nutricionales, las técnicas de alimentación y los signos de dificultad respiratoria del lactante durante la toma.
- Monitorizar la existencia de hipoglucemia y de otras anomalías si la madre tiene diabetes.
- Instruir a los progenitores para que detecten los síntomas de hiperbilirrubinemia.
- Favorecer y facilitar el vínculo y el apego familiares con el recién nacido
- Proporcionar un ambiente tranquilo y relajante

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DEL APEGO

- Informar a los progenitores de los cuidados necesarios proporcionados al recién nacido.
- Instruir a las progenitoras sobre la alimentación como actividad de crianza, pues proporciona la oportunidad de un contacto ocular prolongado y de cercanía física.
- Ayudar a los progenitores a identificar las necesidades del lactante cuando llora (ej. Hambre, dolor, fatiga, excitación).
- Alentar a que se proporcione una respuesta rápida y homogénea al llanto del lactante.
- Mostrar a los progenitores técnicas para calmar al lactante.
- Instruir a los progenitores sobre los signos de sobre estimulación.
- Reforzar las conductas de papel de cuidador.
- Animar a los progenitores a identificar las características familiares observadas en el lactante.
- Proporcionar ayuda con el autocuidado para maximizar la atención sobre el lactante.
- Facilitar el acceso completo de los progenitores al lactante hospitalizado y a que cuiden de él.
- Enseñar las formas de tocar a un lactante que se encuentre en una cámara de aislamiento.
- Instruir a los progenitores sobre el modo de transferir al lactante de la incubadora, a una cama calefactable o a la cuna mientras se manipula en equipo.
- Determinar cómo afronta la familia las transiciones

Dominio 8

Sexualidad

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA FUNCIÓN SEXUAL

DOMINIO 8: Sexualidad

CLASE 2: Función sexual

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Dificultad para moverse a través de las etapas del ciclo de respuesta sexual, que se percibe como el insatisfactorio, poco gratificante o inadecuado		1	Alteración en la conducta sexual	
		2	Alteración en rol sexual	
		3	Ansiedad excesiva en respuesta a la anticipación de actividad sexual	
		4	Limitación sexual percibida	
		5	Disminución del interés propio	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Creencias sexuales disfuncionales	1	CONOCIMIENTO: FUNCIONAMIENTO SEXUAL 1.1 Función de la anatomía sexual 1.2 Impacto de las enfermedades crónicas sobre la función sexual 1.3 Prácticas sexuales seguras 1.4 Posibles consecuencias de la actividad sexual	1 Problema presente (comprometido).
2	Información inexacta sobre la función sexual	2	IDENTIDAD SEXUAL 2.1 Se muestra cómodo con su orientación sexual 2.2 Comunica sentimientos estresantes o negativos sobre la identidad sexual 2.3 Refiere relaciones íntimas saludables 2.4 Establece el límite sexual personales	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Dificultad para concentrarse en las señales eróticas	3	FUNCIONAMIENTO SEXUAL 3.1 Expresa comodidad con la expresión sexual 3.2 Expresa comodidad con el cuerpo 3.3 Expresa interés sexual 3.4 Expresa deseo de intimidar	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA FUNCIÓN SEXUAL

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO SEXUAL

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Proporcionar intimidad y asegurar la confiabilidad.
- Animar al paciente a que verbalice los miedos y al que realice preguntas sobre funcionamiento sexual.
- Determinar la duración de la disfunción sexual y las posibles causas.
- Monitorizar la presencia de estrés, ansiedad y depresión como posibles causas de la disfunción sexual.
- Proporcionar información sobre el funcionamiento sexual, según corresponda.
- Evitar mostrar aversión por una corporal alterada.
- Proporcionar información concreta acerca de mitos sexuales y malas informaciones que el paciente pueda manifestar verbalmente.
- Dará seguridad de que las prácticas sexuales actuales o nuevas son saludables, según corresponda.
- Evitar terminar prematuramente sobre los sentimientos de culpa, incluso cuando estos parezcan irracionales.
- Remitir al paciente a un terapeuta sexual, cuando corresponda.
- Proporcionar la derivación /consulta con otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA CONDUCTA: SEXUAL

- Identificar las conductas sexuales inaceptables, en función del contexto concreto y la población de los pacientes.
- Comentar con el paciente las consecuencias de la conducta sexual socialmente inaceptable y de las manifestaciones verbales.
- Explicar el impacto negativo que puede tener sobre los demás la conducta sexual socialmente inaceptable.
- Asignar al paciente una habitación individual si ha sido valorado como de alto riesgo de conducta sexual socialmente inaceptable.
- Limitar la movilidad física del paciente (restricción de zonas) si es necesario, para disminuir la oportunidad de conductas sexuales socialmente inaceptables.
- Comunicar el riesgo de los demás cuidadores.
- Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para controlar al paciente.
- Recondicionar cualquier conducta/manifestación verbal sexual socialmente inaceptable.
- Comentar la razón de que la conducta/manifestación verbal sexual sea inaceptables.
- Explorar la intensión que hay detrás de cada conducta para abordar las distorsiones cognitivas y las técnicas de condicionamiento negativo.
- Presentar las consecuencias predeterminadas de la conducta sexual indeseable.

INTERVENCIÓN (NIC):

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: INFERTILIDAD

- Preparar física y psicológicamente a la paciente para el examen ginecológico.
- Explicar los tipos de infertilidad (ej. Primaria, secundaria masculina y femenina)
- Explicar el procedimiento y las sensaciones que la paciente puede experimentar durante el mismo.
- Ayudar al hombre a complementar el análisis de semen y los exámenes médicos.
- Ayudar en la expresión de sentimientos de duelo, decepción y fracaso.
- Estimular la expresión de sentimientos sobre la sexualidad, la autoimagen y la autoestima.
- Determinar hasta qué punto las parejas son capaces y están dispuestas a participar en el tratamiento complejo de infertilidad.
- Estimular la expresión de sentimientos sobre la sexualidad, la autoimagen y la autoestima
- Remitir a grupo de apoyo de parejas estériles, según corresponda
- Colaborar en la resolución de problemas que ayuden a la pareja a valorar alternativas de paternidad biológica.
- Averiguar el efecto de la infertilidad de la pareja

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA DIADA MATERNO FETAL

DOMINIO 8: Sexualidad

CLASE 3: Reproducción

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptibles de sufrir una alteración de la relación simbiótica madre-feto que afecte al intercambio fisiológico y a las interacciones afectivo-emocionales durante el embarazo como consecuencia de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Abuso desatendido	1 CONDUCTA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE DROGAS	1.1 Expresa el deseo de dejar de consumir drogas 1.2 Confirma la necesidad del tratamiento 1.3 Utiliza estrategias para adaptarse a cambios en la situación de vida 1.4 Logra abstinencia del consumo de drogas	1 Problema presente (comprometido).
2	Consumo de alcohol durante el embarazo	2 CONTROL DE RIESGO	2.1 Identificar los factores de riesgo 2.2 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo 2.3 Recibe las vacunas recomendadas 2.4 Reconoce los cambios en el estado de salud general	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Abuso de sustancias			
4	Cuidado prenatal inadecuado	3 CONOCIMIENTO: ESTILO DE VIDA SALUDABLE	3.1 Estrategias para mantener una dieta saludable 3.2 Importancia de la actividad física 3.3 Factores personales que afectan a las conductas de la salud 3.4 Estrategias para prevenir enfermedades	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DEL DETERIORO DE LA DIADA MATERNO FETAL

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

- Determinar la presencia de factores médicos relacionados malos resultados del embarazo (p. ej., diabetes, enfermedades del tiroides, hipertensión, obesidad, trombofilia o antecedentes de TVP, afecciones autoinmunes, herpes, hepatitis, VIH, trastornos convulsivos).
- Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (abortos frecuentes, prematuridad, posmadurez, preeclampsia, embarazo múltiple, rotura prematura de membranas, antecedentes familiares de trastornos genéticos).
- Reconocer los factores demográficos y sociales relacionados con malos resultados del embarazo (edad materna joven o avanzada, raza, etnia, bajo nivel socioeconómico, cuidados prenatales tardíos o inexistentes, abuso físico, abuso de sustancias nocivas).
- Explicar los riesgos fetales asociados con partos prematuros en las diversas edades de gestación.
- Interpretar las explicaciones médicas de los resultados de las pruebas y procedimientos.
- Proporcionar orientación anticipatoria de experiencias comunes que sufren las madres de alto riesgo durante el embarazo posparto p. ej., agotamiento, depresión, estrés crónico, decepción con la crianza del lactante, pérdida de ingresos, distanciamiento de la pareja y disfunción sexual).

INTERVENCIÓN (NIC):

TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

- Considerar la presencia de enfermedades concurrentes o de trastornos psiquiátricos o médicos coincidentes, modificando el tratamiento en consecuencia.
- Ayudar al paciente a comprender el trastorno como una enfermedad relacionada con varios factores (p. ej., circunstancias genéticas, psicológicas y situacionales).
- Animar o alabar los esfuerzos del paciente para aceptar la responsabilidad de la disfunción y tratamiento relacionados con el consumo de sustancias.
- Animar a los pacientes a participar en el programa de apoyo de autoayuda durante y después del tratamiento (p. ej., programas de 12 pasos).
- Monitorizar el consumo de sustancias durante el tratamiento (p. ej., análisis de orina y análisis del aliento).
- Instruir al paciente sobre los síntomas o conductas que incrementan las posibilidades de recaída (p. ej., agotamientos, depresión, falta de honradez y complacencia).
- Animar a la familia a participar en los esfuerzos de recuperación.

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA: AL FINAL DEL EMBARAZO

- Monitorizar los signos vitales maternos y fetales.
- Monitorizar su hay signos de hipertensión inducida por el embarazo (hipertensión, cefalea, visión borrosa, náuseas, vómitos, alteraciones visuales, hiperreflexia, edema, proteinuria).
- Realizar la monitorización fetal electrónica, según corresponda.
- Observar la presencia y calidad de los movimientos fetales.
- Recuperar e interpretar los datos de laboratorio y ponerse en contacto con el médico, si resulta oportuno.
- Explicar los resultados de las pruebas diagnósticas a la paciente y a la familia.
- Obtener el historial de enfermedades de transmisión sexual y la frecuencia de las relaciones sexuales, según corresponda.
- Realizar la maniobra de Leopold para determinar la posición fetal.
- Establecer la prioridad de las acciones en función del estado de la paciente (tratar, continuar observando, ingresar o dar de alta).
- Monitorizar el estado nutricional, según corresponda.



Dominio 9

Afrontamiento/tolerancia al estrés

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

SINDROME POSTRAUMATICO

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 1: Respuestas postraumáticas

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Persistencia de una respuesta desadaptativa ante un acontecimiento traumático y abrumador		1	Ansiedad excesiva	
		2	Temor excesivo	
		3	Deterioro de la regulación del estado de ánimo	
		4	Patrón de sueño ineficaz	
		5	Afrontamiento desadaptativo	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Disminución de la fortaleza del ego	1 BIENESTAR PERSONAL	1.1 Salud psicológica 1.2 Relaciones sociales 1.3 Capacidad para expresar emociones 1.4 Estado cognitivo	1 Problema presente (comprometido).
2	Entorno no propicio a las necesidades	2 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS	2.1 Refiere disminución de estrés 2.2 Verbaliza aceptación de la situación 2.3 Se adapta a los cambios de desarrollo 2.4 Evita situaciones excesivamente estresantes	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Sentido exagerado de la responsabilidad	3 IDENTIDAD PERSONAL	3.1 Se diferencia del entorno 3.2 Realiza roles sociales 3.3 Afronta las creencias erróneas sobre uno mismo 3.4 Se diferencia de otros seres humanos	3 Problema resuelto.
4	Red de apoyo social inadecuado			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

SINDROME POSTRAUMATICO

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Demostrar empatía, calidez y sinceridad.
- Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda.
- Favorecer la expresión de sentimientos
- Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.
- Ayudar al paciente a que enumere y priorice todas las alternativas posibles al problema.
- Verbalizar la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente.
- Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.
- Proporcionar información objetiva, según sea necesario y apropiado.
- Dar tiempo a responder
- Pedir a la persona y a sus allegados que identifiquen lo que pueden y no pueden hacer respecto a lo que está ocurriendo.
- Organizar el seguimiento o la derivación

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL ESTADO DE ÁNIMO

- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.
- Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.
- Considera la posibilidad de hospitalización del paciente con alteraciones del estado de ánimo que plantea riesgos para la seguridad, que es incapaz de satisfacer las necesidades de autocuidado y/o carece de apoyo social.
- Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia).
- Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente.
- Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigila (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación, limitar medicamentos sedantes y la cafeína).
- Ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado a medida que pueda hacerlo.

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Fomentar la realización de no competitivas, si resulta adecuado.
- Reforzar el comportamiento según corresponda.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la facilitación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios de nivel de ansiedad.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE SÍNDROME POSTRAUMÁTICO

DOMINIO 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés

CLASE 1: Respuestas postraumáticas

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a la persistencia de una respuesta desadaptativa antes un acontecimiento traumático y abrumador.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Disminución de la fortaleza del ego	1	AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS 1.1 Identifica conductas impulsivas perjudiciales 1.2 Utiliza estrategias de reducción del estrés 1.3 Controla los impulsos 1.4 Mantiene autocontrol sin supervisión	1 Problema presente (comprometido).
2	Entorno no propicio a las necesidades	2	RECUPERACIÓN TRAS EL ABUSO 2.1 Evita el contacto con el agresor 2.2 Reconoce las características de las relaciones abusivas 2.3 Establece relaciones interpersonales 2.4 Demuestra autoestima	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Sentido exagerado de la responsabilidad	3	MODIFICACIÓN PSICOSOCIAL: CAMBIO DE VIDA 3.1 Mantiene un pensamiento positivo 3.2 Mantiene la autoestima 3.3 Expresa confianza en el manejo del cambio 3.4 Expresa satisfacción con las condiciones de vida	3 Problema resuelto.
4	Apoyo social inadecuado			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE SÍNDROME POSTRAUMÁTICO

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Explicar todos los procedimientos, incluidas las sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.
- Controlar los estímulos de las necesidades del paciente, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Animar a la familia a permanecer con la persona, cuando corresponda.
- Proporcionar información respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DEL AFRONTAMIENTO

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- Instruir al paciente en técnicas de relajación, si resulta necesario.
- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás.
- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA

- Determinar los riesgos para la salud y las percepciones del estado de salud, incluida la información sobre la conducta y rutinas normales.
- Preguntar por signos, síntomas y problemas recientes.
- Monitorizar las estrategias de afrontamiento.
- Implicar a la persona y a la familia en las actividades de seguimiento, según proceda.
- Priorizar las funciones en función del estado.
- Explicar los resultados de las pruebas diagnósticas a la persona y familiares.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE TRANSICIÓN MIGRATORIA ALTERADA

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 1: Respuestas postraumáticas

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a sentimientos y consecuencias negativas durante el proceso de reubicación y adaptación desde el permiso de origen.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Barreras de comunicación	1 AFRONTAMIENTO	1.1 Identifica estrategias de afrontamiento centradas en el problema 1.2 Identifica estrategias de afrontamiento centradas en las emociones 1.3 Manifiesta la aceptación de la situación 1.4 Expresa las emociones desencadenadas por situaciones desencadenadas	1 Problema presente (comprometido).
2	Concomiendo inadecuado sobre el acceso a los recursos	2 IMPLICACIÓN SOCIAL	2.1 Establece conexiones intergeneracionales 2.2 Asiste a actividades de grupo 2.3 Conecta a diario con los demás 2.4 Evalúa la red social personal	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Discriminación social manifiesta	3 HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL	3.1 Colabora con los demás 3.2 Muestra sensibilidad a los demás 3.3 Muestra consideración 3.4 Parece relajado	3 Problema resuelto.
4	Apoyo social inadecuado			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE TRANSICIÓN MIGRATORIA ALTERADA

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional.
- Presentarse y asegurarse que la persona se sienta cómoda.
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Centrarse en comprender las experiencias.
- Explorar que ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Explorar las medidas para afrontar la situación.
- Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases de duelo.
- Favorecer la conversación o el llanto como un medio de expresar y liberar la respuesta emocional.
- Remitir a servicio de asesoramiento, si se precisa.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORAR EL AFRONTAMIENTO

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones.
- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizante.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCIÓN DE ESTRÉS POR TRASLADO

- Animar al individuo y a la familia a comentar las preocupaciones respecto al traslado.
- Examinar con el individuo las estrategias de afrontamiento previas.
- Evaluar los sistemas de apoyo disponibles (p. ej.; familia ampliada, implicación de la comunidad, afiliaciones religiosas).
- Asignar un compañero que le ayude en la integración en el nuevo ambiente.
- Proporcionar actividades recreativas (p. ej.; participación en aficiones, actividades cotidianas).
- Ayudar al individuo en su periodo de duelo y a superar la pérdida del hogar, amigos e independencia.
- Valorar la necesidad/deseo del individuo de apoyo social.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **AFRONTAMIENTO DESADAPTATIVO**

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS				
Esfuerzos cognitivos y/o conductuales contraproducentes para manejar una situación estresante o desagradable		1	Conductas agresivas			
		2	Ansiedad			
		3	Conductas de evitación			
		4	Conductas obsesivas			
		5	Conductas auto lesivas			
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Alto grado de amenaza	1	AFRONTAMIENTO		1	Problema presente (comprometido).
2	Confianza inadecuada en la capacidad para afrontar la situación		1.1	Manifiesta confianza en sí mismo		
			1.2	Manifiesta sensación de control		
			1.3	Identifica estrategias de afrontamiento centradas en el problema		
		1.4	Manifiesta la aceptación de la situación			
3	Conocimiento inadecuado de los recursos	2	AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS		2	Problema parcialmente resuelto.
			2.1	Identifica conductas impulsivas perjudiciales		
			2.2	Identifica conductas impulsivas perjudiciales		
			2.3	Identifica las consecuencias de las acciones impulsivas		
		2.4	Reconoce el efecto de las drogas sobre la conducta impulsiva			
4	Sensación de control inadecuada	3	NIVEL DE ANSIEDAD		3	Problema resuelto.
			3.1	Inquietud		
			3.2	Angustia		
			3.3	Malestar		
			3.4	Ansiedad verbalizada		

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AFRONTAMIENTO DESADAPTATIVO

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORAR DEL AFRONTAMIENTO

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayuda al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Ayudar la paciente a identificar la información que más le interese obtener.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte de estrés.
- Alentar el uso de fuentes espiritual/cultural el paciente.
- Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfadado o depresión)
- Facilitar salidas constructivas a la ira y hostilidad.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

- Identificar los signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Utilizar un enfoque sereno de seguridad.
- Establecer claramente las expectativas de la conducta.
- Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre las situaciones estresantes.
- Permanecer con la persona para promover la seguridad y reducir la ansiedad.
- Animar al familiar a permanecer con la persona, cuando corresponda.
- Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.
- Fomentar la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado.
- Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista.
- Escuchar con atención
- Reforzar el comportamiento, según corresponda.
- Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar cambios en el nivel de ansiedad.
- Guiar para hacer respiraciones lentas y profundas.
- Ayudar a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa psicológicos adecuados.

INTERVENCIÓN (NIC):

INTERVENCIÓN EN CASO DE CRISIS

- Proporcionar un ambiente seguro y de apoyo
- Establecer una relación terapéutica
- Determinar si hay un riesgo de seguridad para sí mismo y para otros
- Instaurar las precauciones necesarias para salvaguardar a la persona o a los demás.
- Utilizar un abordaje activo de manejo de crisis agudas, según sea necesario.
- Ayuda a la persona a sentirse segura y menos ansiosa.
- Centrarse en la interacción de eliminados prejuicios, suposiciones previas, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Escuchar con atención plena utilizando técnicas de comunicación (ej. Contacto visual, compenetración, respuestas frecuentes para verificar y transmitir comprensión, resumir lo que dice la persona).
- Evitar dar falsas seguridades.
- Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva.
- Reconocer el tipo de crisis (madurativa, situacional, adventicia) para ayudar a desarrollar un plan de cuidados centrado en la persona, según proceda.
- Participar en la identificación de intervenciones realistas y adecuadas.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO

DOMINIO 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de esfuerzos y/o conductuales para manejar una situación estresante o desagradable, que puede fortalecerse.		1	Deseos de mejorar la gestión del estrés	
		2	Deseos de mejorar el conocimiento de las estrategias del manejo de estrés	
		3	Deseos de mejorar el uso de estrategias centradas en las emociones	
		4	Deseos de mejorar la resolución de problemas	
		5	Deseos de mejorar el uso de estrategias centradas en el problema	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1		1 NIVEL DE ESTRÉS	1.1 Aumento de presión arterial 1.2 Mayor frecuencia de accidentes 1.3 Inquietud 1.4 Ansiedad	1 Problema presente (comprometido).
2		2 AUTOESTIMA	2.1 Expresión de autoaceptación 2.2 Aceptación de la crítica constructiva 2.3 Nivel de confianza 2.4 Sentimientos de autoestima	2 Problema parcialmente resuelto.
3		3 TOMA DE DECISIONES	3.1 Identifica el problema 3.2 Identifica los posibles beneficios de cada alternativa 3.3 Identifica la secuencia necesaria para apoyar cada alternativa 3.4 Compara las alternativa	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Centrarse en comprender las experiencias.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Empatizar y validar la experiencia (p. ej., “Es mucho con lo que lidiar,” “Siento que le está pasando esto”, “Lo entiendo”, “A mi también me enfadaría eso”).
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Explorar medidas para afrontar la situación.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORAR DEL AFRONTAMIENTO

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizados.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Alentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.
- Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los procedimientos.
- Proporcionar información respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Animar a la familia a permanecer con la persona, cuando corresponda.
- Escuchar con atención.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Guiar para hacer respiraciones lentas y profundas.
- Ayudar a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Determinar la capacidad en la toma de decisiones.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AFRONTAMIENTO FAMILIAR DESADAPTATIVO

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Esfuerzos cognitivos y/o conductuales contraproducentes de la familia para gestionar una situación estresante o desagradable		1	Ser abandonado	
		2	Conductas agresivas	
		3	Síntomas depresivos	
		4	Distorsión de la realidad respecto al problema de salud del paciente	
		5	Pérdida de la independencia	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Relaciones familiares ambivalentes	1	ESTADO DE SALUD DE LA FAMILIA	1
	Sentimientos crónicamente no expresados por la persona de apoyo		1.1 Salud física de los miembros 1.2 Estado de vacunación de los miembros 1.3 Desarrollo físico de los miembros 1.4 Estabilidad de la vivienda	Problema presente (comprometido).
2		2	AFRONTAMIENTO FAMILIAR	2
	Diferentes estilos de afrontamiento entre las personas de apoyo		2.1 Establece flexibilidad en los roles 2.2 Afronta los problemas familiares 2.3 Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros 2.4 Establece las prioridades de la familia	Problema parcialmente resuelto.
3		3	APOYO DE LA RED SOCIAL FAMILIA	3
	Relaciones familiares paradójicas		3.1 Personas que se preocupan por los miembros de la familia 3.2 Voluntad de los miembros de compartir sus necesidades de con los demás 3.3 Los miembros aceptan ayuda de los demás 3.4 Contacto positivos de los miembros en las redes sociales	Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AFRONTAMIENTO FAMILIAR DESADAPTATIVO

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO A LA FAMILIA

- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Favorecer una relación abierta de confianza con la familia.
- Crear un ambiente terapéutico de apoyo para la familia.
- Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.
- Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.
- Ayudar a la familia a priorizar las necesidades de salud dentro de la misma.
- Orientar a la familia sobre el marco de cuidados sanitarios, como un centro hospitalario o una clínica.
- Ayudar a la familia a identificar sus fortalezas y habilidades para sobrellevar la situación.
- Respetar y apoyar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia.
- Asesorar a los miembros de la familia sobre las técnicas de afrontamiento adicionales eficaces para su uso propio.

INTERVENCIÓN (NIC):

MOVILIZACIÓN FAMILIAR

- Ofrecerse a escuchar a los miembros de la familia.
- Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.
- Identificar los puntos fuertes y los recursos dentro de la familia, en los miembros de la familia y en su sistema de apoyo y la comunidad.
- Proporcionar información con frecuencia a la familia para ayudarles a identificar las limitaciones y progresos del paciente, así como las implicaciones en su cuidado.
- Fomentar la toma de decisiones relacionadas con el plan de cuidados del paciente de forma mutua con los miembros de la familia.
- Explicar a los miembros de la familia la necesidad de asistencia sanitaria profesional continuada, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

INTERVENCIÓN EN CASO DE CRISIS

- Proporcionar un ambiente de apoyo.
- Determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo o para otros.
- Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva.
- Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y de la dinámica de la crisis.
- Animar al paciente a centrarse en una implicación cada vez.
- Ayudar en la identificación de puntos fuertes y habilidades personales que puedan utilizarse en la resolución de la crisis.
- Ayudar en la identificación de habilidades pasadas/presentes para afrontar la crisis y su eficacia.
- Ayudar en el desarrollo de nuevas habilidades de afrontamiento y de solución de problemas, si resulta necesario.
- Ayudar en la identificación de sistemas de apoyo disponibles

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR

DOMINIO 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de esfuerzos cognitivos y/o conductuales de la familia para gestionar una situación estresante o desagradable, que puede fortalecerse	1	Deseos de conocer el impacto de la crisis en el crecimiento	
	2	Deseos de seleccionar experiencias que mejoran el bienestar	
	3	Deseos de mejorar la conexión con otros que han experimentado una situación similar	
	4	Deseos de mejorar el enriquecimiento del estilo de vida	
	5	Deseos de mejorar la promoción a la salud	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1 AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA	1.1 Expresa sentimiento y emociones abiertamente entre los miembros 1.2 Controla los problemas familiares 1.3 Establece programas para la rutina y actividades familiares 1.4 Obtiene ayuda familiar	1 Problema presente (comprometido).
2	2 BIENESTAR DEL CUIDADOR PRINCIPAL	2.1 Satisfacción con la salud emocional 2.2 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados 2.3 Satisfacción con la realización de roles habituales 2.4 Rol del cuidador	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3 COMUNICACIÓN	3.1 Reconoce los mensajes recibidos 3.2 Dirige el mensaje de forma apropiada 3.3 Intercambia mensajes con los demás 3.4 Entorno favorecedor de la comunicación	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR

Escuchar a los miembros de la familia.
 Determinar la comprensión familiar de la dolencia.
 Ayudar a la familia a resolver los sentimientos irreales de culpa o responsabilidad, si está justificado.
 Determinar las relaciones familiares típicas para cada familia.
 Comprobar las relaciones familiares actuales.
 Identificar las prioridades opuestas entre los miembros de la familia.
 Ayudar a la familia en la resolución de conflictos.
 Facilitar la armonía dentro de/entre la familia.
 Colaboración con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones.
 Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas.
 Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia.
 Establecer los cuidados del paciente por parte de los miembros de la familia, si resulta adecuado.
 Facilita las visitas familiares.
 Remitir a terapia familiar, si es preciso.

INTERVENCIÓN (NIC):

ORIENTACIÓN ANTICIPATORIA

- Ayuda al paciente a identificar la posible aparición de crisis del desarrollo y/o circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar.
- Enseñar acerca del desarrollo y comportamiento normal, según corresponda.
- Proporcionar información sobre expectativas realistas relacionadas con el comportamiento del paciente.
- Determinar los métodos habituales de solución de problemas del paciente
- Ayudar al paciente a decidir la forma de solucionar el problema.
- Ayudar al paciente a decidir quién será la persona encargada de solucionar el problema.
- Ayudar al paciente a adaptarse anticipadamente a los futuros cambios de rol.
- Proporcionar al paciente un referencia preparada (materiales/folletos educativos), si es el caso
- Sugerir textos escritos o fuentes electrónicas para que el paciente lea, si resulta oportuno.
- Programar visitas adicionales para pacientes con preocupación o dificultades.
- Involucrar a la familia/allegados, cuando sea posible.

INTERVENCIÓN (NIC):

ESCUCHA ACTIVA

- Establecer el propósito de la intervención.
- Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
- Identificar los temas predominantes.
- Determinar el significado de los mensajes reflexionados o sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.
- Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.
- Recurrir a una serie de interacciones para descubrir el significado del comportamiento.
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).
- Utilizar el silencio/ escucha para expresar sentimientos y preocupaciones.
- Escabuchar los mensajes y sentimientos no expresados y además de entender el contenido de la conversación.
- Identificar temas predominantes
- Organizar las responsabilidades mutuas y el seguimiento, se es necesario.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AFRONTAMIENTO DE LA COMUNIDAD DESADAPTATIVO

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de actividades de la comunidad para la adaptación y solución de problemas que resulta inadecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad.		1	La comunidad no satisface las expectativas de sus miembros	
		2	Elevado índice de enfermedades en la comunidad	
		3	Excesivos conflictos en la comunidad	
		4	Estrés comunitario excesivo	
		5	Alta incidencia de problemas en la comunidad	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Recursos comunitarios inadecuados para la resolución de problemas	1	ESTADO DE SALUD DE LA COMUNIDAD 1.1 Tasas de mortalidad 1.2 Tasas de morbilidad 1.3 Tasas de vacunación 1.4 Estado de salud de poblaciones minoritarias.	1 Problema presente (comprometido).
2	Recursos comunitarios inadecuados	2	NIVEL DE VIOLENCIA SOCIAL 2.1 Tasa de homicidios. 2.2 Tasa de suicidios. 2.3 Tasa de agresiones físicas. 2.4 Tasa de violencia en centros de educación secundaria.	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Sistemas comunitarios inexistentes	3	ESTADO DE INMUNIZACIÓN DE LA COMUNIDAD 3.1 Tasa de vacunación iguales o superiores a las coberturas nacionales 3.2 Incidencia de enfermedades previsibles mediante vacunación igual o inferior a la tasa nacional recomendada. 3.3 Prevalencia de enfermedades previsibles mediante vacunación igual o inferior a la tasa nacional recomendada. 3.4	3 Problema resuelto.
4				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AFRONTAMIENTO DE LA COMUNIDAD DESADAPTATIVO

INTERVENCIÓN (NIC):

CONTROL INFECCIONES

- Seguir las precauciones universales en todas las actividades asistenciales.
- Lavarse las manos o utilizar desinfectante de manos antimicrobiano antes y después de cada actividad.
- Favorecer la protección de ojos, nariz y boca.
- Colocar a las personas en forma que los aerosoles y las salpicaduras se alejen de la cara del cuidador.
- Utilizar EPI siempre que se prevea una posible exposición a material infeccioso.
- Limpiar adecuadamente el entorno del área de cuidados después de cada uso, según las normas del centro.
- Limpiar el número de visitantes para las personas aisladas, según corresponda.
- Instruir a las personas sobre las técnicas adecuadas para lavarse y para limpiarse las manos al entrar y salir de las habitaciones

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Identificar los grupos de riesgo y rangos de edad que se benefician más de la educación sanitaria.
- Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria.
- Identificar las características de la población diana que afectan a la selección de las estrategias de aprendizaje.
- Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas.
- Centrarse en los beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de en beneficios a largo plazo o en los efectos negativos derivados de incumplimientos.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO PARA LA CONSECUCCIÓN DEL SUSTENTO

- Determinar la suficiencia de la situación económica del paciente.
- Determinar la suficiencia de los suministros alimenticios en el hogar.
- Informar a la persona/familia acerca del acceso a bancos de alimentos locales y a programas de comida gratuita.
- Informar a la persona/familia acerca de los programas de alojamientos de emergencia disponibles.
- Organizar el transporte a refugios de alojamiento de emergencia.
- Comentar con la persona/familia el apoyo de ayuda económica disponible.
- Ayudar a la persona/familia a cumplimentar los formularios de asistencia, como los de ayuda de alojamiento o económica.
- Informar a la persona/familia acerca de las clínicas gratuitas disponibles.
- Ayudar a la persona/familia a obtener asistencia de las clínicas gratuitas.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO DE LA COMUNIDAD

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de actividades comunitarias de adaptación y resolución de problema que resulta adecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad que puede fortalecerse.		1	Deseos de mejorar la comunicación entre los subgrupos y la comunidad general	
		2	Deseos de mejorar la planificación de la comunidad para afrontar agentes estresantes	
		3	Deseos de mejorar los recursos comunitarios para la gestión del estrés	
		4	Deseos de mejorar la resolución de problemas identificados	
		5	Deseos de mejorar la comunicación entre los miembros de la comunidad	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1		1 NIVEL DE VIOLENCIA SOCIAL	1.1 Tasa de violencia con armas 1.2 Tasas de agresiones físicas 1.3 Tasas de delito por odio 1.4 Tasa de asesinatos-suicidios	1 Problema presente (comprometido).
2		2 CONTROL DEL RIESGO EN LA COMUNIDAD: ENFERMEDAD CRÓNICA	2.1 Provisión de programas de educación pública sobre enfermedades crónicas 2.2 Participación de la población diana en los programas de educación pública reducción de riesgo de enfermedades crónicas 2.3 Disponibilidad de programas educativos sobre el autocontrol de enfermedades crónicas 2.4 Monitorización de la prevalencia de enfermedad crónica	2 Problema parcialmente resuelto.
3				
4		3 CONTROL DEL RIESGO EN LA COMUNIDAD: VIOLENCIA	3.1 Valoración sistemática de grupos de riesgo 3.2 Programas de apoyo para grupos de alto riesgo 3.3 Programas educativos sobre prevención de violencia 3.4 Adaptación de la diversidad de la población	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO DE LA COMUNIDAD

INTERVENCIÓN (NIC):

DESARROLLO DE UN PROGRAMA

- Ayudar al grupo o comunidad a identificar las necesidades o problemas de salud significativos
- Priorizar las necesidades de salud de los problemas identificados
- Reunir un grupo de trabajo, incluyendo a los miembros adecuados de la comunidad para examinar la necesidad o el problema prioritario
- Instruir a los miembros del grupo de planificación de acuerdo con el proceso de planificación según sea conveniente.
- Identificar las propuestas alternativas para dirigir las necesidades o problemas
- Evaluar las propuestas alternativas detallando el costo de los recursos necesarios, la viabilidad y las necesarias.
- Elegir la propuesta más adecuada
- Desarrollar los objetivos para dirigir las necesidades o los problemas
- Describir métodos y un marco temporal para su ejecución
- Identificar los recursos y las restricciones para la aplicación del programa
- Facilitar la adopción del programa por parte del grupo o comunidad
- Evaluar la relevancia, la eficacia y la rentabilidad del programa

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA: COMUNIDAD

- Identificar el propósito, el procedimiento y los mecanismos de comunicación para los sistemas necesarios y voluntarios de notificación de los datos sanitarios
- Recoger datos relacionados con situaciones sanitarias como, por ejemplo, enfermedades y lesiones para informar de ellas.
- Establecer la frecuencia de la recogida y el análisis de los datos
- Notificar los datos utilizando mecanismos e información estándar
- Colaborar con otras instituciones en la recogida análisis y notificación de datos
- Seguimiento de los informes de instituciones adecuadas para asegurar la exactitud y la utilidad de la información
- Enseñar a los pacientes a las familias y a las instituciones la importancia del seguimiento del tratamiento de enfermedades contagiosas.

INTERVENCIÓN (NIC):

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

- Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores
- Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de la evaluación de riesgos
- Determinar la disponibilidad y calidad de recursos (p.ej., psicológicos, económicos, nivel educativo, familia y otros recursos sociales y comunidad)
- Identificar recursos del centro de ayuda a disminuir los factores de riesgo.
- Mantener los registros y estadísticas precisos.
- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Identificar las estrategias de afrontamiento típicas
- Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual
- Determinar el estatus de las necesidades de la vida diaria
- Determinar los recursos comunitarios adecuados para cubrir las necesidades vitales y salud básicas
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo
- Planificar la monitorización a largo plazo

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CARGA DE CUIDADOS EXCESIVA

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Tensión multidimensional exagerada al cuidar de una persona significativa.	1	Dificultad para satisfacer las propias necesidades de cuidado de la salud	
	2	Dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas	
	3	Enfermedades frecuentes	
	4	Labilidad emocional	
	5	Frustración	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Dificultad con la complejidad del sistema de salud	1 DESEMPEÑO DEL ROL	1.1 Cumple las expectativas de su rol 1.2 Describe los periodos de transición de rol 1.3 Realiza estrategias para facilitar el cambio de rol 1.4 Se muestra cómodo con los cambio de rol	1 Problema presente (comprometido).
2 Dificultad para acceder a los recursos comunitarios	2 BIENESTAR DEL CUIDADOR PRINCIPAL	2.1 Satisfacción con la salud física. 2.2 Satisfacción con el estilo de vida. 2.3 Recursos económicos para los cuidados. 2.4 Capacidad de resolución de problemas	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Uso ineficaz estrategias de arrendamiento			
4 Conocimiento inadecuado sobre los recursos de la comunidad	3 RENDIMIENTO DEL CUIDADOR PRINCIPAL: CUIDADOS DIRECTOS	3.1 Obtiene información fiable sobre el cuidado que precisa el receptor de los cuidados. 3.2 Obtiene información fiable sobre la trayectoria de la enfermedad del receptor de los cuidados. 3.3 Obtiene información fiable sobre el plan de tratamiento. 3.4	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CARGA DE CUIDADOS EXCESIVA

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO AL CUIDADOR

- Determinar la aceptación del rol de cuidador.
- Determinar la cantidad de ayuda necesaria.
- Determinar el nivel de conocimientos, capacidades, y limitaciones.
- Aceptar las expresiones de emociones negativas.
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- Proporcionar información sobre el estado, el tratamiento y los cuidados de acuerdo con las preferencias del receptor de los cuidados.
- Enseñar técnicas de manejo del estrés y estrategias para el mantenimiento de los cuidados de salud
- Monitorizar las interacciones en relación con los cuidados.
- Educar sobre el proceso de duelo
- Monitorizar el estrés y estimular las estrategias de afrontamiento.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y cuidar de sí mismo.
- Alentar los cuidados de relevo, según sea necesario
- Ofrecer presentar cuidados durante periodos cortos si experimenta dificultades o aumento del estrés.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA ENERGÍA

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/allegados.
- Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda.
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.
- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras arritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria).
- Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.
- Ayudar al paciente a priorizar las actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.
- Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades.
- Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad
- Planificar las actividades para los periodos en los que el paciente tiene más energía

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE RELEVO

- Establecer una relación terapéutica con el paciente/familia.
- Controlar la resistencia del cuidador.
- Disponer los preparativos para los cuidados por relevo en una residencia.
- Disponer los preparativos para el cuidador sustituto.
- Seguir la rutina habitual de cuidados.
- Proporcionar cuidados, como ejercicios, deambulaci3n e higiene, si se requiere.
- Coordinar el voluntariado para los servicios a domicilio, según corresponda.
- Monitorizar el nivel de actividad del cuidador de relevo.
- Proporcionar un programa de actividades adecuada.
- Conseguir los numero de teléfono de urgencias
- Determinar la forma de contacto del cuidador habitual.
- Mantener un ambiente hogareño normal.
- Proporcionar un informe al cuidador habitual al regreso.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE CARGA DE CUIDADOS EXCESIVA

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuestas de afrontamiento

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a una tensión multidimensional exagerada al cuidar de una persona significativa	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Dificultad para priorizar	1 ALTERACIÓN DEL ESTILO DE VIDA DEL CUIDADOR	1.1 Déficit de sueño 1.2 Trastorno de la vida familiar 1.3 Interferencia con los objetivos personales 1.4 Carga económica derivada de la prestación de cuidados	1 Problema presente (comprometido).
2 Dificultad para acceder al apoyo	2 FACTORES ESTRESANTES DEL CUIDADOR DEL FAMILIAR	2.1 Factores estresantes referidos por el cuidador 2.2 Conflicto del rol 2.3 Sensación de aislamiento 2.4 Conflicto entre las responsabilidades laborales y del cuidador	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Privacidad inadecuada			
4 Uso ineficaz de estrategias de afrontamiento	3 RESISTENCIA DEL PAPEL DEL CUIDADOR	3.1 Se compromete verbalmente a prestar asistencia 3.2 Identifica las necesidades del receptor de los cuidados 3.3 Obtiene satisfacción del rol de cuidador 3.4 Domina los aspectos técnicos de los cuidados	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE CARGA DE CUIDADOS EXCESIVA

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO AL CUIDADOR

- Determinar la aceptación del rol de cuidador.
- Determinar la cantidad de ayuda necesaria.
- Determinar el nivel de conocimientos, capacidades y limitaciones
- Acepta las expresiones de emociones negativas.
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Realiza afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
- Apoya a las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- Monitorizar las interacciones en relación con los cuidados.
- Proporciona información sobre el estado, el tratamiento y los cuidados de acuerdo con las preferencias del receptor de los cuidados.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y cuidar de sí mismo
- Educar sobre el proceso de duelo.
- Alentar los cuidados de relevo, según sea necesario.
- Ofrecer prestar cuidados durante periodos cortos si experimenta dificultades o aumento del estrés.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE RELEVO

- Establece un relación terapéutica con el paciente/familia
- Controla la resistencia del cuidador
- Informa al paciente/ familia acerca de los fondos estatales disponibles para los cuidados por relevo.
- Disponer de preparativos para los cuidados por relevo en una residencia.
- Coordinar el voluntariado para los servicios a domicilio según corresponda.
- Dispone los preparativos para el cuidador sustituto.
- Monitorizar el nivel de actividad del cuidador de relevo.
- Seguir la rutina habitual de cuidados
- Proporcionar cuidados, como ejercicios, deambulación e higiene si se requiere.
- Proporcionar un programa de actividades adecuadas.
- Determinar la forma de contacto con el cuidador habitual.
- Proporcionar cuidados de urgencia , si es necesario
- Mantener un habiente hogareño normal.
- Proporcionar un informe al cuidador habitual al regreso.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LOS ROLES

- Ayudar al paciente a identificar diverso roles en el ciclo vital.
- Ayudar apaciente a identificar los roles habituales de la familia.
- Ayudar al paciente a identificar periodos de transición de roles a lo largo de la vida.
- Ayudar al paciente a identificar la insuficiencia de roles.
- Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacidades.
- Ayudar a los hijos adultos a aceptar la dependencia de los progenitores ancianos y los cambios de rol implicados, si procede.
- Animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas en los cambios de roles.
- Facilitar la conversación sobre la adaptación de los roles de la familia para compensar los cambios de rol del mimbros enfermero.
- Proporcionar oportunidades de convivencia para ayudar a clarificar los papeles de los progenitores, si es el caso.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DUELO DESADAPTATIVO

DOMINIO 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuestas de afrontamiento

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Trastorno que ocurres tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña el duelo no sigue las expectativas socioculturales		1	Ira	
		2	Ansiedad	
		3	Disminución del desempeño del rol	
		4	Síntomas depresivos	
		5	Angustia por la persona fallecida	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Dificultad para lidiar con crisis recurrentes	1	EQUILIBRIO EMOCIONAL 1.1 Muestra un afecto adecuado a la situación 1.2 Muestra un estado de ánimo estable 1.3 Muestra el control de impulsos 1.4 Lleva ropa adecuada a la situación	1 Problema presente (comprometido).
2	Alteración emocional excesiva	2	NIVEL DE DEPRESIÓN 2.1 Ansiedad 2.2 Estado de ánimo deprimido 2.3 Pérdida de interés por actividades 2.4 Acontecimientos vitales negativos	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Apoyo social inadecuado	3	NIVEL DE MIEDO 3.1 Angustia 3.2 Tendencia a culpar a los demás 3.3 Inquietud 3.4 Nerviosismo	3 Problema resuelto.
4	Ansiedad elevada de apego			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DUELO DESADAPTATIVO

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se sienta cómoda.
- Hacer preguntas abiertas con las para seguir conversado y suscitar el debate (ej. Que ha pasado, como le ha hecho sentir, que va a hacer a continuación)
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Facilitar la identificación del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
- Explorar medidas para afrontamiento de la situación.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisión.
- Discutir las posibles consecuencias de no afrontar el sentimiento s de culpa y vergüenza.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación, y aceptación de las fases del duelo.
- Identificar la fusión de la ira, la frustración y a rabia, que pueda ser de utilidad.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de expresar y liberar la respuesta emocional.
- Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante periodos de ansiedad.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS EN EL DUELO

- Determinar la voluntad de hablar de la pérdida.
- Facilitar apoyo espiritual a la familia y otras personas importantes, según proceda.
- Promover relaciones abiertas y de confianza.
- Crear un entorno terapéutico de apoyo
- Aceptar los valores sin prejuicios
- Respetar las solicitudes específicas de cuidados.
- Respetar la intimidad.
- Animar a compartir y expresar sentimientos y emociones.
- Animar a compartir recuerdos favoritos.
- Ofrecer orientación anticipatoria para los sentimientos de duelo y pérdida.
- Ayudar a identificar el significado de compartido de la pérdida.
- Fomentar una esperanza realista.
- Apoyará a los miembros de la familia a través de las etapas personales de duelo.
- Fomentar la puesta en práctica de las costumbres culturales religiosas y sociales.
- Aceptar respuesta de duelo culturalmente religiosas sociales.
- Aceptar respuestas de duelo culturalmente diversas
- Ofrecerse para facilitar la discusión de arreglos conmemorativos (ej. Honores militares, ponerse en contacto con el líder religioso).
- Ayudar a la derivación a los servicios de duelo.
-

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO ESPIRITUAL

- Reconocer las propias creencias espirituales respecto a la relación con un poder superior.
- Transmitir compromiso, interés y compasión.
- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática.
- Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual, según corresponda (ej. Valoraciones espirituales formales, afirmación de ingreso relacionados con la religión, la nacionalidad y el idioma-, afirmación relacionada con la enfermedad).
- Asegurarse de que se dispone del tiempo adecuado para la interacción terapéutica.
- Comenzar con las conversaciones con preguntas y estímulos concretos y faciales de discutir, usando abiertos así la persona o el familiar desean hablar de creencias más personales.
- Tratar con dignidad y respeto.
- Preguntar si se considera espiritual o religioso y utiliza la respuesta para determinar si la conversación debe continuar.
- Permitir que la persona o la familia dirijan la conversación (es decir que tengan el máximo control sobre el discurso)
- Determinar la importancia de la fe o las creencias para la persona o la familia (ej. Asistencia regular a servicios religiosos; sesión de oración programadas, cumplimiento de rituales religiosos).
-

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DUELO DESADAPTATIVO

DOMINIO 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuestas de afrontamiento

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible al trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa en el que la experiencia del sufrimiento que acompañan al duelo no sigue las expectativas socioculturales.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Dificultades para lidiar con crisis concurrentes	1	AFRONTAMIENTO 1.1 Manifiesta confianza de sí mismo 1.2 Manifiesta sensación de control 1.3 Identifica estrategias de afrontamiento centradas en el problema 1.4 Identifica estrategias de afrontamiento centradas en las emociones	1 Problema presente (comprometido).
2	Alteración emocional excava	2	RESILIENCIA PERSONAL 2.1 Manifiesta una actitud positiva 2.2 Utiliza estrategias de afrontamiento eficaces 2.3 Expresa emociones 2.4 Clarifica la comunicación ambigua	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Apoyo social inadecuados			
4	Baja evitación del apego desentendida	3	RESOLUCIÓN DE LA AFLICCIÓN 3.1 Resuelve los sentimiento de pérdida 3.2 Expresa creencias espirituales sobre la muerte 3.3 Expresa la realidad de la pérdida 3.4 Expresa la aceptación de una pérdida inesperada	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DUELO DESADAPTATIVO

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate (ej. Que ha pasado, como lo ha hecho sentir, que va hacer a continuación)
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Centrarse en comprender las experiencias
- Explorar que ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo
- Reformular las preocupaciones para buscar comprensión y transmitir empatía (ej. Parece que está diciendo.... o Lo que estoy oyendo es.....)
- Utilizar el tacto para apoyar emocionalmente , según sea adecuado
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- Empatizar y validar la experiencia (Es mucho con lo que lidiar; siento que le esté pasando esto, parece que le ha dolido de verdad, lo entiendo, a mí también me enfadaría.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS EN EL DUELO

- Determinar la voluntad de hablar de la pérdida
- Facilitar el apoyo espiritual a la familia y otras personas importantes, según proceda.
- Promover relaciones abiertas y de confianza
- Crear un entorno terapéutico de apoyo
- Aceptar los valores sin prejuicios
- Respetar las solicitudes específicas de cuidados
- Respetar la intimidad
- Animar a compartir y expresar sentimientos y emociones
- Animar a compartir los recuerdos favoritos
- Ofrecer orientación anticipatoria para los sentimientos de duelo y pérdida
- Ayudar a identificar el significado compartido de la pérdida
- Fomentar una esperanza realista
- Apoyar a los miembros de la familia a través de las etapas personales de duelo
- Fomentar la puesta en práctica de las costumbres culturales, religiosas y sociales.
- Aceptar respuestas al duelo culturalmente diversas
- Ofrecer para facilitar la discusión de los arreglos conmemorativos (ej. honores militares, ponerse en contacto con el líder religiosos)
- Ayudar en la derivación a los servicios de duelo
- Expresar el pésame de forma adecuada (enviando una tarjeta, sosteniendo a un funeral, llamado por teléfono)

INTERVENCIÓN (NIC):

DAR ESPERANZA

- Ayudar al paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida
- Informar al apaciente acerca de si la situación actual constituye un estado temporal
- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente.
- Ampliar el repertorio de mecanismos de afrontamiento del paciente.
- Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia.
- Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.
- Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual
- Evitar disfrazar la verdad
- Facilitar el alivio y disfruta de éxitos y experiencias anteriores del paciente/familia.
- Destaca el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al paciente que no responden a estímulos.
- Emplear una revisión guiada de la vida y/o la reminiscencia, según corresponda
- Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados
- Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas.
- Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos
- Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL DUELO

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de respuesta a la muerte de una persona importante, que puede fortalecerse		1	Deseos de mejorar el afrontamiento del dolor	
		2	Deseos de mejorar el perdón	
		3	Deseos de integrar los sentimientos de ira	
		4	Deseos de integrar los recuerdos positivos del fallecido	
		5	Deseos de integrar la pérdida	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1		1 CONTROL DEL DOLOR	1.1 Reconoce el comienzo del dolor 1.2 Describe los causales primarios 1.3 Utiliza medidas preventivas contra el dolor 1.4 Describe el dolor	1 Problema presente (comprometido).
2		2 NIVEL DEL DOLOR	2.1 Intensidad de dolor referido 2.2 Llanto 2.3 Expresiones faciales del dolor 2.4 Inquietud	2 Problema parcialmente resuelto.
3				
4		3 AUTOCONTROL DE LA DEPRESIÓN	3.1 Monitoriza el estado de animo 3.2 Practica técnicas de relajación 3.3 Monitoriza la intensidad de la depresión 3.4 Refiere conducta del estado de animo	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL DUELO

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate (p. ej., qué ha pasado, cómo le ha hecho sentir, qué va a hacer a continuación).
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Centrarse en comprender las experiencias.
- Explorar qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Explorar medidas para afrontar la situación.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS EN EL DUELO

- Determinar la voluntad de hablar de la pérdida.
- Promover relaciones abiertas y de confianza.
- Crear un entorno terapéutico de apoyo.
- Aceptar los valores sin prejuicios.
- Respetar las solicitudes específicas de cuidados.
- Respetar la intimidad.
- Animar a compartir y expresar sentimientos y emociones.
- Animar a compartir los recuerdos favoritos.
- Ofrecer orientación anticipatoria para los sentimientos de duelo y pérdida.
- Ayudar a identificar el significado compartido de la pérdida.
- Fomentar una esperanza realista.
- Aceptar respuestas al duelo culturalmente diversas.
- Ayudar en la derivación a los servicios de duelo.
- Expresar el pésame de forma adecuada (p. ej., enviando una tarjeta, asistiendo a un funeral, llamando por teléfono).

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DEL AFRONTAMIENTO, 377

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado.
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones.
- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación.
- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA RESILIENCIA

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Disminución de la capacidad para recuperarse de situaciones o percibidas como adversas o cambiantes		1	Deterioro del estado de salud	
		2	Sensación de control inadecuada	
		3	Estrategias de afrontamiento ineficaces	
		4	Expresa pena	
		5	Baja autoestima	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Desesperanza	1	RESILIENCIA PERSONAL	1
			1.1 Manifiesta una actitud positiva	Problema presente (comprometido).
			1.2 Utiliza estrategias de afrontamiento eficaces	
			1.3 Muestra conciencia de sí mismo	
			1.4 Expresa autoeficacia	
2	Recursos inadecuados de salud	2	RESILIENCIA FAMILIAR	2
			2.1 Fomenta comunicación clara entre los miembros	Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Apoya la individualidad y la independencia de sus miembros	
			2.3 Mantienen el optimismo	
			2.4 Protege a los miembros	
3	Vulnerabilidad percibida	3	MOTIVACIÓN	3
			3.1 Evalúa la necesidad de cambios de conducta	Problema resuelto.
			3.2 Obtiene a poyo necesario	
			3.3 Inicia por propia iniciativa una conducta dirigida a un objetivo	
			3.4 Mantiene una autoestima positiva	
4	Impotencia			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA RESILIENCIA

INTERVENCIÓN (NIC):

Aumentar los sistemas de apoyo

- Proporcionar un ambiente de apoyo.
- Proporcionar un refugio seguro.
- Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva.
- Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y de la dinámica de la crisis.
- Animar al paciente a centrarse en una implicación cada vez.
- Ayudar en la identificación de puntos fuertes y habilidades personales que puedan utilizarse en la resolución de la crisis.
- Ayudar en la identificación de sistemas de apoyo disponibles.
- Relacionar al paciente y a la familia con los recursos de la comunidad, si es necesario.
- Proporcionar orientación para desarrollar y mantener el(los) sistema(s) de apoyo.
- Ayudar en la valoración de las posibles consecuencias de las diversas actuaciones.

INTERVENCIÓN (NIC):

Técnica de relajación

- Mantener la calma de una manera deliberada.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Permanecer con el paciente.
- Transmitir al paciente garantía de su seguridad personal.
- Identificar a otras personas cuya presencia pueda ayudar al paciente.
- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (p. ej., técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante), según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DE LA RESILIENCIA

- Determinar las estrategias de afrontamiento actuales.
- Facilitar un mayor uso de estrategias de afrontamiento positivas.
- Fomentar la evitación de vías de escape negativas (p. ej. enmascara el dolor con alcohol, drogas o sustancias nocivas).
- Facilitar la aceptación del apoyo por las personas afectadas.
- Fomentar conexiones e interacciones regulares con personas de apoyo (p. ej; consejeros, asistenciales a los empleados, capelanes)
- Facilitar el uso de objetivos personales saludables, utilizando experiencias pasadas.
- Fomentar las actividades familiares en grupo.
- Fomentar conductas positivas de búsqueda de salud.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DEL DETERIORO DE LA RESILIENCIA

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de una capacidad disminuida para recuperarse de situaciones percibidas como adversas o cambiantes.		1	Violencia comunitaria desatendida	
		2	Abuso de sustancias	
		3	Vulnerabilidad percibida	
		4	Recursos inadecuados de salud	
		5	Desesperanza	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	CONOCIMIENTO: MANEJO DEL ESTRÉS	1.1 Factores que causan estrés 1.2 Respuesta física al estrés 1.3 Respuesta espiritual al estrés 1.4 Estrategias para sustituir los pensamientos negativos e irracionales	1 Problema presente (comprometido).
2	2	CONDUCTA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE DROGAS	2.1 Expresa el deseo de dejar de consumir drogas 2.2 Desarrolla estrategias efectivas para eliminar el consumo de drogas 2.3 Identifica obstáculos para la eliminación del consumo perjudicial de drogas 2.4 Logra la abstinencia del consumo de drogas	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	RESILIENCIA FAMILIAR	3.1 Se moviliza rápidamente ante la adversidad 3.2 Mantiene el optimismo 3.3 Participa en tradiciones religiosas 3.4 Recurre al equipo sanitario para obtener información ayuda	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DEL DETERIORO DE LA RESILIENCIA

INTERVENCIÓN (NIC):

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

- Identificar los factores de riesgo del consumo de sustancias (p. ej., conductas desadaptadas, acontecimientos vitales negativos, conflictos familiares, abuso infantil, abandono).
- Explicar las causas y las consecuencias del abuso de sustancias.
- Ayudar a reducir el aislamiento social, según proceda.
- Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida.
- Ayudar a la persona a utilizar estrategias para reducir la ansiedad.
- Aconsejar sobre cómo hacer frente a niveles crecientes de estrés.
- Aconsejar como prepararse, afrontar o evitar acontecimientos difíciles o emocionalmente dolorosos, o situaciones irritantes o frustrantes.

INTERVENCIÓN (NIC):

GRUPO DE APOYO

- Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
- Crear una atmósfera relajada y de aceptación.
- Identificar los grupos basados en la fe como opciones disponibles.
- Atender las necesidades del grupo como un todo, así como a las necesidades de los miembros individuales.
- Mantener una presión positiva para el cambio de conducta.

INTERVENCIÓN (NIC):

ORIENTACIÓN ANTICIPATORIA

- Ayudar al paciente a identificar la posible aparición de crisis del desarrollo y/o circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar.
- Enseñar acerca del desarrollo y comportamiento normales, según correspondan.
- Proporcionar información sobre expectativas realistas relacionadas con el comportamiento del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar los recursos y opciones disponibles, según corresponda.
- Ayudar al paciente a adaptarse anticipadamente a los futuros cambios del rol.
- Involucrar a la familia/allegados, cuando sea posible.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RESILIENCIA**

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de capacidad para recuperarse de situaciones percibidas como adversas o cambiantes, que puede fortalecerse.		1	Deseos de mejorar las habilidades de comunicación	
		2	Deseos de mejorar la fijación de objetivos	
		3	Deseos de mejorar la responsabilidad por las propias acciones	
		4	Deseos de mejorar el progreso hacia el objetivo	
		5	Deseos de mejorar el uso de las habilidades de afrontamiento	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1		1 AUTOCONTROL DE IMPULSOS	1.1 Identifica conductas impulsivas perjudiciales 1.2 Identifica los sentimientos que conducen a acciones impulsivas 1.3 Controla los impulsos 1.4 Mantiene el autocontrol sin supervisión	1 Problema presente (comprometido).
2		2 AUTONOMÍA PERSONAL	2.1 Toma decisiones vitales informadas 2.2 Toma decisiones sin presiones indebidas de la familia extensa 2.3 Participa en las decisiones sobre la asistencia sanitaria 2.4 Expresa satisfacción con sus opciones vitales	2 Problema parcialmente resuelto.
3		3 AFRONTAMIENTO	3.1 Identifica estrategias de afrontamiento centradas en el problema 3.2 Manifiesta sensación de control 3.3 Refiere disminución de los sentimientos negativos 3.4 Utiliza estrategias de afrontamiento eficaces	3 Problema resuelto.
4				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RESILIENCIA

INTERVENCIÓN (NIC):

FACILITACIÓN DE LA AUTORESPONSABILIDAD

- Considerar responsable al paciente de su propia conducta.
- Discutir las consecuencias de no asumir las propias responsabilidades.
- Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.
- Ayudar a los pacientes a identificar las áreas en las que podrían fácilmente asumir la responsabilidad.
- Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda llevarlo a cabo.
- Asegurar que los pacientes y los miembros de la familia tengan los recursos apropiados para asumir más responsabilidad.
- Proporcionar retroalimentación constructiva positiva para aceptar responsabilidad adicional por el cambio de comportamiento.
- Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA AUTOCONCIENCIA

- Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.
- Ayudar al paciente de que cada persona es única.
- Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo.
- Compartir observaciones o pensamientos sobre la conducta o la respuesta del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar el efecto de la enfermedad sobre el autoconcepto.
- Manifestar verbalmente la negación de la realidad por parte del paciente, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar los sentimientos de culpa.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten su ansiedad.
- Ayudar al paciente a identificar las conductas que sean autodestructivas.

INTERVENCIÓN (NIC):

GRUPO DE APOYO

- Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
- Crear una atmósfera relajada y de aceptación.
- Identificar los grupos basados en la fe como opciones disponibles.
- Atender las necesidades del grupo como un todo, así como a las necesidades de los miembros individuales.
- Mantener una presión positiva para el cambio de conducta.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de expectativas y deseos de movilizar energía para lograr resultados positivos, o evitar una situación potencialmente amenazante o negativa, que puede fortalecerse.		1	Deseos de mejorar la habilidad para establecer objetivos alcanzables	
		2	Deseos de mejorar la congruencia entre las expectativas y los objetivos	
		3	Deseos de mejorar la iniciativa	
		4	Deseos de mejorar la resolución de problemas para alcanzar los objetivos	
		5	Deseos de mejorar la confianza en las posibilidades	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	BIENESTAR PERSONAL	1.1 Realización de las actividades de la vida diaria. 1.2 Salud física. 1.3 Capacidad para expresar emociones. 1.4 Desempeño de roles habituales.	1 Problema presente (comprometido).
2	2	ENERGÍA PSICOMOTORA	2.1 Muestra un afecto apropiado a la situación 2.2 Muestra concentración 2.3 Muestra interés por el entorno 2.4 Muestra nivel de energía estable	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS	3.1 Manifiesta confianza en sí mismo 3.2 Expresa las emociones desencadenadas por situaciones estresantes 3.3 Utiliza estrategias de afrontamiento eficaces 3.4 Refiere disminución de los sentimientos negativos	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO

- Valorar las razones del paciente para desear cambiar.
- Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica.
- Ayudar al paciente a identificar las etapas del cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación.
- Ayudar al paciente a identificar la frecuencia con la que se producen las conductas específicas.
- Animar al paciente a identificar refuerzos/recompensas adecuadas, que tengan sentido.
- Ayudar al paciente a formular un plan sistemático del cambio de conducta.
- Favorecer que el paciente pase a confiar sobre todo en la autoafirmación en lugar de hacerlo en las recompensas de la familia o el cuidador.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA AUTOCONFIANZA

- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente.
- Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás
- Abstenerse de realizar críticas negativas.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Animar al paciente a evaluar su propia conducta.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE REMINISCENCIA

- Fomentar la expresión verbal de sentimientos, tanto positivos como negativos, de los sucesos pasados.
- Observar el lenguaje corporal, la expresión facial y el tono de voz para identificar la importancia de los recuerdos para el paciente.
- Proporcionar apoyo, ánimo y empatía a los participantes.
- Utilizar técnicas de comunicación (como enfoque, reflexión y repetición) para desarrollar la relación.
- Proporcionar una retroalimentación positiva inmediata a los pacientes que tengan alteraciones cognitivas.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOCOMPASIÓN INADECUADA

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Capacidad insuficiente para extender la autocompasión y la comprensión, reconocer la propia conexión con la experiencia humana más amplia, ser consciente y autoconsciente de los propios pensamientos y sentimientos en momentos de fracaso, limitaciones o sufrimiento.		1	Sobre identificación de sentimientos	
		2	Sobre identificación de pensamientos	
		3	Comportamientos complacientes	
		4	Comportamiento heteroagresivo	
		5	Pensamientos autolesivos	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Conductas de evitación	1 CONCIENCIA DE UNO MISMO	1.1 Diferencia el yo del entorno	1 Problema presente (comprometido).
			1.2 Comunica sus sentimientos a los demás	
			1.3 Reconoce las capacidades físicas personales	
			1.4 Mantiene la conciencia de las señales externas a las situaciones	
2	Dificultad para desempeñar de forma independiente actividades de la vida diaria	2 EQUILIBRIO EMOCIONAL	2.1 Fuga de ideas	2 Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Ideación suicida	
			2.3 Depresión	
			2.4 Dificultad para tomar decisiones	
3	Desconexión con la sociedad	3 SEVERIDAD DE LA SOLEDAD	3.1 Sensación de desesperanza	3 Problema resuelto.
			3.2 Sensación de pérdida debido a la separación del otro	
			3.3 Sensación de no ser comprendido	
			3.4 Sensación de ser excluido	
4	Estrés excesivo			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

AUTOCOMPASIÓN INADECUADA

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS EN EL DUELO

- Determinar la voluntad de hablar la pérdida
- Facilitar apoyo espiritual a la familia y otras personas importantes según proceda.
- Promover relaciones abiertas y de confianza
- Crear un apoyo terapéutico de apoyo.
- Aceptar los valores sin perjuicios
- Respetar las solicitudes específicas de cuidados
- Respetar la intimidad
- Animar a compartir y expresar sentimientos y emociones.
- Ofrecer orientación anticipatoria para los sentimientos de duelo y pérdida
- Fomentar un a esperanza realista
- Apoyar a los miembros de la familia a través de etapas personales del duelo
- Fomentar la puesta en práctica de las costumbres culturales religiosas y sociales.
- Aceptar respuestas al duelo culturalmente diversas.
- Ayuda en la derivación de los servicios de duelo.
- Expresar el pésame de forma adecuada(enviando una tarjeta, asistiendo a un funeral, llamando por teléfono)

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LAS APTITUDES PARA LA VIDA DIARIA

- Determinar la necesidad de aprendizaje de habilidades para la vida diaria del paciente, familia, grupo o comunidad.
- Evaluar el nivel educativo del paciente
- Determinar el nivel de conocimiento de la habilidad para la vida diaria.
- Evaluar el nivel actual del paciente respecto a la habilidad y comprensión del contenido.
- Evaluar el estilo de aprendizaje del paciente
- Consensuar las metas del programa de habilidades para la vida.
- Determinar el número de sesiones y la duración del programa.
- Evaluar las habilidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y efectivas del paciente.
- Determinar la capacidad del paciente para aprender información específica(es decir, tener el nivel de desarrollo, el estado fisiológico, la orientación, el dolor , la fatiga, las necesidades básicas insatisfechas, el estado emocional y la adaptación a la enfermedad del paciente).
- Adaptar el contenido de las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.
- Proporcionar un ambiente propicio para el aprendizaje.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DEL AFRONTAMIENTO

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizados.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Alentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.
- Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

ANSIEDAD EXCESIVA

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Preocupación desproporcionada y persistente por situaciones y acontecimientos percibidos como amenazantes	1	Angustia	
	2	Inseguridad	
	3	Nerviosismo	
	4	Alteración del ritmo circadiano	
	5	Preocupación	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Estrés excesivo	1 NIVEL DE ANSIEDAD	1.1 Cefalea 1.2 Hiperactividad 1.3 Nerviosismo 1.4 Preocupación excesiva	1 Problema presente (comprometido).
2 Abuso de sustancias	2 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD	2.1 Monitoriza la intensidad de la ansiedad. 2.2 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad. 2.3 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. 2.4 Controla la respiración cuando está ansioso.	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Transmisión interpersonal			
4 Dolor	3 ESTADO DE COMODIDAD	3.1 Bienestar psicológico. 3.2 Entorno físico. 3.3 Capacidad de comunicar las necesidades 3.4 Bienestar físico	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

ANSIEDAD EXCESIVA

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

- Identificar los signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Establecer claramente las expectativas de la conducta.
- Utilizar un enfoque sereno de seguridad
- Proporcionar información respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con la persona para promover la seguridad y reducir la ansiedad.
- Proporcionar objetos que simbolizen la seguridad.
- Escuchar con atención
- Reforzar el comportamiento, según corresponda
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los procedimientos.
- Animar a la familia a permanecer con la persona, cuando corresponda.
- Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista.
- Escuchar con atención.
- Determinar la capacidad de toma de decisiones
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Presentarse y asegurarse de que la persona se sienta cómoda.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate (p. ej. que ha pasado, como le ha hecho sentir, que va hacer a continuación).
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos las creencias.
- Explorar que ha desencadenado las emociones
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- Explorar medidas para afrontar la situación
- Discutir las posibles consecuencias de no afrontar los sentimientos de culpa y vergüenza
- Empatizar y validar la experiencia (ej. Parece que está diciendo o lo que estoy oyendo es.....)
- Utilizar el tacto para apoyar emocionalmente, según sea adecuado
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedades, ira o tristeza.
- Facilitar la identificación habitual de afrontamiento de los temores.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación d las fases del duelo.
- Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

INTERVENCIÓN (NIC):

INTERVENCIÓN EN CASO DE CRISIS

- Ayudar a la persona a sentirse segura y menos ansiosa.
- Favorecer la sensación de control y autoeficacia de la persona para que recupere el control lo antes posible.
- Evitar dar falsas seguridades
- Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva
- Ayudar a utilizar los propios recursos para realizar cambios
- Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y de la dinámica de la crisis
- Participar en la identificación de intervenciones realistas y adecuadas.
- Proporcionar un ambiente seguro y de apoyo
- Utilizar un abordaje activo de manejo de crisis agudas, según sea necesario.
- Evitar dar falsas seguridades
- Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva
- Animar a utilizar los propios recursos para realizar cambios.
- Ayudar en el desarrollo de nuevas habilidades y de solución de problemas, si resulta necesario.
- Planificar con la persona la forma en la que puede utilizarse las habilidades de afrontamiento adaptativas para tratar crisis en el futuro.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

ANSIEDAD EXCESIVA ANTE LA MUERTE

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Angustia emocional e inseguridad exageradas causadas por la anticipación de la muerte de uno mismo o de otros.		1	Pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía	
		2	Preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas significativas	
		3	Disforia	
		4	Pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía	
		5	Temor a separarse de sus seres queridos	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Anticipación del impacto de la propia muerte sobre los demás	1	MUERTE DIGNA	1
			1.1 Intercambia efecto con los demás	Problema presente (comprometido).
			1.2 Comparte sentimientos sobre la muerte	
			1.3 Se reconcilia con sus relaciones	
			1.4 Recuerda memorias de toda su vida	
2	Incertidumbre sobre la vida después de la muerte	2	DOLOR: RESPUESTA PSICOLÓGICA ADVERSA	2
			2.1 Ansiedad	Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Depresión	
			2.3 Pensamientos pesimistas	
			2.4 Preocupación sobre la tolerancia al dolor	
3	Soledad	3	NIVEL DE DEPRESIÓN	3
			3.1 Pensamientos recurrentes de muerte	Problema resuelto.
			3.2 Estado de ánimo deprimido	
			3.3 Tristeza	
			3.4 Baja autoestima	
4	Síntomas depresivos			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

ANSIEDAD EXCESIVA ANTE LA MUERTE

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.
- Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Remitir a servicios de asesoramiento, se precisa.

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente
- Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso
- Proporcionar objetivos que simbolizen seguridad
- Escuchar con atención
- Fomentar la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad
- Crear un ambiente que facilite la confianza
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad
- Controlar los estímulos de las necesidades del paciente, según corresponda
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina
- Administrar medicamento que reduzca la ansiedad, según corresponda
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad

INTERVENCIÓN (NIC):

ESCUCHA ACTIVA

- Establecer el propósito de la intervención.
- Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
- Identificar los temas predominantes.
- Determinar el significado de los mensajes reflexionados o sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.
- Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.
- Recurrir a una serie de interacciones para descubrir el significado del comportamiento.
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).
- Utilizar el silencio/ escucha para expresar sentimientos y preocupaciones

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

TEMOR EXCESIVO

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Respuesta emocional intensa y desproporcionada suscitada por la detección de una amenaza inminente.	1	Dificultad para controlar los impulsos	
	2	Recuerdos inesperados que le hacen revivir la experiencia	
	3	Conducta impulsiva	
	4	Incremento de la presión arterial	
	5	Nausea	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Barreras de comunicación	1 AUTOCONTROL DEL MIEDO	1.1 Identifica el origen del miedo 1.2 Evita la fuente del miedo siempre que sea posible 1.3 Controla la respiración cuando tiene miedo 1.4 Mantiene la concentración	1 Problema presente (comprometido).
2 Respuesta aprendida a la amenaza	2 NIVEL DE MIEDO	2.1 Inquietud 2.2 Dificultad para concentrarse 2.3 Preocupación exagerada por los acontecimientos vitales 2.4 Obsesión con la fuente del miedo	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Respuesta al estímulo fóbico	3 NIVEL DE ESTRÉS	3.1 Aumento de la presión arterial 3.2 Aumento de la frecuencia respiratoria 3.3 Cefalea tensional	3 Problema resuelto.
4 Situación desconocida		3.4 Alteraciones del sueño	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

TEMOR EXCESIVO

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE RELAJACIÓN

- Evaluar el nivel de energía actual disminuido, la incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que puedan interferir con la capacidad cognitiva para centrarse en la técnica de relajación.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.
- Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.
- Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Garantizar la intimidad y la confiabilidad
- Presentarse y asegurarse de que la persona se sienta cómoda.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate (p. ej; que ha pasado, como le ha hecho sentir, que va hacer a continuación).
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos las creencias.
- Explorar que ha desencadenado las emociones
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- Explorar medidas para afrontar la situación
- Discutir las posibles consecuencias de no afrontar los sentimientos de culpa y vergüenza
- Utilizar el tacto para apoyar emocionalmente, según sea adecuado.

INTERVENCIÓN (NIC):

FACILITACION DE LA MEDITACIÓN

- Analizar la experiencia previa del paciente con la meditación.
- Proporcionar tiempo de tranquilidad, libre de interrupciones.
- Escoger un ambiente tranquilo y apacible.
- Sugerir al paciente que use ropa cómoda.
- Ayudar al paciente a elegir algo en lo que enfocar su atención, como una respiración, una palabra o el cuerpo en su conjunto.
- Instruir al paciente para que centre su atención en el objeto elegido y cuando la mente se aleje con otros pensamientos que los deje pasar y suavemente regrese la atención al objeto elegido.
- Instruir al paciente para que simplemente se libere de pensamientos si el objeto elegido se vuelve más sutil o se desvanece.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DISREFLEXIA AUTÓNOMA

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 3: Respuestas neuroconductuales

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a una respuesta desinhibida, amenazante para la vida, del sistema nervioso simpático tras un shock medular, en una persona con una alteración o lesión en la médula espinal a nivel de la sexta vértebra dorsal (D6) o superior (se ha demostrado en pacientes con lesiones en la séptima y octava vértebra dorsal [D7 y D8]).		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Postura	1	CONOCIMIENTO: MANEJO DE LA ENFERMEDAD	1.1 Evolución habitual de la enfermedad específica 1.2 Causas y factores coadyuvantes 1.3 Signos y síntomas de las complicaciones de la enfermedad 1.4 Posibles complicaciones de la enfermedad	1 Problema presente (comprometido).
2 Estimulación cutánea	2	CONTROL DE RIESGO	2.1 Identifica los factores de riesgo 2.2 Desarrolla estrategias eficaces de control de riesgos 2.3 Monitoriza los factores de riesgo personales 2.4 Reconoce los cambios en el estado de salud	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Estímulo irritante por debajo del nivel de la lesión	3	SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS	3.1 Intensidad de los síntomas 3.2 Frecuencia de los síntomas 3.3 Persistencia de los síntomas 3.4 Inquietud asociada	3 Problema resuelto.
4 Distensión intestinal				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DISREFLEXIA AUTÓNOMA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA DISREFLEXIA

- Investigar y eliminar la causa responsable (vejiga distendida, impactación fecal, lesiones de la piel, ropas de cama ajustadas, medias elásticas compresivas y fajas abdominales).
- Colocar la cabecera de la cama en posición vertical para disminuir la presión arterial y estimular el retorno venoso cerebral, según corresponda.
- Quedarse con el paciente y monitorizar su estado cada 3-5 minutos si se produce hiperreflexia.
- Administrar antihipertensivos por vía intravenosa, según la prescripción.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de las causas, síntomas, tratamiento y prevención de la disreflexia.
- Identificar y minimizar los estímulos que puedan precipitar la disreflexia (p. ej., distensión de la vejiga, cálculos renales, infección, impactación fecal, exploración rectal, inserción de supositorios, desgarró de piel y ropa ajustada o ropa de cama ajustada).

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA

- Monitorizar el nivel de consciencia.
- Monitorizar el nivel de orientación.
- Monitorizar las tendencias de la Escala de Coma de Glasgow.
- Analizar la memoria reciente, el nivel de atención, la memoria pasada, el estado de ánimo, el afecto y las conductas.
- Monitorizar la desviación de la pronación, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.
- Monitorizar la fuerza de prensión, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.
- Seguir el protocolo del centro para la enfermedad neurológica específica (p. ej., apoplejía, tumor, aneurisma, traumatismo), según sea necesario

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

- Monitorizar la presión arterial, el pulso, la temperatura, el dolor y el estado respiratorio, según corresponda.
- Seguir el protocolo del centro para el uso de sistemas automáticos de monitorización de los signos vitales.
- Auscultar manualmente la presión arterial en ambos brazos y compararla.
- Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos centrales y periféricos.
- Monitorizar la frecuencia, el ritmo, el volumen, la amplitud y la simetría del pulso.
- Comparar las lecturas manuales de la presión arterial con las lecturas de la monitorización automática al menos una vez al día.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: REGULACIÓN INEFICAZ DE LAS EMOCIONES

DOMINIO 9: Afrontamiento tolerancia/tolerancia al estrés

CLASE 3: Respuestas neuroconductuales

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Incapacidad de controlar los sentimientos, lo que afecta a los pensamientos, las acciones y las interacciones, dando lugar a respuestas y expresiones inadecuadas en situaciones sociales.		1	Ausencia de contacto visual	
		2	Llanto	
		3	Expresión de emoción incongruente con el factor desencadenante	
		4	Deterioro de la comunicación no verbal	
		5	Risa excesiva sin sentimiento de felicidad	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Estrés excesivo	1 BIENESTAR PERSONAL	1.1 Realización de las actividades de la vida diaria 1.2 Nivel de felicidad 1.3 Estado cognitivo 1.4 Capacidad para expresar emociones	1 Problema presente (comprometido).
2	Fatiga	2 RESILIENCIA PERSONAL	2.1 Expresa emociones 2.2 Busca apoyo emocional 2.3 Expresa sentirse apoyado por su familia 2.4 Utiliza estrategias de afrontamiento eficaces	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Autoestima inadecuada	3 EQUILIBRIO EMOCIONAL	3.1 Muestra control de los impulsos 3.2 Muestra un afecto adecuado a la situación 3.3 Muestra interés por el entorno 3.4 Muestra concentración	3 Problema resuelto.
4	Debilidad muscular			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

REGULACIÓN INEFICAZ DE LAS EMOCIONES

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LAS APTITUDES PARA LA VIDA DIARIA

- Establecer una buena relación con empatía, cordialidad, espontaneidad, organización, paciencia y persistencia.
- Determinar el nivel de conocimiento de la habilidad y comprensión del contenido.
- Consensuar las metas del programa de habilidades para la vida.
- Potenciar la motivación mediante el establecimiento de metas asequibles progresivas.
- Evaluar las habilidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.
- Determinar la motivación del paciente para aprender información específica (es decir, considerar las creencias sobre la salud del paciente, el incumplimiento previo, las malas experiencias con servicios sanitarios o educativos y los objetivos contrapuestos).
- Seleccionar métodos de enseñanza y estrategias adecuados.
- Proporcionar un ambiente propicio para el aprendizaje.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Presentarse y asegurarse de que la persona se sienta cómoda.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate (p. ej; que ha pasado, como le ha hecho sentir, que va hacer a continuación).
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos las creencias.
- Explorar que ha desencadenado las emociones
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- Explorar medidas para afrontar la situación
- Discutir las posibles consecuencias de no afrontar los sentimientos de culpa y vergüenza

INTERVENCIÓN (NIC):

TÉCNICA DE RELAJACIÓN

- Mantener el contacto visual con el paciente
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Permanecer con el paciente
- Identificar a otras personas cuya presencia pueda ayudar al paciente.
- Proporcionar tiempo y espacio para estar a solas, según corresponda.
- Sentarse y hablar con el paciente.
- Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva.
- Ofrecer un baño o ducha caliente.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA REGULACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 3: Respuestas neuroconductuales

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Estado mental caracterizado por cambios en el estado de ánimo o afecto y que se compone de una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y/o fisiológicas.		1	Alteración en la conducta verbal		
		2	Culpa excesiva		
		3	Estado de ánimo irritable		
		4	Actitud triste		
		5	Desesperanza		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Dificultad para funcionar socialmente	1	EQUILIBRIO EMOCIONAL	1.1 Refiere un nivel de energía estable 1.2 Conserva un ritmo moderado 1.3 Muestra un estado de ánimo sereno 1.4 Muestra control de sus impulsos	1 Problema presente (comprometido).
2	Factores externos que influyen en el autoconcepto	2	AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD	2.1 Monitoriza la intensidad de la ansiedad 2.2 Identifica los factores desencadenantes de la ansiedad 2.3 Mantiene la concentración 2.4 Controla la respuesta de ansiedad	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Abuso de sustancias	3	CONTROL DEL DOLOR	3.1 Describe los factores causales primarios 3.2 Describe los factores que contribuyen al dolor 3.3 Describe el dolor 3.4 Informa que el dolor está controlado	3 Problema resuelto.
4	Dolor				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DETERIORO DE LA REGULACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA INDIVIDUAL

- Establecer una relación de confianza
- Determinar las necesidades de enseñar al paciente
- Valorar el nivel actual de conocimiento y comprensión de contenido del paciente
- Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad)
- Valorar el estilo de aprendizaje del paciente
- Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas
- Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje
- Instruir al paciente, cuando corresponda
- Reforzar la conducta, si se considera oportuno
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes
- Seleccionar nuevos métodos, estrategias de enseñanza, si los anteriores hubieran sido ineficaces
- Incluir a la familia, si es adecuado

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los procedimientos.
- Proporcionar información respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Animar a la familia a permanecer con la persona, cuando corresponda.
- Escuchar con atención.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Guiar para hacer respiraciones lentas y profundas.
- Ayudar a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Determinar la capacidad en la toma de decisiones.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.
- Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Remitir a servicios de asesoramiento, se precisa.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

SÍNDROME AGUDO DE ABSTINENCIA DE SUSTANCIAS

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 3: Respuestas neuroconductuales

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Secuelas graves y multifactoriales luego del cese brusco de un compuesto adictivo.		1	Confusión aguda	
		2	Ansiedad excesiva	
		3	Deterioro del confort físico	
		4	Inadecuada ingesta nutricional proteico-energética	
		5	Riesgo de lesión física	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Dependencia desarrollada a una sustancia activa	1	CONDUCTA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE DROGAS 1.1 Expresa el deseo de dejar de consumir drogas 1.2 Confirma la necesidad del tratamiento 1.3 Utiliza estrategias para adaptarse a cambios en la situación de vida 1.4 Logra abstinencia del consumo de drogas	1 Problema presente (comprometido).
2	Conocimiento inadecuado de las consecuencias del cese repentino de la sustancia adictiva	2	AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD 2.1 Monitoriza la intensidad de la ansiedad 2.2 Identifica los factores desencadenantes de la ansiedad 2.3 Mantiene la concentración 2.4 Controla la respuesta de ansiedad	2 Problema parcialmente resuelto.
3				
4		3	AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS 3.1 Identifica conductas impulsivas perjudiciales 3.2 Utiliza estrategias de reducción del estrés 3.3 Controla los impulsos 3.4 Mantiene autocontrol sin supervisión	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

SÍNDROME AGUDO DE ABSTINENCIA DE SUSTANCIAS

INTERVENCIÓN (NIC):

TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

- Considerar la presencia de enfermedades concurrentes o de trastornos psiquiátricos o médicos coincidentes, modificando el tratamiento en consecuencia.
- Ayudar al paciente a comprender el trastorno como una enfermedad relacionada con varios factores (p. ej., circunstancias genéticas, psicológicas y situacionales).
- Animar o alabar los esfuerzos del paciente para aceptar la responsabilidad de la disfunción y tratamiento relacionados con el consumo de sustancias.
- Animar a los pacientes a participar en el programa de apoyo de autoayuda durante y después del tratamiento (p. ej., programas de 12 pasos).
- Monitorizar el consumo de sustancias durante el tratamiento (p. ej., análisis de orina y análisis del aliento).
- Instruir al paciente sobre los síntomas o conductas que incrementan las posibilidades de recaída (p. ej., agotamientos, depresión, falta de honradez y complacencia).
- Animar a la familia a participar en los esfuerzos de recuperación.

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los procedimientos.
- Proporcionar información respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Animar a la familia a permanecer con la persona, cuando corresponda.
- Escuchar con atención.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Guiar para hacer respiraciones lentas y profundas.
- Ayudar a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Determinar la capacidad en la toma de decisiones.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DEL AFRONTAMIENTO

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- Instruir al paciente en técnicas de relajación, si resulta necesario.
- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE SÍNDROME AGUDO DE ABSTINENCIA DE SUSTANCIAS

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 3: Respuestas neuroconductuales

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a secuencias graves y multifactoriales luego del cese brusco de un compuesto adictivo.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Dependencia desarrollada a una sustancia adictiva	1 CONDUCTA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE DROGAS	1.1 Expresa el deseo de dejar de consumir drogas 1.2 Confirma la necesidad del tratamiento 1.3 Utiliza estrategias para adaptarse a cambios en la situación de vida 1.4 Logra abstinencia del consumo de drogas	1 Problema presente (comprometido).
2		2 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD	2.1 Monitoriza la intensidad de la ansiedad 2.2 Identifica los factores desencadenantes de la ansiedad 2.3 Mantiene la concentración 2.4 Controla la respuesta de ansiedad	2 Problema parcialmente resuelto.
3		3 AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS	3.1 Identifica conductas impulsivas perjudiciales 3.2 Utiliza estrategias de reducción del estrés 3.3 Controla los impulsos 3.4 Mantiene autocontrol sin supervisión	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE SÍNDROME AGUDO DE ABSTINENCIA DE SUSTANCIAS

INTERVENCIÓN (NIC):

TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

- Considerar la presencia de enfermedades concurrentes o de trastornos psiquiátricos o médicos coincidentes, modificando el tratamiento en consecuencia.
- Ayudar al paciente a comprender el trastorno como una enfermedad relacionada con varios factores (p. ej., circunstancias genéticas, psicológicas y situacionales).
- Animar o alabar los esfuerzos del paciente para aceptar la responsabilidad de la disfunción y tratamiento relacionados con el consumo de sustancias.
- Animar a los pacientes a participar en el programa de apoyo de autoayuda durante y después del tratamiento (p. ej., programas de 12 pasos).
- Monitorizar el consumo de sustancias durante el tratamiento (p. ej., análisis de orina y análisis del aliento).
- Instruir al paciente sobre los síntomas o conductas que incrementan las posibilidades de recaída (p. ej., agotamientos, depresión, falta de honradez y complacencia).
- Animar a la familia a participar en los esfuerzos de recuperación.

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los procedimientos.
- Proporcionar información respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Animar a la familia a permanecer con la persona, cuando corresponda.
- Escuchar con atención.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Guiar para hacer respiraciones lentas y profundas.
- Ayudar a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Determinar la capacidad en la toma de decisiones.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DEL AFRONTAMIENTO

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- Instruir al paciente en técnicas de relajación, si resulta necesario.
- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

Dominio 10

Principios vitales

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

SUFRIMIENTO MORAL

DOMINIO 10: Principios Vitales

CLASE 3: Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones o acciones éticas o morales elegidas.		1	Angustia por la propia elección moral	
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Dificultad para tomar decisiones sobre el tratamiento	1	TOMA DE DECISIONES	1
			1.1 Idéntica las preferencias para seleccionar la opción 1.2 Identifica las posibles consecuencias a cada alternativa 1.3 Identifica información relevante 1.4 Reconoce lo que hacen los demás	Problema presente (comprometido).
2	Conflicto entre los que deben tomar la decisión	2	RESOLUCIÓN DE LA CULPA	2
			2.1 Expresa las causas de la culpa. 2.2 Monitoriza la intensidad de los sentimientos. 2.3 Identifica sentimientos negativos exagerados. 2.4 Identifica los pensamientos irracionales	Problema parcialmente resuelto.
3	Limitación del tiempo para la toma de decisiones	3	RESILIENCIA PERSONAL	3
			3.1 Muestra un estado de ánimo positivo 3.2 Identifica la conducta adecuada para diferentes situaciones sociales 3.3 Expresa sentirse apoyado por su familia 3.4 Asume la responsabilidad de sus actos	Problema resuelto.
4	Información disponible para conflictos de toma de decisiones			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

SUFRIMIENTO MORAL

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.
- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.
- Obtener el consentimiento informado, cuando se requiera.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Familiarizarse con la política y los procedimientos del centro.
- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.
- Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas.
- Servir de enlace entre el paciente y la familia.
- Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios.

INTERVENCIÓN (NIC):

FACILITACIÓN DE LA SUPERACIÓN DE LA CULPA

- Guiar al paciente/familia en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa.
- Ayudar al paciente/familiares a identificar su comportamiento en la situación de culpa.
- Ayudar al paciente/familia a entender que la culpa es una reacción común a un trauma, abuso, duelo, enfermedad devastadora o accidentes.
- Derivar al paciente/familia al grupo adecuado de trauma, abuso, duelo, enfermedad, cuidador o supervivientes en busca de educación y apoyo.
- Dirigir al paciente por los pasos del autoperdón cuando la propia culpa está confirmada.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate (p. ej., qué ha pasado, cómo le ha hecho sentir, qué va a hacer a continuación).
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Facilitar la identificación del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
- Explorar medidas para afrontar la situación.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Discutir las posibles consecuencias de no afrontar los sentimientos de culpa y vergüenza.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de expresar y liberar la respuesta emocional.
- Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
- No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando esté enfermo o fatigado.
- Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORIO DEL BIENESTAR ESPIRITUAL

DOMINIO 10: Principios vitales

CLASE 3: Congruencia entre valores/creencias/acciones

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Disminución de la integración del significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, o un poder superior.		1	Preocupación sobre la familia	
		2	Preocupación sobre el futuro	
		3	Pérdida del control	
		4	Culpa excesiva	
		5	Desesperanza	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Alteración de los rituales religiosos	1	SALUD ESPIRITUAL	1
			1.1 Calidad de fe	Problema presente (comprometido).
			1.2 Experiencias espirituales	
			1.3 Participación en meditación	
			1.4 Conexión con los demás	
2	Percepción de tener asuntos sin resolver	2	NIVEL DE DEPRESIÓN	2
			2.1 Ansiedad	Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Pérdida de interés por actividades	
			2.3 Aislamiento social	
			2.4 Tristeza	
3	Síntomas depresivos			
4	Estrés excesivo	3	ESTADO DE COMODIDAD: PSICOESPIRITUAL	3
			3.1 Pérdida de fe	Problema resuelto.
			3.2 Sensación de abandono espiritual	
			3.3 Depresión	
			3.4 Ansiedad	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DETERIORIO DEL BIENESTAR ESPIRITUAL

INTERVENCIÓN (NIC):

FACILITAR EL CRECIMIENTO ESPIRITUAL

- Compartir la propia perspectiva espiritual, si procede
- Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo
- Favorecer la revisión vital a través de la reminiscencia
- Utiliza herramientas para evaluar el bienestar espiritual
- Tratar al individuo con dignidad y respeto
- Favorecer la revisión vital a través de la reminiscencia
- Proporcionar privacidad para actividades espirituales
- Enseñar métodos de relajación y de meditación
- Alentar la asistencia a servicios religiosos
- Rezar con el individuo

INTERVENCIÓN (NIC):

GRUPO DE APOYO

- Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
- Crear una atmósfera relajada y de aceptación.
- Identificar los grupos basados en la fe como opciones disponibles.
- Atender las necesidades del grupo como un todo, así como a las necesidades de los miembros individuales.
- Mantener una presión positiva para el cambio de conducta.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO ESPIRITUAL

- Fomentar la conversación con el paciente que ayuda a separar los intereses espirituales
- Ayudar al paciente a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento
- Fomentar la exploración del paciente de su compromiso espiritual según sus creencias y valores
- Ayudar al paciente a explorar las creencias en relación con la curación del cuerpo, la mente y el espíritu
- Remitir una asistencia y apoyo adicional para la conexión entre cuerpo, mente y espíritu.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE DETERIORO DEL BIENESTAR ESPIRITUAL

DOMINIO 10: Principios vitales

CLASE 3: Congruencia entre valores/creencias/acciones

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a la disminución de la integración del significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros o un poder superior.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1 Alteración en la práctica espiritual	1 SALUD ESPIRITUAL	1.1 Calidad de la fe 1.2 Sentido y propósito de la vida 1.3 Sensación de paz 1.4 Satisfacción espiritual	1	Problema presente (comprometido).
2 Alteraciones los rituales religiosos	2 ESTADO DE COMODIDAD: PSICOESPIRITUAL	2.1 Imagen interna del yo. 2.2 Afecto tranquilo y calmado. 2.3 Significado y objetivo de la vida. 2.4 Bienestar psicológico.	2	Problema parcialmente resuelto.
3 Relaciones interpersonales inadecuadas	3 ESPERANZA	3.1 Expresa razones para vivir 3.2 Expresa optimismo 3.3 Expresa confianza en sí mismo 3.4 Muestra entusiasmo por mismo	3	Problema resuelto.
4 Alineación social				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DEL BIENESTAR ESPIRITUAL

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO ESPIRITUAL

- Preguntar si se considera espiritual o religioso y utilizar las respuestas para determinar si la conversación debe continuar.
- Determinar la importancia de la fe o las creencias para persona o la familia (p. ej; asistencia regular a servicios religiosos; sesiones de oración programadas; cumplimiento de rituales religiosos)
- Animar a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espirituales
- Asegurarse de que la enfermera estará disponible para apoyar a la persona en momentos de sufrimiento.
- Compartir las propias creencias sobre el significado y el propósito, según proceda
- Compartir la propia perspectiva según proceda
- Escuchar atentamente la comunicación y desarrollar el sentido de la oportunidad para la oración o los rituales espirituales.

INTERVENCIÓN (NIC):

FACILITAR EL CRECIMIENTO ESPIRITUAL

- Reconocer las propias creencias espirituales respecto a la relación con un poder superior
- Actuar como modelo de habilidades de relación y racionamiento saludable
- Determinar las necesidades espirituales únicas y expresadas
- Fomentar el examen de compromiso espiritual basado en creencias y valores
- Ayudar a explotar las creencias relacionadas con la curación del cuerpo y la mente y el espíritu.

INTERVENCIÓN (NIC):

DAR ESPERANZA

- Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.
- Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual.
- Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente).
- Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL

DOMINIO 10: Principios vitales

CLASE 3: Congruencia entre valores/creencias/acciones

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de integración del significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, o un poder superior, que puede fortalecerse.		1	Deseos de aumentar la aceptación	
		2	Deseos de mejorar el afrontamiento	
		3	Deseos de mejorar la esperanza	
		4	Deseos de mejorar la participación en prácticas religiosas	
		5	Deseos de fortalecer la propia fe	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1		1 EQUILIBRIO EN EL ESTILO DE VIDA	1.1 Reconoce la necesidad de equilibrar las actividades de la vida 1.2 Utiliza estrategias para reducir el estrés 1.3 Limita las actividades que contribuyen a la sensación de agobio 1.4 Participa en actividades que promueven el crecimiento personal	1 Problema presente (comprometido).
2		2 SALUD ESPIRITUAL	2.1 Calidad de la fe 2.2 Sensación de paz 2.3 Experiencias espirituales 2.4 Participación en ritos y pasajes espirituales	2 Problema parcialmente resuelto.
3		3 CALIDAD DE VIDA	3.1 Circunstancias sociales 3.2 Situación económica 3.3 Estado de ánimo general 3.4 Bienestar espiritual	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL

INTERVENCIÓN (NIC):

GRUPO DE APOYO

- Determinar el nivel y conveniencia del sistema actual de apoyo al paciente.
- Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida.
- Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
- Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros y de su líder.
- Elegir los miembros que puedan contribuir y beneficiarse de la interacción del grupo.
- Formar un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros.
- Tratar la cuestión de asistencia obligatoria.
- Tratar la cuestión de si se pueden admitir nuevos miembros en cualquier momento.
- Establecer una hora y lugar para las reuniones grupales.
- Reunirse en sesiones de 1-2 horas, según corresponda.
- Vigilar y dirigir la implicación activa de los miembros del grupo.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO ESPIRITUAL

- Fomentar la conversación con el paciente que ayuda a separar los intereses espirituales.
- Ayudar al paciente a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento.
- Fomentar la exploración del paciente de su compromiso espiritual según sus creencias y valores.
- Ayudar al paciente a explorar las creencias en relación con la curación del cuerpo, la mente y el espíritu.
- Remitir una asistencia y apoyo adicional para la conexión entre cuerpo, mente y espíritu.

INTERVENCIÓN (NIC):

FACILITAR EL CRECIMIENTO ESPIRITUAL

- Compartir la propia perspectiva espiritual, si procede.
- Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo.
- Favorecer la revisión vital a través de la reminiscencia.
- Utiliza herramientas para evaluar el bienestar espiritual.
- Tratar al individuo con dignidad y respeto.
- Favorecer la revisión vital a través de la reminiscencia.
- Proporcionar privacidad para actividades espirituales.
- Enseñar métodos de relajación y de meditación.
- Alentar la asistencia a servicios religiosos.
- Rezar con el individuo.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA RELIGIOSIDAD

DOMINIO 10: Principios vitales

CLASE 3: Congruencia entre valores/creencias/acciones

DEFINICIÓN	
Disminución del compromiso de uno mismo con las creencias, principios y actividades basadas en la fe	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	
1	Dificultad para adherirse a las doctrinas religiosas
2	Dificultad para cumplir los rituales religiosos
3	Dificultad para reconectar con los patrones de creencias
4	Dificultad para reconectar con los rituales religiosos
5	Disconfort por separación de la comunidad religiosa
FACTORES RELACIONADOS	
1	Barreras culturales para las prácticas religiosas
2	Sufrimiento espiritual
3	Apoyo social inadecuado
4	Uso ineficaz estrategias de afrontamiento

RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 SALUD ESPIRITUAL	1.1 Participación en ritos y pasajes espirituales 1.2 Interacción con líderes espirituales 1.3 Interacción con los demás para compartir pensamientos y sentimientos 1.4 Experiencias espirituales	1 Problema presente (comprometido).
2 ESTADO DE COMODIDAD: PSICOESPIRITUAL	2.1 Satisfacción espiritual 2.2 Bienestar psicológico 2.3 Expresiones de optimismo 2.4 Afecto tranquilo y calmado	2 Problema parcialmente resuelto.
3 ESPERANZA	3.1 Expresa paz interior 3.2 Expresa sensación de autocontrol 3.3 Muestra entusiasmo por la vida 3.4 Expresa su fe	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA RELIGIOSIDAD

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO ESPIRITUAL

- Preguntar si se considera espiritual o religioso y utilizar las respuestas para determinar si la conversación debe continuar.
- Determinar la importancia de la fe o las creencias para persona o la familia (ej; asistencia regular a servicios religiosos; sesiones de oración programadas; cumplimiento de rituales religiosos)
- Animar a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espirituales
- Asegurarse de que la enfermera estará disponible para apoyar a la persona en momentos de sufrimiento.
- Compartir las propias creencias sobre el significado y el propósito, según proceda
- Compartir la propia perspectiva según proceda
- Escuchar atentamente la comunicación y desarrollar el sentido de la oportunidad para la oración o los rituales espirituales.

INTERVENCIÓN (NIC):

FACILITAR EL CRECIMIENTO ESPIRITUAL

- Reconocer las propias creencias espirituales respecto a la relación con un poder superior.
- Establecer una relación de confianza.
- Demostrar una presencia afectuosa y consuelo pasando tiempo con la persona, su familia u otras personas significativas.
- Proporcionar un entorno que fomente una actitud meditativa o contemplativa para la autorreflexión.
- Fomentar una conversación que ayude a la persona a resolver sus preocupaciones y creencias espirituales.
- Determinar las necesidades espirituales únicas y expresadas.
- Ayudar a la persona a identificar las barreras y actitudes que dificultan el crecimiento, el autodescubrimiento o la capacidad de satisfacer sus necesidades espirituales personales.
- Ayudar a explorar las creencias relacionadas con la curación del cuerpo, la mente y el espíritu.

INTERVENCIÓN (NIC):

DAR ESPERANZA

- Ayudar al paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
- Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estado temporal.
- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad solo como una faceta de la persona.
- Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.
- Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual.
- Evitar disfrazar la verdad.
- Destacar el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al paciente que no responden a estímulos.
- Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.
- Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE DETERIORO DE LA RELIGIOSIDAD

DOMINIO 10: Principios vitales

CLASE 3: Congruencias entre valores/creencias/acciones

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de disminuir el compromiso de uno mismo con las creencias, principios y actividades en la fe.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1 Ansiedad	1 NIVEL DE ANSIEDAD	1.1 Inquietud		1 Problema presente (comprometido).
		1.2 Angustia		
		1.3 Preocupación excesiva		
		1.4 Dificultad para relajarse		
2 Sufrimiento espiritual	2 SALUD ESPIRITUAL	2.1 Calidad de fe		2 Problema parcialmente resuelto.
		2.2 Experiencias espirituales		
		2.3 Participación en meditación		
		2.4 Conexión con los demás		
3 Barreras culturales para las prácticas religiosas	3 IMPLICACIÓN SOCIAL	3.1 Conecta a diario con los demás		3 Problema resuelto.
		3.2 Participa como voluntario		
		3.3 Interacciona con amigos íntimos		
		3.4 Participa como miembro de la iglesia		
4 Apoyo social inadecuado				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA RELIGIOSIDAD

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente
- Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso
- Proporcionar objetivos que simbolizen seguridad
- Escuchar con atención
- Fomentar la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad
- Crear un ambiente que facilite la confianza
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad
- Controlar los estímulos de las necesidades del paciente, según corresponda
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina
- Administrar medicamento que reduzca la ansiedad, según corresponda
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad

INTERVENCIÓN (NIC):

FACILITAR EL APOYO ESPIRITUAL

- Compartir la propia perspectiva espiritual, si procede
- Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo
- Favorecer la revisión vital a través de la reminiscencia
- Utiliza herramientas para evaluar el bienestar espiritual
- Tratar al individuo con dignidad y respeto
- Favorecer la revisión vital a través de la reminiscencia
- Proporcionar privacidad para actividades espirituales
- Enseñar métodos de relajación y de meditación
- Alentar la asistencia a servicios religiosos
- Rezar con el individuo

INTERVENCIÓN (NIC):

GRUPOS DE APOYO

- Determinar el nivel y conveniencia del sistema actual de apoyo al paciente.
- Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida.
- Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
- Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros y de su líder.
- Elegir los miembros que puedan contribuir y beneficiarse de la interacción del grupo.
- Formar un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros.
- Tratar la cuestión de asistencia obligatoria.
- Tratar la cuestión de si se pueden admitir nuevos miembros en cualquier momento.
- Establecer una hora y lugar para las reuniones grupales.
- Reunirse en sesiones de 1-2 horas, según corresponda.
- Vigilar y dirigir la implicación activa de los miembros del grupo.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RELIGIOSIDAD**

DOMINIO 10: Principios vitales

CLASE 3: Congruencia entre valores/creencias/acciones

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de compromiso de uno mismo con creencias, principios y actividades basadas en la fe que pueden fortalecerse.		1	Deseos de mejorar la conexión con los líderes religiosos	
		2	Deseos de mejorar la participación en experiencias religiosas	
		3	Deseos de mejorar las opciones religiosas	
		4	Deseos de restablecer las costumbres religiosas	
		5	Deseos de reconectar con patrones de creencias	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	TOMA DE DECISIONES	1.1 Identifica las preferencias para seleccionar la opción 1.2 Identifica las posibilidades consecuencias de cada alternativa 1.3 Identifica los posibles beneficios de cada alternativa 1.4 Identifica alternativas	1 Problema presente (comprometido).
2	2	SALUD ESPIRITUAL	2.1 Participación en ritos y pasajes espirituales 2.2 Interacción con líderes espirituales 2.3 Interacción con los demás para compartir pensamientos y sentimientos 2.4 Experiencias espirituales	2 Problema parcialmente resuelto.
3	3	ESPERANZA	3.1 Expresa paz interior 3.2 Expresa sensación de autocontrol 3.3 Muestra entusiasmo por la vida 3.4 Expresa su fe	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RELIGIOSIDAD

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO ESPIRITUAL

- Reconocer las propias creencias espirituales respecto a la relación con un poder superior.
- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática.
- Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual, según corresponda (p. ej., valoraciones espirituales formales; afirmaciones al ingreso relacionadas con la religión, la nacionalidad y el idioma; afirmaciones relacionadas con la enfermedad).
- Asegurarse de que se dispone del tiempo adecuado para la interacción terapéutica.
- Comenzar las conversaciones con preguntas y estímulos concretos y fáciles de discutir, estando abiertos a si la persona o el familiar desean hablar de creencias más personales.
- Tratar con dignidad y respeto.
- Preguntar si se considera espiritual o religioso y utilizar la respuesta para determinar si la conversación debe continuar.
- Permitir que la persona o la familia dirijan la conversación (es decir, que tengan el máximo control sobre el discurso).
- Determinar la importancia de la fe o las creencias para la persona o la familia (p. ej., asistencia regular a servicios religiosos; sesiones de oración programadas; cumplimiento de rituales religiosos).

INTERVENCIÓN (NIC):

FACILITAR EL CRECIMIENTO ESPIRITUAL

- Reconocer las propias creencias espirituales respecto a la relación con un poder superior.
- Establecer una relación de confianza.
- Demostrar una presencia afectuosa y consuelo pasando tiempo con la persona, su familia u otras personas significativas.
- Actuar como modelo de habilidades de relación y razonamiento saludables.
- Proporcionar un entorno que fomente una actitud meditativa o contemplativa para la autorreflexión.
- Fomentar una conversación que ayude a la persona a resolver sus preocupaciones y creencias espirituales.
- Determinar las necesidades espirituales únicas y expresadas.
- Ayudar a la persona a identificar las barreras y actitudes que dificultan el crecimiento, el autodescubrimiento o la capacidad de satisfacer sus necesidades espirituales personales.
- Ofrecer apoyo en la oración, según proceda.
- Fomentar la fe en un poder superior durante los encuentros de atención espiritual mediante devociones, oraciones, contacto físico, escritura o música, según proceda.
- Tomar la iniciativa en las oraciones, controlando la disposición, la apertura y el nivel de comodidad para rezar o para que se rece por él, según proceda.

INTERVENCIÓN (NIC):

DAR ESPERANZA

- Ayudar al paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
- Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estado temporal.
- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad solo como una faceta de la persona.
- Ampliar el repertorio de mecanismos de afrontamiento del paciente.
- Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia.
- Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.
- Facilitar la admisión por parte del paciente de una pérdida personal en su imagen corporal.
- Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias anteriores del paciente/familia.
- Destacar el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al paciente que no responden a estímulos.
- Emplear una revisión guiada de la vida y/o la reminiscencia, según corresponda.
- Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.
- Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas,

Dominio 11

Seguridad/protección

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DETERIORO DE LA RESPUESTA INMUNITARIA

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 1: Infección

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Capacidad debilitada para defenderse de microorganismos extraños o del efecto tóxico de sustancias antigénicas.	1	Disnea	
	2	Desorientación	
	3	Infecciones recurrentes	
	4	Leucopenia	
	5	Debilidad	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Dificultad para manejar un régimen terapéutico complejo	1 CONTROL DE RIESGOS	1.1 Identifica los factores de riesgo 1.2 Reconoce los factores de riesgo personales 1.3 Monitoriza los factores de riesgo ambientales 1.4 Desarrolla estrategias eficaces de control de riesgos	1 Problema presente (comprometido).
2 Mal nutrición	2 ESTADO INMUNE	2.1 Integridad de la piel 2.2 Integridad de las mucosas 2.3 Detección de infecciones 2.4 Resistencia a las infecciones	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Desesperanza	3 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	3.1 Pigmentación anormal	3 Problema resuelto.
		3.2 Lesiones cutáneas	
		3.3 Escamas cutáneas	
		3.4 Presencia de cuerpos extraños	
4 Abuso de sustancias			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA RESPUESTA INMUNITARIA

INTERVENCIÓN (NIC):

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Mantener los registros y estadísticas precisos.
- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción de riesgo.
- Considerar criterios útiles para priorizar áreas de reducción del riesgo (p. ej., nivel de concienciación y motivación, efectividad, coste, viabilidad, preferencias, equidad, estigmatización y severidad de los resultados si los riesgos continúan sin abordarse).
- Ejecutar las actividades de reducción del riesgo.

INTERVENCIÓN (NIC):

CONTROL DE INFECCIONES

- Seguir las precauciones universales en todas las actividades asistenciales.
- Lavarse las manos o utilizar desinfectante de manos antimicrobiano antes y después de cada actividad asistencial.
- Favorecer la protección de ojos, nariz y boca.
- Limpiar adecuadamente el entorno del área de cuidados después de cada uso, según las normas del centro.
- Limpiar y desinfectar las superficies contaminadas con patógenos, incluidas de las que están cerca de las personas (p. ej; barandillas de las camas, superficie de las superficies del entorno asistencial que se tocan con más frecuencia).
- Limpiar y desinfectar todos los artículos y equipos de contacto o cuidado, incluidos los juguetes en las áreas pediátricas y los dispositivos móviles multiuso que se mueven dentro y fuera de las habitaciones.
- Manipular los textiles y tejidos usados con mínima agitación para evitar la contaminación del aire, las superficies y las personas.
- Mantener el uso prudente de antibióticos

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE HERIDAS

- Despegar los apósitos existentes, el esparadrapo o la ropa alrededor de la herida.
- Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
- Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, incluyendo el área que rodea la herida.
- Colocar la zona afectada en una bañera de hidromasaje, según corresponda.
- Administra cuidados al sitio de incisión, según sea necesario.
- Aplicar un tratamiento tópico adecuado en la piel o la lesión, según la prescripción.
- Mantener seca la zona circundante mientras se protege la herida.
- Cambiar el tipo de apósito según sea necesario para que avance adecuadamente la curación de la herida.
- Cambiar de posición a la persona como mínimo cada dos horas, según corresponde.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE INFECCIÓN

DOMINIO 11: Seguridad/Protección

CLASE 1: Infección

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Deterioro de la integridad cutánea	1 SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN	1.1 Malestar general. 1.2 Colonización del cultivo de la herida. 1.3 Fiebre 1.4 Dolor	1 Problema presente (comprometido).
2	Dificultad para manejar dispositivos invasivos a largo plazo	2 CONTROL DEL RIESGO	2.1 Identifica factores de riesgo 2.2 Desarrolla estrategias eficaces de control de riesgo 2.3 Evita exposición de amenazas contra la salud 2.4 Reconoce los cambios en el estado de salud	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Higiene inadecuada			
4	Conocimiento inadecuado para evitar la exposición a los agentes patógenos	3 CONTROL DEL RIESGO: PROCESO INFECCIOSO	3.1 Monitoriza los cambios en el estado de salud general 3.2 Toma medidas inmediatas para reducir el riesgo 3.3 Utiliza fuentes de información confiables 3.4 Utiliza servicios sanitarios congruentes con las necesidades	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE INFECCIÓN

INTERVENCIÓN (NIC):

CONTROL DE INFECCIONES

- Seguir las precauciones universales en todas las actividades asistenciales.
- Lavarse las manos o utilizar desinfectante de manos antimicrobiano antes y después de cada actividad asistencial.
- Facilitar el acceso a los desinfectantes antimicrobianos para manos (p. ej., colgar el dispensador en la pared o colocarlo junto a las puertas de todas las áreas asistenciales).
- Utilizar EPI (equipo de protección individual) siempre que se prevea una posible exposición a material infeccioso.
- Garantizar el fácil acceso al EPI adecuado para atender a personas con material o enfermedad infecciosos conocidos (p. ej., guantes, mascarillas, gafas, batas de aislamiento).
- Favorecer la protección de ojos, nariz y boca.
- Colocar a las personas de forma que los aerosoles y las salpicaduras se alejen de la cara del cuidador.
- Proporcionar habitaciones unipersonales cuando exista preocupación por la transmisión de agentes infecciosos, según las normas y la capacidad del centro.
- Dar prioridad a las habitaciones unipersonales para personas que presenten situaciones que faciliten la transmisión de material infeccioso a otras personas (p. ej., heridas con drenaje, incontinencia fecal, secreciones no contenidas, malos hábitos de higiene personal).

INTERVENCIÓN (NIC):

PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES

- Verificar el nivel de riesgo mediante preguntas sobre el historial sanitario, incluidos los viajes internacionales y locales.
- Monitorizar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Monitorizar la vulnerabilidad a las infecciones (p. ej., menor capacidad de autocuidados, heridas abiertas, cirugía reciente).
- Limitar el número de visitas, según sea necesario.
- Fomentar un aumento de la movilidad y la realización de ejercicio, según corresponda.
- Enseñar las diferencias entre infecciones virales y bacterianas.
- Enseñar los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario.
- Promover las inmunizaciones y vacunaciones, así como medidas preventivas contra las infecciones, según proceda.
- Proporcionar una habitación privada, según esté indicado.
- Realizar cribado a todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles.
- Aplicar técnicas de aislamiento adecuadas.
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión o herida quirúrgica a intervalos regulares.

INTERVENCIÓN (NIC):

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

- Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.
- Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos.
- Determinar la disponibilidad y calidad de recursos (p. ej., psicológicos, económicos, nivel educativo, familia y otros recursos sociales, y comunidad).
- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Mantener los registros y estadísticas precisos.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- Proceder a derivar a otro personal de cuidados y/o instituciones, según corresponda.
- Planificar la monitorización a largo plazo de los riesgos para la salud.
- Planificar el seguimiento a largo plazo

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 1: Infección

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a la invasión de organismos patógenos en el sitio de la herida.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Hiperglucemia perioperatoria	1	SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN 1.1 Secreción fétida 1.2 Espudo purulento. 1.3 Drenaje purulento. 1.4 Linfadenopatías	1 Problema presente (comprometido).
2	Hipotermia perioperatoria	2	CONTROL DEL RIESGO 2.1 Participa en la detección sistemática de problemas de salud. 2.2 Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas. 2.3 Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades. 2.4 Identifica los factores de riesgo.	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Autogestión ineficaz del sobrepeso	3	CONTROL DEL RIESGO: PROCESO INFECCIOSO 3.1 Identifica los factores de riesgo de infección 3.2 Reconoce las consecuencias asociadas a la infección 3.3 Reconoce las conductas asociadas al riesgo de infección 3.4 Identifica el riesgo de infección	3 Problema resuelto.
4	Colonización nasal desatendida			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

INTERVENCIÓN (NIC):

PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES

- Determinar el nivel actual de conocimientos relacionados con la admisión y transmisión de agentes infecciosos.
- Monitorear los aspectos de las elecciones prevalentes que aumentan el riesgo de infección de la persona (p. ej., pancitopenia, fármacos inmunosupresores).
- Monitorear los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Monitorear la vulnerabilidad a las infecciones (p. ej., menor capacidad de autocuidados, heridas abiertas, cirugía reciente).
- Mantener la asepsia para la persona de riesgo.
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.
- Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión o herida quirúrgica a intervalos regulares.
- Obtener muestras para cultivos, si es necesario.

INTERVENCIÓN (NIC):

CONTROL DE INFECCIONES

- Seguir las precauciones universales en todas las actividades asistenciales.
- Lavarse las manos o utilizar desinfectante de manos antimicrobiano antes y después de cada actividad asistencial.
- Facilitar el acceso a los desinfectantes antimicrobianos para manos (p. ej., colgar el dispensador en la pared o colocarlo junto a las puertas de todas las áreas asistenciales).
- Utilizar EPI siempre que se prevea una posible exposición a material infeccioso.
- Garantizar el fácil acceso al EPI adecuado para atender a personas con material o enfermedad infecciosos conocidos (p. ej., guantes, mascarillas, gafas, batas de aislamiento).
- Favorecer la protección de ojos, nariz y boca.
- Colocar a las personas de forma que los aerosoles y las salpicaduras se alejen de la cara del cuidador.
- Proporcionar habitaciones unipersonales cuando exista preocupación por la transmisión de agentes infecciosos, según las normas y la capacidad del centro.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN

- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- Monitorizar el proceso de duración y los signos y síntomas de infección en el sitio de incisión.
- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica no citotóxica apropiada y una fricción suave.
- Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia (es decir, desde la incisión a la piel circundante; desde la inserción del drenaje en un movimiento espiral hacia afuera).
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
- Cambiar el vendaje en los intervalos adecuados.
- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE LESION FISICA

DOMINIO 11: Seguridad/Protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de sufrir daños corporales debidos a traumatismos, descargas eléctricas, cambios de presión y/o radiaciones		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Exposición a químicos tóxicos	1 SEVERIDAD DE LA LESIÓN FÍSICA	1.1 Abrasiones cutáneas. 1.2 Quemaduras. 1.3 Hemorragia 1.4 Hematomas	1 Problema presente (comprometido).
2	Seguimiento inadecuado del protocolo de seguridad	2 CONOCIMIENTO: SEGURIDAD PERSONAL	2.1 Riesgos para la seguridad laboral 2.2 Estrategias de reducción de riesgos 2.3 Prevención de electrocuciones 2.4 Dispositivos de seguridad adecuados para la actividad	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Equipo de seguridad inadecuado			
4	Falta de atención a la seguridad ambiental	3 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	3.1 Temperatura de la piel. 3.2 Lesiones cutáneas. 3.3 Necrosis 3.4 Presencia de cuerpos extraños	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LESION FISICA

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LAS HERIDAS

- Despegar los apósitos existentes, el esparadrapo o la ropa alrededor de la herida.
- Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
- Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, incluyendo el área que rodea la herida.
- Colocar la zona afectada en una bañera de hidromasaje, según corresponda.
- Administra cuidados al sitio de incisión, según sea necesario.
- Aplicar un tratamiento tópico adecuado en la piel o la lesión, según la prescripción.
- Mantener seca la zona circundante mientras se protege la herida.
- Cambiar el tipo de apósito según sea necesario para que avance adecuadamente la curación de la herida.
- Cambiar de posición a la persona como mínimo cada dos horas, según corresponde.

INTERVENCIÓN (NIC):

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Mantener los registros y estadísticas precisos.
- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción de riesgo.
- Considerar criterios útiles para priorizar áreas de reducción del riesgo (p. ej., nivel de concienciación y motivación, efectividad, coste, viabilidad, preferencias, equidad, estigmatización y severidad de los resultados si los riesgos continúan sin abordarse).
- Ejecutar las actividades de reducción del riesgo.

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA DE LA PIEL

- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda.
- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden).
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- Monitorizar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.
- Monitorizar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Monitorizar si hay zonas de presión y fricción.
- Monitorizar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE LESIÓN POR QUEMADURA

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de dañarse la piel o los tejidos por el calor, el vapor, los productos químicos, la electricidad o similares	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Conocimiento inadecuado sobre precauciones de seguridad	1 CURACIÓN DE LAS QUEMADURAS	1.1 Dolor 1.2 Infección 1.3 Edema en la zona de la quemadura 1.4 Sensibilidad térmica en la zona de la quemadura	1 Problema presente (comprometido).
2 Supervisión inadecuada	2 SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN	2.1 Erupción 2.2 Esputo purulento 2.3 Fiebre 2.4 Dolor	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Falta de atención a la seguridad ambiental	3 SEVERIDAD DE LA LESIÓN FÍSICA	3.1 Abrasiones cutáneas 3.2 Quemaduras 3.3 Hematomas 3.4 Deterioro de la movilidad	3 Problema resuelto.
4 Equipo de cocina inseguro			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LESIÓN POR QUEMADURA

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LAS HERIDAS: QUEMADURAS

- Enfriar la herida con agua templada (20°) o solución salina en momento de la lesión, si es posible.
- Lavar las heridas químicas continuamente durante 30 minutos o más para garantizar la eliminación de todo producto caustico.
- Controlar el nivel de consciencia en pacientes con quemaduras graves.
- Evaluar la boca y las fosas nasales del paciente para identificar cualquier posible lesión por inhalación.
- Evaluar la herida, examinando su profundidad, extensión, localización, dolor, agente causal, exudación, granulación o tejido necrótico, epitelización y signos de infección.
- Utilizar medidas de aislamiento físico para prevenir la infección (p. ej., mascarilla, bata, guantes estériles, gorro y calzas).
- Colocar un apósito sin comprimir.
- Proporcionar aceptación y soporte emocional durante los cuidados.
- Recomendar métodos para proteger la parte afectada.
- Ayudar al paciente a determinar el grado real de cambios físicos y funcionales.

INTERVENCIÓN (NIC):

CONTROL DE LAS INFECCIONES

- Seguir las precauciones universales en todas las actividades asistenciales.
- Lavarse las manos o utilizar desinfectante de manos antimicrobiano antes y después de cada actividad asistencial.
- Favorecer la protección de ojos, nariz y boca.
- Limpiar adecuadamente el entorno del área de cuidados después de cada uso, según las normas del centro.
- Limpiar y desinfectar las superficies contaminadas con patógenos, incluidas de las que están cerca de las personas (p. ej; barandillas de las camas, superficie de las superficies del entorno asistencial que se tocan con más frecuencia).
- Limpiar y desinfectar todos los artículos y equipos de contacto o cuidado, incluidos los juguetes en las áreas pediátricas y los dispositivos móviles multiuso que se mueven dentro y fuera de las habitaciones.
- Manipular los textiles y tejidos usados con mínima agitación para evitar la contaminación del aire, las superficies y las personas.
- Mantener el uso prudente de antibióticos

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADO DE LAS HERIDAS

- Despegar los apósitos existentes, el esparadrapo o la ropa alrededor de la herida.
- Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
- Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no toxico, incluyendo el área que rodea la herida.
- Colocar la zona afectada en una bañera de hidromasaje, según corresponda.
- Administra cuidados al sitio de incisión, según sea necesario.
- Aplicar un tratamiento tópico adecuado en la piel o la lesión, según la prescripción.
- Mantener seca la zona circundante mientras se protege la herida.
- Cambiar el tipo de apósito según sea necesario para que avance adecuadamente la curación de la herida.
- Cambiar de posición a la persona como mínimo cada dos horas, según corresponde.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LESION POR FRIO

DOMINIO 11: Seguridad/Protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de dañarse la piel o los tejidos por las bajas temperaturas ambientales.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Conocimiento inadecuado sobre precauciones de seguridad	1 CONTROL DEL RIESGO: HIPOTERMIA	1.1 Identifica los factores de riesgo de hipotermia 1.2 Identifica los signos y síntomas de hipotermia 1.3 Identifica las condiciones de salud que disminuye la producción de calor 1.4 Identifica las condiciones que ponen en peligro la capacidad de conservar el calor	1 Problema presente (comprometido).
2 Ropa protectora inadecuada	2 SEVERIDAD DE LA LESIÓN FÍSICA	2.1 Abrasiones cutáneas 2.2 Quemaduras 2.3 Hematomas 2.4 Deterioro de la movilidad	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Exposición prolongada a bajas temperaturas	3 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	3.1 Temperatura de la piel. 3.2 Lesiones cutáneas. 3.3 Necrosis 3.4 Presencia de cuerpos extraños	3 Problema resuelto.
4 Falta de atención a la seguridad ambiental			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LESION POR FRIO

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, según corresponda.
- Proporcionar una cama y un entorno limpios y cómodos.
- Evitar la exposición innecesaria, las corrientes y el exceso de calefacción o frío.
- Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades, en caso de que se altere la temperatura corporal.
- Manipular la iluminación y el aire para conseguir beneficios terapéuticos.
- Permitir que se quede la familia.
- Facilitar el uso de efectos personales como pijamas, albornoces y productos de aseo.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA HIPOTERMIA

- Monitorizar la temperatura del paciente, usando el dispositivo de medición y la vía más apropiados.
- Apartar al paciente del ambiente frío.
- Retirar la ropa fría y húmeda del paciente.
- Colocar al paciente en decúbito supino, minimizando los cambios ortostáticos.
- Minimizar la estimulación del paciente (es decir, manipular con cuidado y evitar el movimiento excesivo) para no precipitar una fibrilación ventricular.
- Aplicar recalentamiento pasivo (p. ej., manta, cubrir la cabeza, y calentar la ropa).
- Aplicar recalentamiento externo activo (p. ej., almohadilla eléctrica colocada en el área del tronco antes que en las extremidades, botellas de agua caliente, calentador de aire a presión, manta caliente, luz radiante, almohadillas de calentamiento y calentadores de aire conectivos).
- Evitar el recalentamiento externo activo en pacientes con hipotermia grave.
- Aplicar recalentamiento interno activo o «recalentamiento corporal central» (p. ej., líquidos intravenosos calientes, oxígeno humidificado y calentado, circulación extracorpórea, hemodiálisis, recalentamiento arteriovenoso continuo, y lavado de las cavidades corporales con suero caliente).

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA DE LA PIEL

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden).
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- Monitorizar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.
- Monitorizar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Monitorizar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Monitorizar si hay zonas de presión y fricción.
- Monitorizar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Observar si la ropa queda ajustada.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LESIÓN CORNEAL

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a daños o traumatismos infligidos a la superficie frontal transparente del ojo por medios externos.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Exposición a agentes biológicos	1 CONTROL DEL RIESGO: DETERIORO VISUAL	1.1 Identificar los factores de riesgo de deterioro visual 1.2 Monitoriza los síntomas de deterioro visual 1.3 Monitoriza los síntomas de enfermedades oculares 1.4 Se realiza exámenes oftálmicos rutinarios	1 Problema presente (comprometido).
2	Exposición a agentes físicos	2 CONTROL DEL RIESGO: EXPOSICIÓN AL SOL	2.1 Identifica el riesgo de exposición al sol 2.2 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo 2.3 Lleva gafas de protección ultravioleta (UV) cuando está al aire libre 2.4 Evita el uso de dispositivos de luz ultravioleta (UV)	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Exposición a agentes químicos			
4	Acceso inadecuado a equipos de protección individual	3 CONTROL DEL RIESGO: SEQUEDAD OCULAR	3.1 Identifica los factores de riesgo del ojo seco 3.2 Reconoce la relación entre las enfermedades autoinmunes y el ojo seco 3.3 Protege la integridad de la superficie ocular 3.4 Utiliza dispositivos para proteger los ojos	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LESIÓN CORNEAL

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADO DE LOS OJOS

- Observar si hay enrojecimiento, exudado o ulceración.
- Indicar que no se toque los ojos.
- Observar la simetría del movimiento de los ojos.
- Monitorizar el reflejo corneal y determinar si las pupilas son isocóricas, redondas y reactivas a la luz y a la acomodación (p. ej. PIRRLA).
- Utilizar toallitas limpias y calientes o bolas de algodón humedecidas con agua caliente o suero fisiológico para la limpieza.
- Mantener el parpado cerrado con esparadrapo, cuando esté indicado.

INTERVENCIÓN (NIC):

PREVENCIÓN DE LA SEQUEDAD OCULAR

- Monitorizar los signos y síntomas (p. ej., eritema, quemazón, prurito, exudado, dolor peri e intraocular, dificultad para abrir los ojos al despertarse y mover los párpados, visión borrosa), de sequedad ocular.
- Identificar las características personales (p. ej., edad, sexo, hormonas, enfermedades autoinmunitarias, quemadura química) y los factores ambientales (p. ej., aire seco, aire acondicionado, luz solar) que pueden aumentar la posibilidad de sequedad ocular.
- Monitorizar el reflejo de parpadeo.
- Identificar la posición palpebral.
- Monitorizar la cantidad de lagrimeo utilizando tiras específicas.
- Instruir al paciente para que evite la lectura prolongada y el uso del ordenador durante mucho tiempo.
- Administrar cuidados oculares al menos dos veces al día, según corresponda.
- Aplicar lubricantes (p. ej., colirios, pomadas), para favorecer la producción lagrimal, según corresponda.
- Cubrir los ojos con dispositivos eficaces (p. ej., parche de polietileno, gel de poliacrilamida, cinta adhesiva hipoalergénica), según corresponda.
- Asegurarse de que los párpados están cerrados

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADO DE LOS LENTES DE CONTACTO

- Evaluar los ojos secos y el área peri ocular en lesiones abiertas.
- Determinar la compresión del paciente sobre los cuidados necesarios de las lentillas.
- Determinar la capacidad física y emocional del paciente para aprender y realizar los cuidados necesarios de las lentillas.
- Instruir al paciente para realizar una higiene de las manos antes de tocar las lentillas.
- Instruir al paciente sobre los cuidados adecuados de las lentillas, dependiendo del tipo (p. ej., duras o blandas).
- Instruir al paciente para que no use saliva, agua del grifo o suero salino estéril de los centros sanitarios para aclarar o guardar las lentillas.
- Instruir al paciente sobre los cuidados del recipiente de las lentillas (p. ej., lavar a diario, dejarlo abierto al aire y cambiarlo con frecuencia).
- Instruir al paciente para que evite la exposición o el uso de contaminantes ambientales lesivos o irritantes (p. ej., polvo, humo, jabones, lociones, cremas y aerosoles).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE OJO SECO

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de presentar una película lagrimal persistentemente inestable y/o deficiente que provoque molestias y/o trastornos visuales.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Disminución de la frecuencia de parpadeo	1 CONTROL DEL RIESGO: SEQUEDAD OCULAR	1.1 Identifica los factores de riesgo del ojo seco 1.2 Reconoce la relación entre las enfermedades autoinmunes y el ojo seco 1.3 Protege la integridad de la superficie ocular 1.4 Utiliza dispositivos para proteger los ojos	1 Problema presente (comprometido).
2 Contaminación del aire	2 CONTROL DEL RIESGO: DETERIORO VISUAL	2.1 Evita los traumatismos oculares 2.2 Toma descansos de la actividad que provoca fatiga visual 2.3 Monitoriza los síntomas de enfermedades oculares 2.4 Utiliza dispositivos para proteger los ojos	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Tiempo de pantalla excesivo			
4 Exposición prolongada a la luz	3 CONTROL DEL RIESGO: EXPOSICIÓN AL SOL	3.1 Identifica el riesgo de exposición al sol 3.2 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo 3.3 Lleva gafas de protección ultravioleta (UV) cuando está al aire libre 3.4 Evita el uso de dispositivos de luz ultravioleta (UV)	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE OJO SECO

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADO DE LOS OJOS

- Observar si hay enrojecimiento, exudado o ulceración.
- Indicar que no se toque los ojos.
- Observar la simetría del movimiento de los ojos.
- Monitorizar el reflejo corneal y determinar si las pupilas son isocóricas, redondas y reactivas a la luz y a la acomodación (p. ej. PIRRLA).
- Utilizar toallitas limpias y calientes o bolas de algodón humedecidas con agua caliente o suero fisiológico para la limpieza.
- Mantener el parpado cerrado con esparadrapo, cuando esté indicado.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADO DE LOS LENTES DE CONTACTO

- Evaluar los ojos secos y el área peri ocular en lesiones abiertas.
- Determinar la compresión del paciente sobre los cuidados necesarios de las lentillas.
- Determinar la capacidad física y emocional del paciente para aprender y realizar los cuidados necesarios de las lentillas.
- Instruir al paciente para realizar una higiene de las manos antes de tocar las lentillas.
- Instruir al paciente sobre los cuidados adecuados de las lentillas, dependiendo del tipo (p. ej., duras o blandas).
- Instruir al paciente para que no use saliva, agua del grifo o suero salino estéril de los centros sanitarios para aclarar o guardar las lentillas.
- Instruir al paciente sobre los cuidados del recipiente de las lentillas (p. ej., lavar a diario, dejarlo abierto al aire y cambiarlo con frecuencia).
- Instruir al paciente para que evite la exposición o el uso de contaminantes ambientales lesivos o irritantes (p. ej., polvo, humo, jabones, lociones, cremas y aerosoles).

INTERVENCIÓN (NIC):

PREVENCIÓN DE LA SEQUEDAD OCULAR

- Monitorizar los signos y síntomas (p. ej., eritema, quemazón, prurito, exudado, dolor peri e intraocular, dificultad para abrir los ojos al despertarse y mover los párpados, visión borrosa), de sequedad ocular.
- Identificar las características personales (p. ej., edad, sexo, hormonas, enfermedades autoinmunitarias, quemadura química) y los factores ambientales (p. ej., aire seco, aire acondicionado, luz solar) que pueden aumentar la posibilidad de sequedad ocular.
- Monitorizar el reflejo de parpadeo.
- Identificar la posición palpebral
- Monitorizar la cantidad de lagrimeo utilizando tiras específicas.
- Instruir al paciente para que evite la lectura prolongada y el uso del ordenador durante mucho tiempo.
- Administrar cuidados oculares al menos dos veces al día, según corresponda.
- Aplicar lubricantes (p. ej., colirios, pomadas), para favorecer la producción lagrimal, según corresponda.
- Cubrir los ojos con dispositivos eficaces (p. ej., parche de polietileno, gel de poliácridamida, cinta adhesiva hipoalérgica), según corresponda.
- Asegurarse de que los párpados están cerrados

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE LESIÓN POSTURAL PERIOPERATORIA

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de sufrir lesiones corporales involuntaria como resultado de la postura o el equipo de posicionamiento requeridos durante un procedimiento invasivo y/o quirúrgico.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Posición inadecuada y prolongada de las extremidades	1 CONTROL DE RIESGO	1.1 Identifica los factores de riesgo 1.2 Reconoce los factores de riesgo personales 1.3 Ajusta las estrategias de control de riesgos 1.4 Utiliza sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo	1 Problema presente (comprometido).
2	Acceso inadecuado al equipo apropiado	2 SEVERIDAD DE LA LESIÓN FÍSICA	2.1 Hematomas 2.2 Deterioro de la movilidad física 2.3 Laceraciones 2.4 Hemorragia	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Acceso inadecuado al equipo apropiado	3 FUNCIÓN SENSITIVA	3.1 Percepción de la estimulación cutánea	3 Problema resuelto.
4	Factores identificados mediante una herramienta de detección estandarizada y validada		3.2 Percepción de la posición de la cabeza	
			3.3 Percepción de la posición del cuerpo	
			3.4 Agudeza visual	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LESIÓN POSTURAL PERIOPERATORIA

INTERVENCIÓN (NIC):

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Mantener los registros y estadísticas precisos.
- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción de riesgo.
- Considerar criterios útiles para priorizar áreas de reducción del riesgo (p. ej., nivel de concienciación y motivación, efectividad, coste, viabilidad, preferencias, equidad, estigmatización y severidad de los resultados si los riesgos continúan sin abordarse).
- Ejecutar las actividades de reducción del riesgo.

INTERVENCIÓN (NIC):

CAMBIO DE POSICIÓN INTRAOPERATORIO

- Determinar la duración y el tipo de procedimiento, los requisitos de anestesia, la edad del paciente, su peso corporal y el tratamiento actual con medicamentos.
- Anotar el estado nutricional, la presencia de enfermedades crónicas, comorbilidades, úlceras de decúbito preexistentes y afecciones de riesgo (p. ej., obesidad, diabetes, anemia, edad avanzada, afecciones óseas desmineralizantes, pacientes pediátricos).
- Determinar el rango de movimiento del paciente, la estabilidad de las articulaciones o la presencia de prótesis o implantes.
- Comprobar el estado neurológico y de la circulación periférica.
- Comprobar la integridad de la piel.
- Evitar tirar o arrastrar a los pacientes durante las transferencias.
- Colocar al paciente en una posición cómoda, ya esté dormido o despierto.

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA

- Determinar los riesgos para la salud y las percepciones del estado de salud, incluida la información sobre la conducta y las rutinas normales, según proceda.
- Preguntar por signos, síntomas y problemas recientes.
- Seleccionar los índices apropiados para la monitorización continua de la afección.
- Monitorizar el estado actual y compararlo con el estado anterior para detectar mejoras y deterioro del estado (p. ej., patrones de conducta, tendencia hemorrágica, estado neurológico, estado de oxigenación, signos vitales).
- Priorizar las acciones en función del estado.
- Explicar los resultados de las pruebas diagnósticas a la persona y a sus familiares.
- Implicar a la persona y a la familia en las actividades de seguimiento, según proceda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

LESIÓN POR PRESIÓN EN NEONATOS

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Daño localizado en la piel y/o el tejido subyacente de una persona de hasta 28 días de nacido como resultado de la presión o la presión en combinación con cizallamiento.dd		1	Ampolla llena de sangre	
		2	Eritema	
		3	Pérdida completa del grosor del tejido	
		4	Calor localizado en relación con el tejido circundante	
		5	Úlcera cubierta por tejido esfacelado	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Nivel inadecuado de humedad de la piel	1	CURACIÓN DE HERIDAS: POR PRIMERA INTENCIÓN 1.1 Aproximación de los bordes de la herida 1.2 Secreción serosa 1.3 Eritema en la piel circundante 1.4 Edema alrededor de la herida	1 Problema presente (comprometido).
2	Fricción con la superficie	2	CURACIÓN DE LAS QUEMADURAS 2.1 Dolor 2.2 Infección 2.3 Piel con ampollas 2.4 Sensibilidad térmica en la zona de la quemadura	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Deterioro de la circulación	3	SEVERIDAD DE LA LESIÓN TISULAR: PROCEDIMIENTO PERCUTÁNEO 3.1 Dolor en punto de acceso 3.2 Hemorragia en el punto de acceso 3.3 Infección en el punto de acceso 3.4 Equimosis en el punto de acceso	3 Problema resuelto.
4	Deterioro de la movilidad física			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

LESIÓN POR PRESIÓN EN NEONATOS

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADO DE LESIONES POR PRESIÓN

- Realizar una inspección completa de la piel.
- Identificar los factores de riesgo (p. ej., diabetes, sistema inmunitario deprimido, enfermedad vascular, deficiencias nutricionales, tabaquismo, inmovilidad).
- Documentar cualquier incidencia previa de lesiones por presión.
- Documentar el estado de la piel al ingreso, diariamente y según el protocolo del centro.
- Eliminar la humedad excesiva de la piel (p. ej., transpiración, drenaje de heridas, heces, orina).
- Aplicar barreras protectoras (p. ej., cremas, compresas que absorben la humedad), según la prescripción facultativa.
- Evitar la fricción al girar para evitar lesiones en la piel frágil.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Utilizar camas y colchones especiales, según proceda.
- Monitorizar la movilidad y la actividad.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADO DE LAS HERIDAS

- Despegar los apósitos existentes, el esparadrapo o la ropa alrededor de la herida.
- Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
- Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, incluyendo el área que rodea la herida.
- Colocar la zona afectada en una bañera de hidromasaje, según corresponda.
- Administrar cuidados al sitio de incisión, según sea necesario.
- Aplicar un tratamiento tópico adecuado en la piel o la lesión, según la prescripción.
- Mantener seca la zona circundante mientras se protege la herida.
- Cambiar el tipo de apósito según sea necesario para que avance adecuadamente la curación de la herida.
- Cambiar de posición a la persona como mínimo cada dos horas, según corresponde.

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA DE LA PIEL

- Observar enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda.
- Monitorizar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad de la piel y las mucosas.
- Monitorizar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Monitorizar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LESIÓN POR PRESIÓN EN NEONATOS

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptibilidad de un individuo de hasta 29 días de nacido a sufrir daños localizados en la piel y/o tejido subyacente, como resultado de la presión, o de la presión de combinación con cizallamiento.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Nivel inadecuado de humedad de la piel	1	CURACIÓN DE HERIDAS: POR PRIMERA INTENCIÓN 1.1 Aproximación de los bordes de la herida 1.2 Secreción serosa 1.3 Eritema en la piel circundante 1.4 Edema alrededor de la herida	1 Problema presente (comprometido).
2	Fricción con la superficie	2	CURACIÓN DE LAS QUEMADURAS 2.1 Dolor 2.2 Infección 2.3 Piel con ampollas 2.4 Sensibilidad térmica en la zona de la quemadura	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Deterioro de la circulación	3	SEVERIDAD DE LA LESIÓN TISULAR: PROCEDIMIENTO PERCUTÁNEO 3.1 Dolor en punto de acceso 3.2 Hemorragia en el punto de acceso 3.3 Infección en el punto de acceso 3.4 Equimosis en el punto de acceso	3 Problema resuelto.
4	Deterioro de la movilidad física			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LESIÓN POR PRESIÓN EN NEONATOS

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADO DE LESIONES POR PRESIÓN

- Realizar una inspección completa de la piel.
- Identificar los factores de riesgo (p. ej., diabetes, sistema inmunitario deprimido, enfermedad vascular, deficiencias nutricionales, tabaquismo, inmovilidad).
- Documentar cualquier incidencia previa de lesiones por presión.
- Documentar el estado de la piel al ingreso, diariamente y según el protocolo del centro.
- Eliminar la humedad excesiva de la piel (p. ej., transpiración, drenaje de heridas, heces, orina).
- Aplicar barreras protectoras (p. ej., cremas, compresas que absorben la humedad), según la prescripción facultativa.
- Evitar la fricción al girar para evitar lesiones en la piel frágil.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Utilizar camas y colchones especiales, según proceda.
- Monitorizar la movilidad y la actividad.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADO DE LAS HERIDAS

- Despegar los apósitos existentes, el esparadrapo o la ropa alrededor de la herida.
- Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
- Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, incluyendo el área que rodea la herida.
- Colocar la zona afectada en una bañera de hidromasaje, según corresponda.
- Administrar cuidados al sitio de incisión, según sea necesario.
- Aplicar un tratamiento tópico adecuado en la piel o la lesión, según la prescripción.
- Mantener seca la zona circundante mientras se protege la herida.
- Cambiar el tipo de apósito según sea necesario para que avance adecuadamente la curación de la herida.
- Cambiar de posición a la persona como mínimo cada dos horas, según corresponde.

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA DE LA PIEL

- Observar enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda.
- Monitorizar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad de la piel y las mucosas.
- Monitorizar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Monitorizar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

LESIÓN POR PRESIÓN EN NIÑOS(AS)

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Daño localizado en la piel y/o el tejido subyacente de una persona de 29 días a 18 años de edad, como resultado de la presión o la presión en combinación con el cizallamiento.		1	Ampolla llena de sangre	
		2	Eritema	
		3	Pérdida completa del grosor del tejido	
		4	Calor localizado en relación con el tejido circundante	
		5	Úlcera cubierta por tejido esfacelado	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Nivel inadecuado de humedad de la piel	1	CURACIÓN DE HERIDAS: POR PRIMERA INTENCIÓN 1.1 Aproximación de los bordes de la herida 1.2 Secreción serosa 1.3 Eritema en la piel circundante 1.4 Edema alrededor de la herida	1 Problema presente (comprometido).
2	Fricción con la superficie	2	CURACIÓN DE LAS QUEMADURAS 2.1 Dolor 2.2 Infección 2.3 Piel con ampollas 2.4 Sensibilidad térmica en la zona de la quemadura	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Deterioro de la circulación	3	SEVERIDAD DE LA LESIÓN TISULAR: PROCEDIMIENTO PERCUTÁNEO 3.1 Dolor en punto de acceso 3.2 Hemorragia en el punto de acceso 3.3 Infección en el punto de acceso 3.4 Equimosis en el punto de acceso	3 Problema resuelto.
4	Deterioro de la movilidad física			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

LESIÓN POR PRESIÓN EN NIÑOS(AS)

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADO DE LESIONES POR PRESIÓN

- Realizar una inspección completa de la piel.
- Identificar los factores de riesgo (p. ej., diabetes, sistema inmunitario deprimido, enfermedad vascular, deficiencias nutricionales, tabaquismo, inmovilidad).
- Documentar cualquier incidencia previa de lesiones por presión.
- Documentar el estado de la piel al ingreso, diariamente y según el protocolo del centro.
- Eliminar la humedad excesiva de la piel (p. ej., transpiración, drenaje de heridas, heces, orina).
- Aplicar barreras protectoras (p. ej., cremas, compresas que absorben la humedad), según la prescripción facultativa.
- Evitar la fricción al girar para evitar lesiones en la piel frágil.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Utilizar camas y colchones especiales, según proceda.
- Monitorizar la movilidad y la actividad.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADO DE LAS HERIDAS

- Despegar los apósitos existentes, el esparadrapo o la ropa alrededor de la herida.
- Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
- Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, incluyendo el área que rodea la herida.
- Colocar la zona afectada en una bañera de hidromasaje, según corresponda.
- Administra cuidados al sitio de incisión, según sea necesario.
- Aplicar un tratamiento tópico adecuado en la piel o la lesión, según la prescripción.
- Mantener seca la zona circundante mientras se protege la herida.
- Cambiar el tipo de apósito según sea necesario para que avance adecuadamente la curación de la herida.
- Cambiar de posición a la persona como mínimo cada dos horas, según corresponde.

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA DE LA PIEL

- Observar enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda.
- Monitorizar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad de la piel y las mucosas.
- Monitorizar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Monitorizar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE LESIÓN POR PRESIÓN EN NIÑOS(AS)

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptibilidad de un individuo de 29 días a 18 años a sufrir daños localizados en la piel y/o el tejido subyacente, como resultado de la presión, o de la presión en combinación con cizallamiento.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Nivel inadecuado de humedad de la piel	1	CURACIÓN DE HERIDAS: POR PRIMERA INTENCIÓN 1.1 Aproximación de los bordes de la herida 1.2 Secreción serosa 1.3 Eritema en la piel circundante 1.4 Edema alrededor de la herida	1 Problema presente (comprometido).
2	Fricción con la superficie	2	CURACIÓN DE LAS QUEMADURAS 2.1 Dolor 2.2 Infección 2.3 Piel con ampollas 2.4 Sensibilidad térmica en la zona de la quemadura	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Deterioro de la circulación	3	SEVERIDAD DE LA LESIÓN TISULAR: PROCEDIMIENTO PERCUTÁNEO 3.1 Dolor en punto de acceso 3.2 Hemorragia en el punto de acceso 3.3 Infección en el punto de acceso 3.4 Equimosis en el punto de acceso	3 Problema resuelto.
4	Deterioro de la movilidad física			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LESIÓN POR PRESIÓN EN NIÑOS(AS)

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADO DE LESIONES POR PRESIÓN

Describir las características de la lesión por presión a intervalos regulares, incluyendo el tamaño (p. ej., longitud, anchura, profundidad), el estadio (I-IV), la localización, el exudado, el tejido de granulación o necrótico y la epitelización.
 Monitorizar el color, la temperatura, la humedad y el aspecto de la piel circundante.
 Limpiar la piel con jabón suave y agua, según esté indicado.
 Aplicar una membrana adhesiva permeable a la lesión por presión, según la prescripción.
 Aplicar suero fisiológico, pomadas y apósitos, según la prescripción.
 Monitorizar los signos y síntomas de infección.
 Cambiar de posición cada 1 o 2 horas o con mayor frecuencia según proceda.
 Utilizar camas y colchones especiales, según proceda.
 Utilizar dispositivos de protección.
 Monitorizar el estado nutricional asegurando una ingesta dietética adecuada.
 Consultar a la enfermera especializada en heridas, ostomía y continencia, según corresponda.
 Instruir sobre los signos de deterioro de la piel, según proceda.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADO DE LAS HERIDAS

- Despegar los apósitos existentes, el esparadrapo o la ropa alrededor de la herida.
- Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
- Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, incluyendo el área que rodea la herida.
- Colocar la zona afectada en una bañera de hidromasaje, según corresponda.
- Administra cuidados al sitio de incisión, según sea necesario.
- Aplicar un tratamiento tópico adecuado en la piel o la lesión, según la prescripción.
- Mantener seca la zona circundante mientras se protege la herida.
- Cambiar el tipo de apósito según sea necesario para que avance adecuadamente la curación de la herida.
- Cambiar de posición a la persona como mínimo cada dos horas, según corresponde.

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA DE LA PIEL

- Observar enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en el a piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda.
- Monitorizar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad de la piel y las mucosas.
- Monitorizar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Monitorizar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

LESIÓN POR PRESIÓN EN ADULTOS

DOMINIO 11: Seguridad/Protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Daño localizado en la piel y/o el tejido subyacente de un adulto, como resultado de la presión o la presión en combinación con el cizallamiento		1	Eritema	
		2	Pérdida completa del grosor del tejido con exposición del músculo	
		3	Calor localizado en relación con el tejido circundante	
		4	Dolor en los puntos de presión	
		5	Pérdida de espesor parcial de la dermis	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo	1	CONTROL DEL RIESGO	1
	Conocimiento inadecuado del cuidador(a) sobre las estrategias de prevención de lesiones por presión		1.1 Participa en la detección sistemática de problemas de salud.	Problema presente (comprometido).
			1.2 Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas.	
			1.3 Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades.	
			1.4 Identifica los factores de riesgo.	
2	Piel seca	2	SEVERIDAD DE LA LESIÓN FÍSICA	2
			2.1 Abrasiones cutáneas	Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Esguinces de las extremidades	
			2.3 Hematomas	
			2.4 Laceraciones	
3	Volumen de fluidos inadecuados	3	INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	3
			3.1 Temperatura de la piel	Problema resuelto.
			3.2 Sensibilidad	
			3.3 Textura	
			3.4 Presencia de cuerpos extraños	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

LESIÓN POR PRESIÓN EN ADULTOS

INTERVENCIÓN (NIC):

CAMBIO DE POSICIÓN

- Proporcionar un colchón firme.
- Explicar el procedimiento de giro, según corresponda.
- Animar a la participación en los cambios de posición, según corresponda.
- Monitorizar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
- Premedicar antes de cambiarlo de posición, según corresponda.
- Colocar en la posición terapéutica especificada.
- Controlar la alineación neutra, sin rotación lateral extrema ni hiperextensión, según corresponda.
- Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada.
- Colocar en posición de alineación corporal correcta.
- Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, según corresponda.
- Elevar la parte corporal afectada, según corresponda.
- Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo escrotal), según corresponda.
- Colocar en una posición que facilite la concordancia ventilación/perfusión (es decir, el pulmón bueno abajo), si resulta apropiado.

INTERVENCIÓN (NIC):

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

- Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos.
- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- Considerar criterios útiles para priorizar áreas de reducción del riesgo (p. ej.; nivel de concienciación y motivación, efectividad, coste, viabilidad, preferencias, equidad, estigmatización y severidad de los resultados si los riesgos continúan sin abordarse).
- Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESIÓN
148

- Describir las características de la lesión por presión a intervalos regulares, incluyendo el tamaño (p. ej., longitud, anchura, profundidad), el estadio (I-IV), la localización, el exudado, el tejido de granulación o necrótico y la epitelización.
- Monitorizar el color, la temperatura, la humedad y el aspecto de la piel circundante.
- Aplicar calor húmedo a las lesiones por presión, según la prescripción.
- Limpiar la piel con jabón suave y agua, según esté indicado. Limpiar con una solución no tóxica adecuada.
- Aplicar una membrana adhesiva permeable a la lesión por presión, según la prescripción.
- Aplicar suero fisiológico, pomadas y apósitos, según la prescripción.
- Cambiar de posición cada 1 o 2 horas o con mayor frecuencia, según proceda.
- Utilizar camas y colchones especiales, según proceda.
- Utilizar dispositivos de protección.
- Consultar a la enfermera especializada en heridas, ostomía y continencia, según corresponda.
- Instruir sobre los signos de deterioro de la piel, según proceda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE LESIÓN POR PRESIÓN EN ADULTOS

DOMINIO 11: Seguridad/Protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptibilidad de una persona >18 años de edad a daño localizado en la piel y/o tejido subyacente, como resultado de la presión o la presión en combinación con el cizallamiento		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo	1	CONTROL DEL RIESGO 1.1 Participa en la detección sistemática de problemas de salud. 1.2 Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas. 1.3 Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades. 1.4 Identifica los factores de riesgo.	1 Problema presente (comprometido).
2	Conocimiento inadecuado del cuidador(a) sobre las estrategias de prevención de lesiones por presión	2	SEVERIDAD DE LA LESIÓN FÍSICA 2.1 Abrasiones cutáneas 2.2 Esguinces de las extremidades 2.3 Hematomas 2.4 Laceraciones	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Piel seca			
4	Volumen de fluidos inadecuados	3	INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS 3.1 Temperatura de la piel 3.2 Sensibilidad 3.3 Textura 3.4 Presencia de cuerpos extraños	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LESIÓN POR PRESIÓN EN ADULTOS

INTERVENCIÓN (NIC):

CAMBIO DE POSICIÓN

- Proporcionar un colchón firme.
- Explicar el procedimiento de giro, según corresponda.
- Animar a la participación en los cambios de posición, según corresponda.
- Monitorizar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
- Premedicar antes de cambiarlo de posición, según corresponda.
- Colocar en la posición terapéutica especificada.
- Controlar la alineación neutra, sin rotación lateral extrema ni hiperextensión, según corresponda.
- Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada.
- Colocar en posición de alineación corporal correcta.
- Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, según corresponda.
- Elevar la parte corporal afectada, según corresponda.
- Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo escrotal), según corresponda.
- Colocar en una posición que facilite la concordancia ventilación/perfusión (es decir, el pulmón bueno abajo), si resulta apropiado.

INTERVENCIÓN (NIC):

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

- Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos.
- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- Considerar criterios útiles para priorizar áreas de reducción del riesgo (p. ej; nivel de concienciación y motivación, efectividad, coste viabilidad preferencias, equidad estigmatización y severidad de los resultados si los riesgos continúan sin abordarse).
- Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESIÓN

- Describir las características de la lesión por presión a intervalos regulares, incluyendo el tamaño (p. ej., longitud, anchura, profundidad), el estadio (I-IV), la localización, el exudado, el tejido de granulación o necrótico y la epitelización.
- Monitorizar el color, la temperatura, la humedad y el aspecto de la piel circundante.
- Aplicar calor húmedo a las lesiones por presión, según la prescripción.
- Limpiar la piel con jabón suave y agua, según esté indicado. Limpiar con una solución no tóxica adecuada.
- Aplicar una membrana adhesiva permeable a la lesión por presión, según la prescripción.
- Aplicar suero fisiológico, pomadas y apósitos, según la prescripción.
- Cambiar de posición cada 1 o 2 horas o con mayor frecuencia, según proceda.
- Utilizar camas y colchones especiales, según proceda.
- Utilizar dispositivos de protección.
- Consultar a la enfermera especializada en heridas, ostomía y continencia, según corresponda.
- Instruir sobre los signos de deterioro de la piel, según proceda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE LESIÓN EN EL TRACTO URINARIO

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible al daño involuntario las estructuras genitourinarias inferiores	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Conocimiento inadecuado sobre el cuidado del catéter urinario	1 CONTROL DEL RIESGO	1.1 Identifica los factores de riesgo 1.2 Reconoce los factores de riesgo personales 1.3 Monitoriza los factores de riesgo ambientales 1.4 Desarrolla estrategias eficaces de control de riesgos	1 Problema presente (comprometido).
2 Autogestión ineficaz del sobrepeso	2 ELIMINACIÓN URINARIA	2.1 Incontinencia funcional 2.2 Dolor al orinar 2.3 Ardor al orinar 2.4 Nicturia	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Conocimiento inadecuado del cuidador(a) sobre el cuidado del catéter urinario	3 ESTADO NUTRICIONAL	3.1 Ingesta de nutrientes 3.2 Ingesta de alimentos 3.3 Ingesta de líquidos 3.4 Energía	3 Problema resuelto.
4 Confusión			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LESIÓN EN EL TRACTO URINARIO

INTERVENCIÓN (NIC):

PRECAUCIONES EN ALERGIA AL LÁTEX

- Determinar si la persona tiene alergia al látex.
- Determinar si hay antecedentes de defectos del tubo neural (espina bífida) o de alguna afección urológica congénita (extrofia de la vejiga).
- Determinar el tipo de reacción al látex o de otras alergias en el pasado.
- Determinar los antecedentes de reacciones sistémicas al látex de caucho natural (edema facial, lagrimeo, urticaria y sibilancias).
- Registrar la alergia o el riesgo de la alergia en la historia clínica.
- Colocar una pulsera de aviso de alergia en la persona.
- Administrar medicamentos, según corresponda.
- Instruir acerca de los factores de riesgo de desarrollar una alergia al látex.
- Instruir acerca de los signos y síntomas de una reacción.

INTERVENCIÓN (NIC):

SONDAJE VESICAL

- Determinar las indicaciones clínicas para el sondaje permanente.
- Verificar la identificación y asegurar la ausencia de alergias a los materiales de la sonda.
- Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje.
- Reunir el equipo adecuado.
- Garantizar la intimidad y la cobertura adecuada con paños para preservar su pudor (es decir, exponer solo los genitales).
- Pre llenar (inflar) el balón de la sonda para comprobar su permeabilidad y tamaño.
- Mantener una técnica aséptica estricta.
- Mantener una higiene correcta de las manos antes y después de la inserción o manipulación de la sonda.
- Colocar de forma adecuada (p. ej., mujeres en decúbito supino con las piernas separadas o en decúbito lateral con la extremidad inferior situada en posición alta flexionada a nivel de la cadera y la rodilla, varones en decúbito supino).
- Limpiar el área que rodea el meato uretral, con una solución antibacteriana, suero salino estéril o agua estéril, según el protocolo del centro.
- Enseñar los cuidados apropiados de la sonda.
- Documentar los cuidados, incluidos el tamaño, tipo y cantidad del relleno del balón.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

- Determinar la ingesta y los hábitos alimenticios del paciente.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos), si es necesario.
- Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales.
- Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema intertegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula de la articulación y/o ligamento.		1	Crecimiento anormal del tejido	
		2	Hematoma	
		3	Lesión por presión	
		4	Sensación de hormigueo	
		5	Exposición del tejido debajo de la epidermis	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Conocimiento inadecuado acerca del mantenimiento de la integridad tisular	1	ESTADO CIRCULATORIO	1
			1.1 Hipotensión	Problema presente (comprometido).
			1.2 Edema periférico	
			1.3 Aumento de peso	
			1.4 Entumecimiento	
2	Fricción con la superficie	2	CONSECUENCIAS DE LA INMOVILIDAD: FISIOLÓGICAS	2
			2.1 Úlceras por presión	Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Articulaciones contracturadas	
			2.3 Fiebre	
			2.4 Dolor	
3	Uso de ropa de cama sin la suficiente capacidad para eliminar la humedad	3	ESTADO NUTRICIONAL	3
			3.1 Ingesta de nutrientes	Problema resuelto.
			3.2 Ingesta de alimentos	
			3.3 Ingesta de líquidos	
			3.4 Energía	
4	Malnutrición			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR

INTERVENCIÓN (NIC):

PREVENCIÓN DE LAS LESIONES PRESIÓN

- Realizar una inspección completa de la piel.
- Identificar los factores de riesgo (p. ej., diabetes, sistema inmunitario deprimido, enfermedad vascular, deficiencias nutricionales, tabaquismo, inmovilidad).
- Documentar cualquier incidencia previa de lesiones por presión.
- Documentar el estado de la piel al ingreso, diariamente y según el protocolo del centro.
- Eliminar la humedad excesiva de la piel (p. ej., transpiración, drenaje de heridas, heces, orina).
- Aplicar barreras protectoras (p. ej., cremas, compresas que absorben la humedad), según la prescripción facultativa.
- Evitar la fricción al girar para evitar lesiones en la piel frágil.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Utilizar camas y colchones especiales, según proceda.
- Monitorizar la movilidad y la actividad.

INTERVENCIÓN (NIC):

CAMBIOS DE POSICIÓN

- Colocar sobre un colchón o una cama terapéuticos adecuados.
- Proporcionar un colchón firme.
- Explicar el procedimiento del giro, según corresponda.
- Animar a la participación en los cambios de posición, según corresponda.
- Colocar en la posición terapéutica especificada.
- Controlar la alineación neutra, sin rotación lateral extrema ni hiperextensión, según corresponda.
- Elevar la parte corporal afectada, según corresponda.
- Evitar cambiar de posición inmediatamente después de las comidas.
- Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición.
- Colocar en una posición que favorezca el drenaje urinario, según corresponda.
- Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso.
- Mantener la posición y la integridad de la tracción.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA NUTRICIÓN

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario.
- Administrar medicamentos antes de comer (p. ej., analgésicos, antieméticos), si es necesario.
- Aconsejar al paciente que se siente en posición erguida en la silla, si es posible.
- Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad (p. ej., en pacientes con enfermedad renal, restringir el sodio, potasio, proteínas y líquidos).
- Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria.
- Monitorizar las tendencias de pérdida de peso y aumento de peso.
- Derivar al paciente a los servicios necesarios.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a una lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema intertegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula de la articulación y/o ligamento.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Conocimiento inadecuado acerca del mantenimiento de la integridad tisular	1 ESTADO CIRCULATORIO	1.1 Hipotensión 1.2 Edema periférico 1.3 Aumento de peso 1.4 Entumecimiento	1 Problema presente (comprometido).
2 Fricción con la superficie	2 CONSECUENCIAS DE LA INMOVILIDAD: FISIOLÓGICAS	2.1 Úlceras por presión 2.2 Articulaciones contracturadas 2.3 Fiebre 2.4 Dolor	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Disminución de la actividad física	3 ESTADO NUTRICIONAL	3.1 Ingesta de nutrientes 3.2 Ingesta de alimentos 3.3 Ingesta de líquidos 3.4 Energía	3 Problema resuelto.
4 Malnutrición			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORIO DE LA INTEGRIDAD TISULAR

INTERVENCIÓN (NIC):

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

- Realizar una inspección completa de la piel.
- Identificar los factores de riesgo (p. ej., diabetes, sistema inmunitario deprimido, enfermedad vascular, deficiencias nutricionales, tabaquismo, inmovilidad).
- Documentar cualquier incidencia previa de lesiones por presión.
- Documentar el estado de la piel al ingreso, diariamente y según el protocolo del centro.
- Eliminar la humedad excesiva de la piel (p. ej., transpiración, drenaje de heridas, heces, orina).
- Aplicar barreras protectoras (p. ej., cremas, compresas que absorben la humedad), según la prescripción facultativa.
- Evitar la fricción al girar para evitar lesiones en la piel frágil.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Utilizar camas y colchones especiales, según proceda.
- Monitorizar la movilidad y la actividad.

INTERVENCIÓN (NIC):

CAMBIOS DE POSICIÓN

- Colocar sobre un colchón o una cama terapéuticos adecuados.
- Proporcionar un colchón firme.
- Explicar el procedimiento del giro, según corresponda.
- Animar a la participación en los cambios de posición, según corresponda.
- Colocar en la posición terapéutica especificada.
- Controlar la alineación neutra, sin rotación lateral extrema ni hiperextensión, según corresponda.
- Elevar la parte corporal afectada, según corresponda.
- Evitar cambiar de posición inmediatamente después de las comidas.
- Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición.
- Colocar en una posición que favorezca el drenaje urinario, según corresponda.
- Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso.
- Mantener la posición y la integridad de la tracción.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA NUTRICIÓN

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario.
- Administrar medicamentos antes de comer (p. ej., analgésicos, antieméticos), si es necesario.
- Aconsejar al paciente que se siente en posición erguida en la silla, si es posible.
- Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad (p. ej., en pacientes con enfermedad renal, restringir el sodio, potasio, proteínas y líquidos).
- Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria.
- Monitorizar las tendencias de pérdida de peso y aumento de peso.
- Derivar al paciente a los servicios necesarios.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

DOMINIO 11: Seguridad/Protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Daño de la epidermis y/o de la dermis		1	Piel escoriada	
		2	Alteración en el color de la piel	
		3	Superficie alterada de la piel	
		4	Hematoma	
		5	Cuerpo extraño penetrante en la piel	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Conocimiento inadecuado del cuidador(a) acerca del mantenimiento de la integridad tisular	1	INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	1
2	Conocimiento inadecuado(a) del cuidador acerca de la protección de la integridad tisular	2	CURACIÓN DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENCIÓN	2
3	Edema			
4	Conocimiento inadecuado acerca de la protección de la integridad tisular	3	CURACIÓN DE LAS QUEMADURAS	3
			1.1 Temperatura de la piel.	
			1.2 Necrosis	
			1.3 Lesiones de la mucosa.	
			1.4 Eritema.	
			2.1 Aproximación cutánea	
			2.2 Secreción sanguinolenta de la herida.	
			2.3 Eritema de la piel circundante	
			2.4 Edema alrededor de la herida	
			3.1 Granulación tisular.	
			3.2 Dolor	
			3.3 Infección	
			3.4 Necrosis tisular	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LAS HERIDAS

- Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
- Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, olor, tamaño y sitio.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, incluyendo el área que rodea la herida.
- Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario.
- Aplicar un tratamiento tópico adecuado en la piel o la lesión, según la prescripción.
- Aplicar un apósito estéril apropiado (p. ej., apósito húmedo) que controle el exudado pero que no despegue más la herida.
- Mantener seca la zona circundante mientras se protege la herida.
- Reforzar el apósito, según sea necesario.
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- Cambiar el tipo de apósito según sea necesario para que avance adecuadamente la curación de la herida.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Cambiar de posición a la persona como mínimo cada 2 horas, según corresponda.
- Fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESIÓN

- Describir las características de la lesión por presión a intervalos regulares, incluyendo el tamaño (p. ej., longitud, anchura, profundidad), el estadio (I-IV), la localización, el exudado, el tejido de granulación o necrótico y la epitelización.
- Monitorizar el color, la temperatura, la humedad y el aspecto de la piel circundante.
- Aplicar calor húmedo a las lesiones por presión, según la prescripción.
- Limpiar la piel con jabón suave y agua, según esté indicado.
- Limpiar con una solución no tóxica adecuada.
- Aplicar suero fisiológico, pomadas y apósitos, según la prescripción.
- Proporcionar un control adecuado del dolor (p. ej., medicación, musicoterapia, distracción, masaje).
- Monitorizar los signos y síntomas de infección.
- Cambiar de posición cada 1 o 2 horas o con mayor frecuencia, según proceda.
- Utilizar camas y colchones especiales, según proceda.
- Utilizar dispositivos de protección.
- Consultar a la enfermera especializada en heridas, ostomía y continencia, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA DE LA PIEL

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden).
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- Monitorizar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.
- Monitorizar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Monitorizar si hay zonas de presión y fricción.
- Monitorizar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales).
- Fuentes y contenido relacionado

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

DOMINIO 11: Seguridad/Protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de daño de la epidermis y/o de la dermis	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Conocimiento inadecuado del cuidador(a) acerca del mantenimiento de la integridad tisular	1 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	1.1 Lesiones cutáneas 1.2 Necrosis 1.3 Lesiones de la mucosa. 1.4 Eritema.	1 Problema presente (comprometido).
2	Nivel inadecuado de humedad de la piel	2 CURACIÓN DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENCIÓN	2.1 Aproximación cutánea 2.2 Secreción sanguinolenta de la herida. 2.3 Eritema de la piel circundante 2.4 Edema alrededor de la herida	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Uso inapropiado de agente químico			
4	Conocimiento inadecuado de la protección de la integridad de la piel	3 CURACIÓN DE LAS QUEMADURAS	3.1 Granulación tisular. 3.2 Dolor 3.3 Infección 3.4 Necrosis tisular	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LAS HERIDAS

- Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
- Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, olor, tamaño y sitio.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, incluyendo el área que rodea la herida.
- Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario.
- Aplicar un tratamiento tópico adecuado en la piel o la lesión, según la prescripción.
- Aplicar un apósito estéril apropiado (p. ej., apósito húmedo) que controle el exudado pero que no despegue más la herida.
- Mantener seca la zona circundante mientras se protege la herida.
- Reforzar el apósito, según sea necesario.
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- Cambiar el tipo de apósito según sea necesario para que avance adecuadamente la curación de la herida.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Cambiar de posición a la persona como mínimo cada 2 horas, según corresponda.
- Fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

- Describir las características de la lesión por presión a intervalos regulares, incluyendo el tamaño (p. ej., longitud, anchura, profundidad), el estadio (I-IV), la localización, el exudado, el tejido de granulación o necrótico y la epitelización.
- Monitorizar el color, la temperatura, la humedad y el aspecto de la piel circundante.
- Aplicar calor húmedo a las lesiones por presión, según la prescripción.
- Limpiar la piel con jabón suave y agua, según esté indicado.
- Limpiar con una solución no tóxica adecuada.
- Aplicar suero fisiológico, pomadas y apósitos, según la prescripción.
- Proporcionar un control adecuado del dolor (p. ej., medicación, musicoterapia, distracción, masaje).
- Monitorizar los signos y síntomas de infección.
- Cambiar de posición cada 1 o 2 horas o con mayor frecuencia, según proceda.
- Utilizar camas y colchones especiales, según proceda.
- Utilizar dispositivos de protección.
- Consultar a la enfermera especializada en heridas, ostomía y continencia, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA DE LA PIEL

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden).
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- Monitorizar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.
- Monitorizar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Monitorizar si hay zonas de presión y fricción.
- Monitorizar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales).
- Fuentes y contenido relacionado

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DEL COMPLEJO PEZÓN - AREOLAR

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Daños localizados en la zona pigmentada de la mama como consecuencia de un exceso de humedad y/o micro traumatismos repetitivos durante la lactancia		1	Piel escoriada	
		2	Superficie alterada de la piel	
		3	Dolor localizado en el pezón	
		4	Piel macerada	
		5	Exposición de tejido debajo de la epidermis	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	La persona que amamanta retira el bebe del pezón sin interrumpir la succión	1	CURACIÓN DE HERIDAS: POR PRIMERA INTENSIÓN 1.1 Secreción sanguinolenta 1.2 Eritema en la piel circundante 1.3 Hematoma en la piel circundante 1.4 Edema alrededor de la herida	1 Problema presente (comprometido).
2	Acoplamiento inadecuado al pecho	2	INTEGRIDAD TISULAR : PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS 2.1 Temperatura de la piel 2.2 Sensibilidad 2.3 Elasticidad 2.4 Integridad de la piel	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Dolor posprocedimiento	3	SEVERIDAD DE LA LESIÓN FÍSICA 3.1 Hematoma 3.2 Laceración 3.3 Tumefacción 3.4 Quemaduras	3 Problema resuelto.
4	Reflejo de succión ineficaz			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DEL COMPLEJO PEZÓN - AREOLAR

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL DOLOR: AGUDO

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.
- Explorar los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales.
- Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.
- Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior.
- Seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis.
- Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.
- Proporcionar información precisa a la familia sobre el dolor del

INTERVENCIÓN (NIC):

APLICACIÓN DE CALOR O FRÍO

- Explicar la utilización del calor o del frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas del paciente.
- Detectar si hay contraindicaciones al calor o al frío, tales como disminución o ausencia de sensibilidad, disminución de la circulación y disminución de la capacidad de comunicación.
- Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un paño de protección, si corresponde.
- Utilizar un paño humedecido junto a la piel para aumentar la sensación de calor/frío, cuando corresponda.
- Comprobar la temperatura de la aplicación, sobre todo cuando se utilice calor.
- Determinar la duración de la aplicación en función de las respuestas verbales, conductuales y biológicas de la persona.
- Sincronizar todas las aplicaciones cuidadosamente.
- Inspeccionar el sitio cuidadosamente por si hubiera signos de irritación cutánea o lesión tisular durante los primeros 5 minutos y luego frecuentemente durante el tratamiento.
- Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento.
- Explicar que la aplicación de frío puede resultar brevemente dolorosa, con entumecimiento unos 5 minutos después de la estimulación inicial.
- Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación de calor/frío.

INTERVENCIÓN (NIC):

MASAJE

- Establecer un período de tiempo para que el masaje consiga la respuesta deseada.
- Lavarse las manos con agua caliente.
- Preparar un ambiente cálido, cómodo, íntimo y sin distracciones.
- Colocar al paciente en una posición cómoda que facilite el masaje.
- Cubrir solo la zona expuesta que se va a masajear, si es necesario.
- Adaptar la zona del masaje, la técnica y la presión a la percepción de alivio del paciente y al propósito del masaje.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DEL COMPLEJO PEZÓN-AREOLAR

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de sufrir daños localizados en la zona pigmentada de la mama como consecuencia de un exceso de humedad y/o micro traumatismos repetitivos durante la lactancia	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Ansiedad ante la lactancia	1 NIVEL DE MALESTAR	1.1 Dolor 1.2 Miedo 1.3 Ansiedad 1.4 Sufrimiento	1 Problema presente (comprometido).
2 Congestión mamaria	2 NIVEL DE DOLOR	2.1 Intensidad del dolor negativa 2.2 Llanto 2.3 Expresiones faciales de dolor 2.4 Mueca de dolor	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Areola endurecida	3 DOLOR: RESPUESTA PSICOLÓGICA ADVERSA	3.1 Indecisión 3.2 Angustia por el dolor 3.3 Impotencia 3.4 Sensación de inutilidad	3 Problema resuelto.
4 Dolor pos procedimiento			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DEL COMPLEJO PEZÓN-AREOLAR

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA DE LA PIEL

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- Monitorizar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.
- Monitorizar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Monitorizar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Monitorizar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Observar si la ropa queda ajustada.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
- Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL DOLOR: AGUDO

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.
- Explorar los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales.
- Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.
- Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior.
- Seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis.
- Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias del paciente (p. ej., farmacológicos, no farmacológicos, interpersonales) para facilitar el alivio del dolor, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

APLICACIÓN DE CALOR O FRÍO

- Explicar la utilización del calor o del frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas del paciente.
- Seleccionar un método de estimulación que resulte cómodo y de fácil disponibilidad, como bolsas de plástico herméticas con hielo derretido; paquetes de gel congelado; sobres de hielo químico; inmersión en hielo; paños o toallas en el congelador para enfriarlas; botella de agua caliente; almohadilla de calefacción eléctrica; compresas húmedas calientes; inmersión en bañera normal o de hidromasaje; cera de parafina; baño de asiento; bombilla radiante o envoltura de plástico para dar calor.
- Determinar la disponibilidad y el buen estado de funcionamiento de todos los equipos utilizados en la aplicación de calor o frío.
- Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio de procedimiento o las contraindicaciones de la estimulación.
- Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un paño de protección, si corresponde.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DE LA MUCOSA ORAL

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Lesión en los labios, tejidos blandos, cavidad oral y/u orofaringe.	1	Sangrado	
	2	Agrandamiento de las amígdalas	
	3	Lesión oral	
	4	Edema oral	
	5	Dolor oral	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Conocimiento inadecuado sobre la higiene oral	1 Salud Oral	1.1 Limpieza de la boca 1.2 Limpieza de los dientes 1.3 Limpieza de las encías 1.4 Limpieza de la lengua	1 Problema presente (comprometido).
2 Consumo de alcohol	2 Control De Riesgo: Consumo De Alcohol	2.1 Reconoce el riesgo personal de abuso de alcohol 2.2 Reconoce las consecuencias asociadas al consumo abusivo de alcohol 2.3 Ajusta las estrategias de control del consumo de alcohol 2.4 Controla la ingesta de alcohol	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Malnutrición			
4 Estrés excesivo	3 Nivel De Estrés	3.1 Aumento de presión arterial 3.2 Mayor frecuencia de accidentes 3.3 Inquietud 3.4 Ansiedad	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DE LA MUCOSA ORAL

INTERVENCIÓN (NIC):

RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD ORAL

- Monitorizar el estado de la boca (p. ej., labios, lengua, mucosas, dientes, encías y aparatos dentales y su ajuste), incluidas las características de las anomalías (p. ej., tamaño, color y localización de las lesiones internas o externas o de la inflamación, signos de infección).
- Controlar los cambios del gusto, la deglución, la calidad de la voz y el confort.
- Alentar el mantenimiento del régimen identificado de salud oral.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, según sea necesario.
- Desaconsejar el hábito de fumar y de marcar tabaco, el vapeo y el consumo del alcohol.
- Instruir sobre la frecuencia y la calidad de los cuidados de salud oral adecuados.

INTERVENCIÓN (NIC):

TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

- Considerar la presencia de enfermedades concurrentes o de trastornos psiquiátricos o médicos coincidentes, modificando el tratamiento en consecuencia.
- Ayudar al paciente a comprender el trastorno como una enfermedad relacionada con varios factores (p. ej., circunstancias genéticas, psicológicas y situacionales).
- Animar o alabar los esfuerzos del paciente para aceptar la responsabilidad de la disfunción y tratamiento relacionados con el consumo de sustancias.
- Animar a los pacientes a participar en el programa de apoyo de autoayuda durante y después del tratamiento (p. ej., programas de 12 pasos).
- Monitorizar el consumo de sustancias durante el tratamiento (p. ej., análisis de orina y análisis del aliento).
- Instruir al paciente sobre los síntomas o conductas que incrementan las posibilidades de recaída (p. ej., agotamientos, depresión, falta de honradez y complacencia).
- Animar a la familia a participar en los esfuerzos de recuperación.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LÍQUIDOS

- Determinar el estado hídrico basal (es decir, sobrecargar, deshidratación, normovolemia).
- Monitorizar los cambios en el estado hídrico utilizando datos obtenidos regularmente (p. ej., valores de laboratorio, signos vitales).
- Monitorizar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado, presión arterial ortostática, aspecto de las fontanelas, turgencia cutánea), según corresponda.
- Monitorizar los indicios de deshidratación (p. ej., sequedad de las mucosas, pulso periférico débil, venas del cuello o de las manos planas, disminución de la diuresis, mareos, síncope).
- Monitorizar el estado nutricional.
- Monitorizar la respuesta a la terapia de electrolitos prescrita.
- Dar instrucciones sobre los signos y síntomas de los desequilibrios hídricos.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DE LA MUCOSA ORAL

DOMINIO 11: Seguridad/Protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de daños localizados en los labios, tejidos blandos, cavidad oral y/u orofaringe.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1 Dificultad para el autocuidado oral	1 SALUD ORAL	1.1 Limpieza de la boca. 1.2 Limpieza de los dientes. 1.3 Limpieza de las encías. 1.4 Limpieza de la lengua		1 Problema presente (comprometido).
2 Volumen de fluidos inadecuados	2 ESTADO DE DEGLUCIÓN: FASE ORAL	2.1 Maneja las secreciones orales. 2.2 Formación del bolo 2.3 Número de degluciones adecuado al tamaño/textura del bolo. 2.4 Reflujo nasal		2 Problema parcialmente resuelto.
3 Conocimiento inadecuado sobre la higiene oral	3 CONDUCTA DE AUTOCUIDADO: HIGIENE ORAL	3.1 Se cepilla los dientes 3.2 Se limpia la boca, las encías y la lengua 3.3 Utiliza un cepillo especial para limpiar los dientes mientras lleva ortodoncia 3.4 Se limpia los dientes con seda dental		3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DE LA MUCOSA ORAL

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DE LA SALUD BUCAL

- Monitorizar el estado de la boca (p. ej., labios, lengua, mucosas, dientes y encías, así como aparatos dentales y su ajuste).
- Determinar la rutina habitual de higiene dental, con identificación de aspectos que deben tratarse, si es necesario.
- Instruir sobre la frecuencia y la calidad de la atención de la salud oral adecuada (p. ej., uso de hilo dental, cepillado y colutorios; nutrición adecuada; y uso de agua con fluoruros, suplementos u otros productos preventivos, así como otras consideraciones basadas en el nivel de desarrollo y la capacidad de autocuidado).
- Ayudar en el cepillado de los dientes, las encías y la lengua, en el uso de los colutorios y en la limpieza con hilo dental, según sea necesario.
- Proporcionar cuidado oral humedeciendo las precauciones adecuadas (es decir, girar la cabeza hacia el lado al colocar un depresor lingual; cuando sea posible, insertar un protector dental o un depresor lingual acolchado; evitar poner los dedos en la boca; utilizar pequeñas cantidades de líquido y una pera de goma u otro dispositivo de succión).
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL

- Establecer una rutina de cuidados orales que incluya inspecciones orales periódicas con herramientas de medición de la salud oral.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.
- Monitorizar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes.
- Animar y ayudar a lavarse la boca si puede.
- Facilitar el cepillado de los dientes y el uso del hilo dental a intervalos regulares (p. ej., después de las comidas, antes de acostarse).
- Animar a los padres a que los niños empiecen a cepillarse los dientes y a usar hilo dental con regularidad en la edad preescolar.
- Enseñar a cepillarse los dientes, las encías y la lengua.
- Instruir sobre la técnica correcta de cepillado dental necesaria para la higiene oral (p. ej., sulcular, Bass, Stillman, Charters).
- Instruir y ayudar a realizar la higiene oral después de comer y con la frecuencia necesaria.
- Inspeccionar la boca cuando sea necesario para asegurarse de que los dientes están limpios.

INTERVENCIÓN (NIC):

RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD ORAL

- Monitorizar el estado de la boca (p. ej., labios, lengua, mucosas, dientes, encías y aparatos dentales y su ajuste), incluidas las características de las anomalías (p. ej., tamaño, color y localización de las lesiones internas o externas o de la inflamación, signos de infección).
- Controlar los cambios del gusto, la deglución, la calidad de la voz y el confort.
- Alentar el mantenimiento del régimen identificado de salud oral.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, según sea necesario.
- Desaconsejar el hábito de fumar y de marcar tabaco, el vapeo y el consumo del alcohol.
- Instruir sobre la frecuencia y la calidad de los cuidados de salud oral adecuados.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE CAÍDAS EN NIÑOS (AS)

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptibilidad de un individuo menor de 18 años de edad a experimentar un evento que resulte en caer inadvertidamente en el suelo, piso u otra superficie.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Agotamiento	1 CONOCIMIENTO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS	1.1 Uso correcto de dispositivos de ayuda 1.2 Calzado adecuado 1.3 Familiaridad con el entorno 1.4 Medicación prescrita que aumente el riesgo de caídas	1 Problema presente (comprometido).
2 Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores	2 CONTROL DE RIESGO: CAÍDAS	2.1 Identifica los factores de riesgo de caídas 2.2 Monitoriza el entorno para detectar factores de riesgo 2.3 Realiza ejercicios regulares para mantener la fuerza y el equilibrio 2.4 Solicita la ayuda necesaria para deambular con el fin de reducir el riesgo de caídas	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Deterioro de la movilidad física	3 EQUILIBRIO	3.1 Tambaleo 3.2 Mareo 3.3 Temblor 3.4 Tropiezo	3 Problema resuelto
4 Entorno desconocido			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE CAÍDAS EN NIÑOS (AS)

INTERVENCIÓN (NIC):

**FAVORECIMIENTO DEL EJERCICIO:
ENTRENAMIENTO DE FUERZA**

- Examinar el estado general antes del ejercicio para identificar los posibles riesgos del ejercicio utilizando escalas estandarizadas de la preparación para la actividad física o una anamnesis y una exploración física.
- Facilitar información acerca de la función de los músculos, de la fisiología del ejercicio y de las consecuencias de su poco uso.
- Determinar los niveles de forma física muscular utilizando el campo de ejercicios (p. ej. levantamiento máximo, número de levantamientos por unidad de tiempo).
- Ayudar a desarrollar un programa de entrenamiento de fuerza consecuente con el nivel de forma física muscular, limitaciones musculoesqueléticas, objetivos de salud funcional, preferencias personales y apoyo social.
- Enseñar a descansar brevemente después de cada serie, según sea necesario.
- Enseñar a realizar sesiones de ejercicios para grupos musculares concretos en días alternos para facilitar la adaptación muscular.
- Volver a evaluar los niveles de forma física muscular mensualmente.

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA

- Determinar los riesgos para la salud y las percepciones del estado de salud, incluida la información sobre la conducta y las rutinas normales, según proceda.
- Preguntar por signos, síntomas y problemas recientes.
- Realizar monitorización continua a personas inestables o en estado crítico.
- Priorizar las acciones en función del estado.
- Proporcionar un entorno adecuado para obtener resultados deseables (p. ej. Adecuar la competencia de la enfermera a las necesidades de cuidados, disponer de la proporción requerida de personal de personas por enfermera, disponer de personal auxiliar adecuado, garantizar la continuidad de los cuidados).

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras sueltas, muebles móviles).
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas.
- Acompañar en las actividades realizadas fuera de la unidad, según corresponda.
- Disponer de camas de baja altura, para cuando precise.
- Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas), según corresponda.
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.
- Permitir que se quede la familia.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptibilidad de un individuo mayor de 18 años de edad a experimentar un evento que resulte en caer inadvertidamente en el suelo, piso u otra superficie inferior.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Deterioro de la movilidad física	1 FORMA FÍSICA	1.1 Fuerza muscular 1.2 Rango de movimiento 1.3 Equilibrio 1.4 Realización de actividades físicas	1 Problema presente (comprometido).
2 Dolor musculoesquelético	2 CONTROL DEL RIESGO: CAÍDAS	2.1 Identifica los factores de riesgo de caídas 2.2 Monitoriza el entorno para detectar factores de riesgo 2.3 Realiza ejercicios regulares para mantener la fuerza y el equilibrio 2.4 Solicita la ayuda necesaria para deambular con el fin de reducir el riesgo de caídas	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Confusión nerviosa	3 MARCHA	3.1 Estabilidad de la marcha 3.2 Equilibrio al caminar 3.3 Tropiezos 3.4 Base de apoyo	3 Problema resuelto
4 Entorno desordenado			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS

INTERVENCIÓN (NIC):

**AYUDA CON EL AUTOCUIDADO:
TRANSFERENCIA**

- Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo (p. ej. nivel de movilidad, limitaciones de movimiento, resistencia, capacidad para ponerse de pie y cargar peso, inestabilidad mecánica, nivel de conciencia, capacidad para entender instrucciones).
- Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente.
- Enseñar al paciente todas las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia.
- Enseñar al individuo el uso de ayudas ambulatorias (p. ej. muletas, sillas de ruedas, andadores, bastón).
- Utilizar la mecánica corporal adecuada durante los movimientos.
- Determinar la cantidad y el tipo de ayuda necesaria.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras sueltas, muebles móviles).
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas.
- Acompañar en las actividades realizadas fuera de la unidad, según corresponda.
- Disponer de camas de baja altura, para cuando precise.
- Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas), según corresponda.
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.
- Permitir que se quede la familia.

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA

- Determinar los riesgos para la salud y las percepciones del estado de salud, incluida la información sobre la conducta y las rutinas normales, según proceda.
- Preguntar por signos, síntomas y problemas recientes.
- Realizar monitorización continua a personas inestables o en estado crítico.
- Priorizar las acciones en función del estado.
- Proporcionar un entorno adecuado para obtener resultados deseables (p. ej. Adecuar la competencia de la enfermera a las necesidades de cuidados, disponer de la proporción requerida de personal de personas por enfermera, disponer de personal auxiliar adecuado, garantizar la continuidad de los cuidados).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE ASPIRACIÓN

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a que secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos penetren en el árbol traqueobronquial.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1 Disminución de la motilidad gastrointestinal	1 CONTROL DE RIESGO: ASPIRACIÓN	1.1 Identifica los factores de riesgo de aspiración 1.2 Se coloca en posición vertical para comer y beber 1.3 Reconoce los factores personales de riesgo de aspiración 1.4 Informa a otras personas de sus dificultades para tragar	1	Problema presente (comprometido).
2 Dificultad para despejar las vías respiratorias	2 ESTADO DE DEGLUCIÓN	2.1 Maneja las secreciones orales 2.2 Tos 2.3 Náuseas 2.4 Molestias al tragar	2	Problema parcialmente resuelto.
3 Dificultad para deglutir	3 FUNCIÓN GASTROINTESTINAL	3.1 Tolerancia a alimentos 3.2 Reflujo gástrico 3.3 Vómitos 3.4 Indigestión	3	Problema resuelto
4 Incremento en el residuo gástrico				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE ASPIRACIÓN

INTERVENCIÓN (NIC):

PRECAUCIONES EN LA ASPIRACIÓN

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.
- Evaluar la presencia de disfagia.
- Mantener una vía aérea.
- Monitorizar la necesidad de cuidados intestinales.
- Colocación erguida a 30 grados o más (alimentación por SNG) hasta 90 grados, o lo más incorporado posible.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Supervisar la comida o ayudar, según corresponda.
- Trocear los alimentos en porciones pequeñas.
- Proporcionar cuidados orales.

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA DE DEGLUCIÓN

- Determinar el tipo de dificultad con la deglución.
- Explicar el fundamento del régimen de deglución.
- Ayudar a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible a 90 grados) para la alimentación.
- Ayudar a colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la deglución (barbilla metida).
- Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.
- Monitorizar los signos y síntomas de aspiración.
- Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer.
- Enseñar a los cuidadores a cambiar de posición, alimentar y monitorizar.
- Enseñar las medidas de emergencia para los atragantamientos.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASPIRACIÓN DE LA VÍA AÉREA

- Usar el equipo de protección personal (guantes, gafas, y mascarilla) que sea adecuado.
- Determinar la necesidad de aspiración oral y/o traqueal.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Aspirar la nasofaringe con una jeringa tipo pera o con un dispositivo de aspiración, según corresponda.
- Enseñar al paciente a realizar varias respiraciones profundas antes de la succión nasotraqueal y utilizar oxígeno suplementario, según corresponda.
- Monitorizar la presencia de dolor.
- Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂), estado neurológico (p.ej. nivel de conciencia, PIC) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.
- Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Capacidad reducida para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.		1	Incapacidad para toser, tos ineficaz	
		2	Alteración del ritmo respiratorio	
		3	Cantidad excesiva de esputo	
		4	Uso excesivo de los músculos accesorios de la respiración	
		5	Agitación psicomotriz	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Mucosidad excesiva	1 FUNCIÓN RESPIRATORIA: PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS	1.1 Ritmo respiratorio 1.2 Capacidad de eliminar secreciones 1.3 Tos 1.4 Disnea	1 Problema presente (comprometido).
2	Cuerpo extraño en las vías aéreas	2 RESPUESTA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA: ADULTO	2.1 Frecuencia respiratoria 2.2 Saturación de oxígeno 2.3 Secreciones respiratorias 2.4 Inquietud	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Volumen de fluidos inadecuado	3 PERFUSIÓN TISULAR: PULMONAR	3.1 Dolor torácico 3.2 Uso de músculos accesorios 3.3 Fatiga 3.4 Tos seca	3 Problema resuelto
4	Retención de las secreciones			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS

INTERVENCIÓN (NIC):

ASPIRACIÓN DE LA VÍA AÉREA

- Usar el equipo de protección personal (guantes, gafas, y mascarilla) que sea adecuado.
- Determinar la necesidad de aspiración oral y/o traqueal.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Aspirar la nasofaringe con una jeringa tipo pera o con un dispositivo de aspiración, según corresponda.
- Enseñar al paciente a realizar varias respiraciones profundas antes de la succión nasotraqueal y utilizar oxígeno suplementario, según corresponda.
- Monitorizar la presencia de dolor.
- Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂), estado neurológico (p.ej. nivel de conciencia, PIC) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.
- Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.

INTERVENCIÓN (NIC):

FISIOTERAPIA TORÁCICA

- Realizar fisioterapia torácica al menos 2 horas después de comer.
- Explicar al paciente la finalidad y los procedimientos usados durante la fisioterapia torácica.
- Monitorizar el estado respiratorio y cardíaco (p. ej. frecuencia, ritmo, sonidos respiratorios y profundidad de la respiración).
- Monitorizar la cantidad y características de las secreciones.
- Colocar al paciente con el segmento pulmonar que se va a drenar en la posición más elevada, con modificaciones en los pacientes que no puedan tolerar la posición prescrita.
- Golpear el tórax de forma rítmica y en sucesión rápida utilizando las manos ahuecadas sobre la zona que se va a drenar de 3 a 5 minutos, evitando la percusión sobre la columna, los riñones, las mamas femeninas y las costillas fracturadas.
- Aplicar vibración manual de forma rápida y vigorosa, manteniendo los hombros y los brazos rectos sobre las áreas que se van a drenar mientras el paciente espira o tose de 3 a 4 veces.
- Aspirar las secreciones liberadas.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA VÍA AÉREA

- Realizar la higiene de manos y utilizar equipo de protección individual (p.ej. guantes, gafas protectoras, mascarilla), según corresponda.
- Determinar la causa del problema de permeabilidad de la vía aérea (p. ej. parada cardíaca, obstrucción de la vía aérea superior, traumatismo, enfermedad pulmonar).
- Abrir la vía aérea mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular, según corresponda.
- Extraer cuerpos extraños de la vía aérea, si se ven.
- Auscultar los ruidos respiratorios, reseñando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.
- Extraer las secreciones por métodos adecuados (p. ej. tos, aspiración de las áreas orofaríngea, nasofaríngea, traqueal, endotraqueal).
- Realizar fisioterapia torácica, si está indicado.
- Fomentar una respiración lenta y profunda, girándose y tosiendo.
- Enseñar a toser de manera efectiva.
- Administrar aire u oxígeno humidificados, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE ASFIXIA ACCIDENTAL

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a una disponibilidad inadecuada de oxígeno	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Inhalación/ingestión de objetos extraños	1 CONTROL DEL RIESGO	1.1 Identifica los factores de riesgo 1.2 Monitoriza los factores de riesgo ambientales 1.3 Evita la exposición a amenazas para la salud 1.4 Monitoriza los cambios en el estado de salud general	1 Problema presente (comprometido).
2 Supervisión inadecuada	2 FUNCIÓN RESPIRATORIA	2.1 Cianosis 2.2 Disnea 2.3 Quejido respiratorio 2.4 Uso de músculos accesorios	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Humidificación inadecuada de las vías aéreas respiratorias			
4 Conocimiento inadecuado sobre precauciones de seguridad	3 ESTADO DE DEGLUCIÓN: FASE FARÍNGEA	3.1 Cambios en la característica de la voz 3.2 Tos 3.3 Mayor esfuerzo para tragar 3.4 Nauseas	3 Problema resuelto

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE ASFIXIA ACCIDENTAL

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA

- Determinar los riesgos para la salud y las percepciones del estado de salud, incluida la información sobre la conducta y las rutinas normales, según proceda.
- Preguntar por signos, síntomas y problemas recientes.
- Realizar monitorización continua a personas inestables o en estado crítico.
- Monitorizar continuamente la presencia de zonas gatillo para una respuesta inmediata (p. ej. niveles bajos de oxigenación, frecuencias cardíacas bajas o elevadas, presión arterial baja o elevada, alarma de cama).
- Priorizar las acciones en función del estado.
- Proporcionar un entorno adecuado para obtener resultados deseables (p. ej. adecuar la competencia de la enfermera a las necesidades de cuidados, disponer de la proporción requerida de personas por enfermera, disponer de personal auxiliar adecuado, garantizar la continuidad de los cuidados).
- Implicar a la persona y a la familia en las actividades de seguimiento, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

PRECAUCIONES EN LA ASPIRACIÓN

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.
- Evaluar la presencia de disfagia.
- Mantener una vía aérea.
- Monitorizar la necesidad de cuidados intestinales.
- Colocación erguida a 30 grados o más (alimentación por SNG) hasta 90 grados, o lo más incorporado posible.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Supervisar la comida o ayudar, según corresponda.
- Trocear los alimentos en porciones pequeñas.
- Proporcionar cuidados orales.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA VÍA AÉREA

- Realizar la higiene de manos y utilizar equipo de protección individual (p.ej. guantes, gafas protectoras, mascarilla), según corresponda.
- Determinar la causa del problema de permeabilidad de la vía aérea (p. ej. parada cardíaca, obstrucción de la vía aérea superior, traumatismo, enfermedad pulmonar).
- Abrir la vía aérea mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular, según corresponda.
- Extraer cuerpos extraños de la vía aérea, si se ven.
- Auscultar los ruidos respiratorios, reseñando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.
- Extraer las secreciones por métodos adecuados (p. ej. tos, aspiración de las áreas orofaríngea, nasofaríngea, traqueal, endotraqueal).
- Realizar fisioterapia torácica, si está indicado.
- Fomentar una respiración lenta y profunda, girándose y tosiendo.
- Enseñar a toser de manera efectiva.
- Administrar aire u oxígeno humidificados, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE HEMORRAGIA EXCESIVA

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de pérdidas importantes de sangre.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Falta de atención a los primeros signos de alerta de complicaciones	1 COAGULACIÓN SANGUÍNEA	1.1 Formación de coágulos 1.2 Sangrado 1.3 Hematomas 1.4 Melenas	1 Problema presente (comprometido).
2	Autogestión ineficaz de la medicación	2 PERFUSIÓN TISULAR: PERIFÉRICA	2.1 Relleno capilar de los dedos 2.2 Temperatura de la piel de las extremidades 2.3 Rotura de la piel 2.4 Rubor	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Seguimiento inadecuado de las precauciones antihemorrágicas			
4	Conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado	3 CONTROL DEL RIESGO	3.1 Identifica los factores de riesgo 3.2 Reconoce los factores de riesgo personales 3.3 Participa en la detección sistemática de los riesgos identificados 3.4 Reconoce los cambios en el estado de salud	3 Problema resuelto

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE HEMORRAGIA EXCESIVA

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LAS HERIDAS

- Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Colocar de manera que se evite la tensión sobre la herida, según corresponda.
- Fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda.
- Enseñar los procedimientos de cuidado de la herida.
- Enseñar los signos y síntomas de infección.
- Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida en cada episodio de cuidado de la herida.

INTERVENCIÓN (NIC):

PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS

- Revisar la historia clínica del paciente para determinar factores de riesgo específicos (p. ej. cirugía, trauma, úlceras, inhibición de la coagulación).
- Vigilar de cerca al paciente para detectar signos y síntomas de hemorragia interna y externa (p. ej. distensión o hinchazón de la parte del cuerpo afectada, cambio en el tipo o cantidad de drenaje, sangre en los apósitos, acumulación de sangre debajo del paciente).
- Monitorizar los signos y síntomas de sangrado persistente (p. ej. hipotensión, pulso débil y rápido, piel frío y húmeda, respiración rápida, inquietud, etc.).
- Mantener un control cuidadoso de la ingesta y eliminación.
- Administrar hemoderivados (plaquetas y plasma fresco congelado), según corresponda.
- Proteger al paciente de traumatismos de puedan ocasionar hemorragias.
- Instruir al paciente y/o la familia acerca de los signos de hemorragia (p. ej. aparición de moratones, hemorragias nasales, sangrado de las encías, sangre en la orina o en las heces o periodos mensuales extremadamente abundantes).

INTERVENCIÓN (NIC):

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

- Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.
- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Mantener los registros precisos.
- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Determinar el estado de las necesidades de la vida diaria.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo.
- Ejecutar las actividades de reducción del riesgo.
- Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción del riesgo.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE SHOCK

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a una condición que se manifiesta por una falla en la perfusión u oxigenación de los órganos vitales.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Hemorragia excesiva	1 PERFUSIÓN TISULAR: CELULAR	1.1 Presión arterial media 1.2 Saturación de oxígeno 1.3 Equilibrio hídrico 1.4 Hipoxia tisular	1 Problema presente (comprometido).
2 Presión arterial inestable	2 ESTADO CIRCULATORIO	2.1 Hipotensión 2.2 Taquicardia 2.3 Palidez 2.4 Ingurgitación de las venas del cuello	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Volumen de fluidos inadecuado	3 SEVERIDAD DE LA PERDIDA DE SANGRE	3.1 Pérdida sanguínea visible 3.2 Hemorragia post operatoria 3.3 Palidez de piel y mucosas 3.4 Disminución de la cognición	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE SHOCK

INTERVENCIÓN (NIC):

PREVENCIÓN DEL SHOCK

- Monitorizar las respuestas precoces de compensación del shock (p. ej. presión arterial normal, pinzamiento de la tensión diferencial, hipotensión ortostática, relleno capilar ligeramente atrasado, ligera taquipnea, náuseas y vómitos, debilidad).
- Monitorizar las posibles fuentes de pérdida de líquidos (p. ej. tubo de tórax, herida y drenaje nasogástrico, diarrea, vómitos, hematemesis o rectorragia).
- Monitorizar el estado circulatorio: presión arterial, color y temperatura en la piel, ruidos cardíacos, frecuencia y ritmo cardíacos, presencia y calidad de los pulsos periféricos.
- Monitorizar el peso, la ingesta y la diuresis a diario.
- Administrar líquidos iv. y/o por vía oral, según el caso.
- Administrar antiarrítmicos, diuréticos, y/o vasopresores, según corresponda.
- Instruir al paciente y/o la familia acerca de los factores desencadenantes del shock.
- Instruir al paciente y la familia acerca de los signos/síntomas del shock inminente.

INTERVENCIÓN (NIC):

REGULACIÓN HEMODINÁMICA

- Realizar exploraciones físicas frecuentes en las poblaciones de riesgo (p. ej., pacientes con insuficiencia cardíaca).
- Instruir al paciente y la familia sobre la monitorización hemodinámica (p. ej., fármacos, terapias y finalidad de los aparatos)
- Explicar la finalidad de los cuidados y el modo en el que se medirán.
- Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico (p. ej., disnea, ortopnea, fatiga intensa, mareo, edema, palpitaciones, ganancia repentina de peso).
- Determinar el estado de volumen (sí el paciente presenta hipervolemia, hipovolemia o normovolemia).
- Determinar el estado de perfusión (sí el paciente está frío, tibio o caliente).
- Monitorizar y registrar la presión arterial, la frecuencia y el ritmo cardíaco y los pulsos.
- Mantener el equilibrio hídrico administrando líquidos iv. o diuréticos, según sea el caso.

INTERVENCIÓN (NIC):

REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS

- Obtener y mantener un acceso iv. de gran calibre.
- Colaborar con los médicos para asegurar la administración tanto de cristaloides (suero salino fisiológico y Ringer lactato), según corresponda.
- Administrar hemoderivados según la prescripción.
- Monitorizar la respuesta hemodinámica.
- Monitorizar el estado de oxigenación.
- Monitorizar la eliminación de los diversos líquidos corporales (orina, drenaje nasogástrico y tubo torácico).
- Monitorizar la presencia de edema pulmonar y la formación de un tercer espacio.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE TROMBOSIS

DOMINIO 11: Seguridad y protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Susceptible a la obstrucción de un vaso sanguíneo por un coagulo de sangre que puede desprenderse y alojarse en otro vaso.		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1	Deterioro de la movilidad física	1	ESTADO CIRCULATORIO	1.1 Edema periférico 1.2 Parestesias 1.3 Relleno capilar 1.4 Presión arterial media	1 Problema presente (comprometido).
2	Comportamientos sedentarios	2	PERFUSIÓN TISULAR: PERIFÉRICA	2.1 Temperatura de la piel de las extremidades 2.2 Intensidad del pulso femoral izquierdo y derecho 2.3 Dolor localizado en las extremidades 2.4 Rubor	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Volumen de fluidos inadecuados	3	COAGULACIÓN SANGUÍNEA	3.1 Formación de coágulos 3.2 Tiempo de protombina (TP) 3.3 Recuento de plaquetas 3.4 Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)	3 Problema resuelto
4	Consumo de tabaco				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE TROMBOSIS

INTERVENCIÓN (NIC):

PRECAUCIONES CIRCULATORIAS

- Realizar una evaluación exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad, así como índice tobillo-brazo, si está indicado).
- No iniciar una infusión i.v. ni extraer sangre en la extremidad afectada.
- No medir la presión arterial en la extremidad afectada.
- No aplicar presión ni realizar torniquetes en la extremidad afectada.
- Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
- Evitar lesiones en la zona afectada.
- Instruir al paciente acerca del cuidado de uñas y pies.
- Instruir al paciente sobre medidas dietéticas para mejorar la circulación (p. ej., dieta baja en grasas saturadas e ingesta adecuada de aceites de pescado con omega 3).
- Instruir al paciente sobre un cuidado adecuado de la piel (p.ej., hidratación de la piel seca en las piernas, prestar una atención rápida de las heridas y posibles úlceras).
- Explorar las extremidades en busca de áreas de calor, eritema, dolor o tumefacción.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

- Determinar la movilidad actual y la percepción del estado de movilidad.
- Determinar la presencia de datos de mala higiene, edema, presencia de cambios en las uñas.
- Determinar el color, la temperatura, la hidratación y el estado de la piel.
- Preguntar si hay parestesias (entumecimiento, hormigueo o quemazón).
- Monitorizar los pulsos de las extremidades inferiores.
- Determinar la presencia de claudicación intermitente, dolor en reposo o dolor nocturno.
- Determinar el tiempo de relleno capilar.
- Instruir sobre las necesidades de cuidados de las extremidades inferiores.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA TERAPIA TROMBOLÍTICA

- Monitorizar continuamente el ritmo cardíaco, los signos vitales, el grado de dolor, los ruidos cardiorrespiratorios, el nivel de conciencia, la perfusión periférica, las entradas y salidas, el cambio del estado neurológico y la resolución de síntomas, según las indicaciones.
- Explicar todos los procedimientos al paciente y los allegados.
- Obtener una pulsioximetría y aplicar oxígeno, si es adecuado.
- Iniciar una vía intravenosa y obtener muestras de sangre para análisis.
- Obtener el consentimiento informado.
- Preparar la terapia trombolítica si está indicado.
- Evitar la obtención de muestras arteriales para prevenir complicaciones hemorrágicas.
- Administrar trombolíticos según las pautas especificadas de administración.
- Administrar medicamentos adicionales, según la prescripción.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Falta de atención a los síntomas neurovasculares periféricos	1 ESTADO CIRCULATORIO	1.1 Edema periférico 1.2 Parestesias 1.3 Relleno capilar 1.4 Presión arterial media	1 Problema presente (comprometido).
2 Posición inadecuada y prolongada de las extremidades	2 PERFUSIÓN TISULAR: PERIFÉRICA	2.1 Temperatura de la piel de las extremidades 2.2 Intensidad del pulso femoral izquierdo y derecho 2.3 Dolor localizado en las extremidades 2.4 Rubor	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Presión prolongada sobre los vasos sanguíneos periféricos	3 MOVILIDAD	3.1 Coordinación 3.2 Movimiento muscular 3.3 Fuerza de la pierna izquierda o derecha 3.4 Movimiento articular	3 Problema resuelto
4 Atrapamiento nervioso desatendido			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA

INTERVENCIÓN (NIC):

PRECAUCIONES CIRCULATORIAS

- Realizar una evaluación exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad, así como índice tobillo-brazo, si está indicado).
- No iniciar una infusión i.v. ni extraer sangre en la extremidad afectada.
- No medir la presión arterial en la extremidad afectada.
- No aplicar presión ni realizar torniquetes en la extremidad afectada.
- Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
- Evitar lesiones en la zona afectada.
- Instruir al paciente acerca del cuidado de uñas y pies.
- Instruir al paciente sobre medidas dietéticas para mejorar la circulación (p. ej., dieta baja en grasas saturadas e ingesta adecuada de aceites de pescado con omega 3).
- Instruir al paciente sobre un cuidado adecuado de la piel (p.ej., hidratación de la piel seca en las piernas, prestar una atención rápida de las heridas y posibles úlceras).
- Explorar las extremidades en busca de áreas de calor, eritema, dolor o tumefacción.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

- Determinar la movilidad actual y la percepción del estado de movilidad.
- Determinar la presencia de datos de mala higiene, edema, presencia de cambios en las uñas.
- Determinar el color, la temperatura, la hidratación y el estado de la piel.
- Preguntar si hay parestesias (entumecimiento, hormigueo o quemazón).
- Monitorizar los pulsos de las extremidades inferiores.
- Determinar la presencia de claudicación intermitente, dolor en reposo o dolor nocturno.
- Determinar el tiempo de relleno capilar.
- Instruir sobre las necesidades de cuidados de las extremidades inferiores.

INTERVENCIÓN (NIC):

FAVORECIMIENTO DEL EJERCICIO

- Explorar los obstáculos para el ejercicio.
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- Ayudar a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
- Realizar ejercicios con la persona, según corresponda.
- Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
- Informar acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Instruir acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el profesional sanitario.
- Monitorizar la respuesta al programa de ejercicios.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de una muerte abrupta e inexplicable en niños aparentemente sanos menores de un año.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Acostar al niño(a) en decúbito lateral para dormir	1 ADAPTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	1.1 Saturación de oxígeno 1.2 Termorregulación 1.3 Tolerancia a la alimentación 1.4 Coordina los patrones de succión, deglución y respiración	1 Problema presente (comprometido).
2 Objetos blandos y sueltos colocados cerca del lactante	2 DESEMPEÑO DEL ROL DE PADRES: LACTANTE	2.1 Proporciona una supervisión adecuada 2.2 Mantiene un entorno seguro para dormir 2.3 Mantiene un entorno sin humo 2.4 Utilizar estrategias para prevenir lesiones	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Falta de atención de los padres al humo de segunda mano	3 TERMORREGULACIÓN	3.1 Aumento de la temperatura cutánea 3.2 Disminución de la temperatura cutánea 3.3 Irritabilidad 3.4 Deshidratación	3 Problema resuelto
4 Sobrecalentamiento del niño(a)			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL LACTANTE

- Monitorizar peso y talla del lactante.
- Monitorizar los ingresos y las pérdidas.
- Cambiar los pañales.
- Dar al lactante alimentos que sean adecuados al nivel de desarrollo.
- Mantener las barras laterales de la cuna levantada cuando no se esté cuidando al lactante.
- Retirar los objetos pequeños de la cuna (p. ej., tapones de jeringa y torundas para el alcohol).
- Monitorizar la seguridad del ambiente del lactante.
- Proporcionar al lactante juguetes seguros, adecuados a su nivel de desarrollo.
- Proporcionar estimulación visual, auditiva, táctil y cinética durante el juego.
- Reforzar la habilidad de los progenitores para realizar los cuidados especiales del lactante.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO AL CUIDADOR

- Determinar la aceptación de rol de cuidador.
- Determinar la cantidad de ayuda necesaria.
- Determinar el nivel de conocimientos, capacidades y limitaciones.
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- Monitorizar las interacciones en relación con los cuidados.
- Proporcionar información sobre el estado, el tratamiento y los cuidados de acuerdo con las preferencias del receptor de los cuidados.
- Ofrecerse a prestar cuidados durante periodos cortos si experimenta dificultades o aumento de estrés.

INTERVENCIÓN (NIC):

REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA

- Determinar la causa de la alteración de la temperatura (p. ej., exposición excesiva al calor, pérdida de volumen, esfuerzo, inducida por fármacos, radiación, evaporación, conducción, convección, infección).
- Monitorizar la temperatura según las directrices para las lecturas de temperatura corporal (es decir, normotermia mediante monitorización cada 30 minutos dos veces y luego según el protocolo, hipotermia e hipertermia tratadas mediante monitorización continua con dispositivo de monitorización de la temperatura central), según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- Tratar la hipertermia según el protocolo (p. ej., mantas refrigerantes, líquidos intravenosos refrigerados, ventilador, compresas frías, colocación en agua refrigerada).
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades de la persona.
- Monitorizar la aparición de complicaciones (p. ej., insuficiencia renal, desequilibrio ácido-base, coagulopatía, edema pulmonar, edema cerebral, síndrome de disfunción multiorgánica).

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE INTENTO DE FUGA

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de abandonar el área designada sin supervisión, sin ser detectado y/o en contra de las recomendaciones, en individuos incapaces de protegerse adecuadamente o que puedan suponer una amenaza para los demás.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Desorientación	1 COGNICIÓN	1.1 Muestra atención 1.2 Se concentra 1.3 Toma decisiones apropiadas 1.4 Orientación cognitiva	1 Problema presente (comprometido).
2	Vigilancia inadecuada del cuidador (a)	2 CONTROL DEL RIESGO FAMILIAR: FUGAS	2.1 Monitoriza los cambios de conducta 2.2 Identifica el patrón de actividad del individuo 2.3 Observa las conductas del individuo previas a los episodios de deambulación 2.4 Participa en estrategias de intervención	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Abuso de sustancias	3 RIESGO DE TENDENCIA A LAS FUGAS	3.1 Camina de un lado a otro 3.2 Da vueltas continuamente 3.3 Anuncia su intención de marcharse 3.4 Prepara la maleta para marcharse	3 Problema resuelto
4	Falta de seguridad en el entorno circundante percibida			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE INTENTO DE FUGA

INTERVENCIÓN (NIC):

ORIENTACIÓN EN LA REALIDAD

- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.
- Acercarse al paciente despacio y de frente.
- Disponer un enfoque de la situación que sea congruente (firmeza amable, amistad activa, amistad pasiva, hechos concretos) que refleje las necesidades y las capacidades particulares del paciente.
- Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuados.
- Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad (p. ej., cuestiones de orientación repetidas que no puedan responderse, pensamiento abstracto cuando el paciente puede pensar solo en términos concretos, actividades que no puedan realizarse, toma de decisiones más allá de su preferencia o capacidad).
- Involucrar al paciente en actividades concretas “aquí y ahora” (actividades de la vida diaria) que se centren en algo exterior a sí mismo y que sea concreto y orientado en la realidad.
- Animar a la familia a participar en los cuidados basándose en las capacidades, necesidades y preferencias.
- Proporcionar un ambiente físico y una rutina diaria constantes.

INTERVENCIÓN (NIC):

VIGILANCIA

- Determinar los riesgos para la salud y las percepciones del estado de salud, incluida la información sobre la conducta y las rutinas normales.
- Seleccionar los índices apropiados para la monitorización continua en función de la afección.
- Priorizar las acciones en función del estado.
- Analizar las órdenes del profesional sanitario junto con la afección para garantizar la seguridad.
- Proporcionar un entorno adecuado para obtener resultados deseables.
- Implicar a la persona y a la familia en las actividades de seguimiento, según proceda.
- Facilitar la obtención de servicios interdisciplinarios, según proceda.

INTERVENCIÓN (NIC):

PRECAUCIONES CONTRA FUGAS

- Vigilar el estado mental del paciente (p. ej., demencia, delirio, discapacidades del desarrollo, alteración del estado mental debido a lesiones o enfermedades cerebrales, psicosis o depresión).
- Observar al paciente por si hubiera indicios potenciales de fuga (indicios verbales, merodear cerca de las salidas, empaquetado de pertenencias, desorientación, ansiedad de separación e ideación suicida).
- Comunicar el riesgo a los demás cuidadores.
- Familiarizar al paciente con el ambiente y la rutina para disminuir la ansiedad.
- Limitar al paciente a un entorno físico seguro (puertas cerradas o con alarma en las salidas y ventanas selladas), si es preciso.
- Disponer una adecuada supervisión y monitorización del paciente.
- Aumentar la supervisión cuando el paciente se encuentre fuera del ambiente seguro (cogerlo de las manos, aumentar la proporción personal/pacientes).
- Mantener una rutina diaria y cuidadores constantes.
- Ofrecer seguridad y comodidad.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 3: Violencia

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS				
Susceptible de comportarse de forma física, emocional y/o sexualmente dañina hacia otra persona.		1				
		2				
		3				
		4				
		5				
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN		
1	Conductas de ira	1	AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS	1.1 Identifica conductas impulsivas perjudiciales 1.2 Identifica los sentimientos que conducen a acciones impulsivas 1.3 Controla los impulsos 1.4 Mantiene la estabilidad emocional	1	Problema presente (comprometido).
2	Control de impulsos ineficaz	2	NIVEL DE AGITACIÓN	2.1 Combatividad 2.2 Se arranca los catéteres o las sujeciones 2.3 Golpea 2.4 Expresiones verbales inadecuadas	2	Problema parcialmente resuelto.
3	Agitación psicomotriz	3	CONTROL DEL RIESGO FAMILIAR: VIOLENCIA	3.1 Desarrolla una postura de no tolerancia de la violencia	3	Problema resuelto
4	Patrón de violencia contra otros			3.2 Utiliza estrategias para evitar conductas violentas		
				3.3 Identifica relaciones familiares de apoyo 3.4 Identifica los factores de riesgo en la relación con el cuidador		

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS

INTERVENCIÓN (NIC):

ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR IMPULSOS

- Seleccionar la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desarrollo y la función cognitiva del paciente.
- Utilizar un plan de modificación de la conducta para reforzar la estrategia de solución de problemas que se haya enseñado, según sea apropiado.
- Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción mediata.
- Enseñar al paciente a “detenerse y pensar” antes de comportarse impulsivamente.
- Elaborar un plan de acción para la resolución de problemas en el contexto de situaciones que sean significativas para el paciente.
- Disponer oportunidades para que el paciente practique la solución de problemas dentro del ambiente terapéutico.
- Animar al paciente a practicar estrategias de control de los impulsos en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico, seguido por la evaluación del resultado.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA CONDUCTA

- Identifica la conducta negativa no deseada.
- Determinar por qué, cuándo y cómo se produce la conducta no deseada.
- Identificar los acontecimientos que desencadenan o mantienen la conducta problemática.
- Establecer límites a la conducta negativa con el individuo.
- Desarrollar un plan de manejo de la conducta.
- Establecer hábitos.
- Establecer la coherencia en el entorno y en los hábitos de cuidado.
- Utilizar un tono de voz suave y bajo.
- Evitar acorralar a la persona.
- Administrar la medicación prescrita.
- Aplicar restricciones para evitar autolesiones o daños a terceros, según el protocolo del centro.

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA CON EL ENTORNO

- Identificar los factores ambientales que contribuyan a la conducta del paciente.
- Controlar los factores ambientales para maximizar el comportamiento adaptativo y minimizar el comportamiento inadaptado.
- Facilitar la comunicación abierta entre el paciente, los cuidadores y demás personal sanitario.
- No ser ni demasiado rígido, ni demasiado flexible con las reglas.
- Describir el comportamiento problemático en términos objetivos, no críticos y no perjudiciales, evitando etiquetas estigmatizantes.
- Controlar regularmente al paciente.
- Minimizar las restricciones que disminuyan la intimidad y autocontrol (autonomía).
- Monitorizar la conducta individual que pueda interrumpir o perjudicar el bienestar global de los demás.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 3: Violencia

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de extirpación parcial o total u otras lesiones de los órganos reproductores externos femeninos, por razones no médicas.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Falta de conocimiento familiar sobre el impacto de esta práctica en la salud física	1 AUTONOMÍA PERSONAL	1.1 Toma de decisiones vitales informadas 1.2 Tiene en cuenta otras opiniones a la hora de tomar decisiones 1.3 Muestra independencia en el proceso de toma de decisiones 1.4 Afirma sus preferencias personales	1 Problema presente (comprometido).
2 Falta de conocimiento familiar sobre el impacto de esta práctica en la salud psicosocial	2 CONDUCTA DE FAVORECIMIENTO DE LA SALUD	2.1 Utiliza conductas para evitar los riesgos 2.2 Monitoriza el entorno para detectar riesgos 2.3 Monitoriza la conducta personal para detectar riesgos 2.4 Practica una conducción segura	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Falta de conocimiento familiar sobre el impacto de esta práctica en la salud reproductiva	3 CONTROL DE RIESGO EN LA COMUNIDAD: TRADICIONES CULTURALES NO SALUDABLES	3.1 Valoración sistemática de las practicas culturales dentro de la comunidad 3.2 Disponibilidad de sistemas de derivación para asesoramiento 3.3 Eliminación de las practicas culturales nocivas 3.4 Refuerzo de las practicas culturales saludables	3 Problema resuelto
4			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS: RELIGIOSO

- Identificar los patrones de conducta, creencias y sentimientos religiosos de una persona que puede ser “controlada” por otra.
- Determinar si el individuo muestra señales de abuso físico, emocional, explotación o adicción religiosa.
- Informar de la sospecha de abusos a las correspondientes autoridades eclesiásticas y/o legales.
- Determinar si el individuo tiene una red religiosa funcional para ayudar a encontrar las necesidades de pertenencia, atención y trascendencia de manera saludable.
- Documentar las interacciones según la política del centro.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO

- Proporcionar privacidad y confidencialidad.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza, la empatía, la compasión y el respeto.
- Esforzarse por comprender las preocupaciones, los problemas y las dificultades.
- Proporcionar información objetiva, según sea necesario y apropiado.
- Fomentar la expresión de los sentimientos.
- Desaconsejar la toma de decisiones en situaciones de estrés grave, siempre que sea posible.
- Organizar el seguimiento o la derivación.

INTERVENCIÓN (NIC):

TERAPIA CON EL ENTORNO

- Identificar los factores ambientales que contribuyan a la conducta del paciente.
- Controlar los factores ambientales para maximizar el comportamiento adaptativo y minimizar el comportamiento inadaptado.
- Facilitar la comunicación abierta entre el paciente, los cuidadores y demás personal sanitario.
- No ser ni demasiado rígido, ni demasiado flexible con las reglas.
- Describir el comportamiento problemático en términos objetivos, no críticos y no perjudiciales, evitando etiquetas estigmatizantes.
- Controlar regularmente al paciente.
- Minimizar las restricciones que disminuyan la intimidad y autocontrol (autonomía).
- Monitorizar la conducta individual que pueda interrumpir o perjudicar el bienestar global de los demás.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE CONDUCTA AUTOLESIVA SUICIDA

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 3: Violencia

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de actuar de forma perjudicial contra sí mismo, asociado a una intención de morir.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Control de impulsos ineficaz	1 AUTORRESTRICCIÓN DEL IMPULSO SUICIDA	1.1 Expresa sus sentimientos 1.2 Manifiesta ideas suicidas 1.3 Controla los impulsos 1.4 SE abstiene de abusar de sustancias	1 Problema presente (comprometido).
2 Abuso de sustancias	2 CONDUCTA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE DROGAS	2.1 Identifica las consecuencias negativas del consumo de drogas 2.2 Utiliza estrategias para la modificación de la conducta 2.3 Identifica los estados emocionales que afectan al consumo de drogas 2.4 Monitoriza los signos de depresión	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Síntomas depresivos	3 EQUILIBRIO EMOCIONAL	3.1 Fuga de ideas 3.2 Ideación suicida 3.3 Depresión 3.4 Dificultad para tomar decisiones	3 Problema resuelto

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE CONDUCTA AUTOLESIVA SUICIDA

INTERVENCIÓN (NIC):

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

- Determinar si tiene un plan de suicidio.
- Considerar la hospitalización de la persona con un alto riesgo de conducta suicida.
- Tratar y controlar cualquier enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner a la persona en riesgo de suicidio (alteraciones del estado de ánimo, alucinaciones, ideas delirantes, pánico, abuso de sustancias, trastornos de la personalidad, alteraciones orgánicas, crisis).
- Administrar medicación para disminuir la ansiedad, agitación, o psicosis y para estabilizar el estado de ánimo.
- Enseñar estrategias de afrontamiento (entrenamiento en asertividad, control de actos impulsivos, relajación muscular), según corresponda.
- Iniciar las precauciones contra el suicidio (observación y vigilancia continua de la persona, proveerse de un entorno protector) cuando haya un alto riesgo de suicidio.
- Examinar de forma rutinaria el entorno y eliminar los peligros para mantenerlo libre de riesgos.
- Mejorar el acceso a servicios de salud mental.
- Facilitar el apoyo por parte de la familia y de los amigos.

INTERVENCIÓN (NIC):

TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

- Fomentar una relación de confianza a la vez que se establecen límites claros (es decir, aportar pruebas útiles pero firmes de la disfunción, mantener la atención en el consumo de sustancias o dependencia, e inspirar esperanza)
- Animar a los pacientes a participar en el programa de apoyo de autoayuda durante y después del tratamiento.
- Instruir a los pacientes sobre los efectos de la sustancia consumida.
- Ayudar a identificar y facilitar las conexiones con personas de apoyo.
- Proporcionar tratamiento de los síntomas durante el periodo de desintoxicación.
- Administrar medicamentos (p. ej., disulfiram, acamprosato, metadona, naltrexona, parches o chicles de nicotina, buprenorfina), según la indicación.
- Instruir a los pacientes o familiares acerca de los medicamentos utilizados para el tratamiento.
- Establecer programas multidisciplinarios (p. ej., terapia de hospitalización a corto plazo residencia, programa de desintoxicación o tratamiento residencial de una comunidad terapéutica), si procede.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Hacer preguntas abiertas para guiar la conversación y suscitar el debate.
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Centrarse en comprender las experiencias.
- Explorar qué ha desencadenado las emociones.
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Empatizar y validar la experiencia (p. ej., "Es mucho con lo que lidiar"; "Siento que le esté pasando esto"; "Parece que le ha dolido de verdad"; "Lo entiendo"; "A mí también me enfadaría".)
- Explorar medidas para afrontar la situación.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de expresar y liberar la respuesta emocional.
- Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante periodos de más ansiedad.
- Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: CONDUCTA AUTOLESIVA NO SUICIDA

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 3: Violencia

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Daño deliberado y autoinfligido a si mismo sin motivo de suicidio o desviación sexual, y con fines no sancionados socialmente.		1	Morderse		
		2	Corte con un objeto afilado		
		3	Golpearse		
		4	Tirones de pelo		
		5	Rascarse la piel		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1	Síntomas depresivos	1	AFRONTAMIENTO	1.1 Manifiesta sensación de control 1.2 Manifiesta la necesidad de ayuda 1.3 Expresa las emociones desencadenadas por situaciones estresantes 1.4 Se adapta a los cambios de la vida	1 Problema presente (comprometido).
2	Ansiedad excesiva	2	AUTOCONTROL DE IMPULSOS	2.1 Identifica conductas impulsivas perjudiciales 2.2 Reconoce los riesgos ambientales 2.3 Controla los impulsos 2.4 Identifica los sentimientos que conducen a acciones impulsivas	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Estrés excesivo	3	RESTRICCIÓN DE AUTOLESIONES	3.1 Se abstiene de reunir medios para autolesionarse 3.2 Se abstiene de cortarse 3.3 Se abstiene de ingerir sustancias nocivas 3.4 Recibe tratamiento para la depresión	3 Problema resuelto
4	Abuso de sustancias				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONDUCTA AUTOLESIVA NO SUICIDA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA CONDUCTA: AUTOLESIÓN

- Retirar los elementos peligrosos del entorno.
- Aplicar manoplas, férulas, cascots o sujeciones para limitar la movilidad y la capacidad de autolesionarse, si es necesario.
- Monitorizar en busca de impulsos autodestructivos que puedan convertirse en pensamientos o gestos suicidas.
- Identificar los indicios que anteceden a la conducta de autolesión.
- Ayudar a identificar situaciones y sentimientos que puedan provocar lesiones autoinflingidas o que provoquen conductas autolesivas.
- Proporcionar una vigilancia continua de la persona y del entorno.
- Formular un plan de cuidados con la persona incluyendo metas para prevenir conductas no deseadas de autolesiones.
- Instruir sobre estrategias de afrontamiento (p. eje.; entrenamiento de asertividad, entrenamiento de control de impulsos y relajación muscular progresiva), según corresponda.
- Administrar medicamentos para disminuir la ansiedad, estabilizar el estado de ánimo y disminuir la autoestimulación, según corresponda.
- Colocar en un ambiente más protector (p. eje.; restricción de zona y aislamiento) si se intensifican los impulsos.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR IMPULSOS

- Seleccionar la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desarrollo y la función cognitiva del paciente.
- Utilizar un plan de modificación de la conducta para reforzar la estrategia de solución de problemas que se haya enseñado, según sea apropiado.
- Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción mediata.
- Enseñar al paciente a “detenerse y pensar” antes de comportarse impulsivamente.
- Elaborar un plan de acción para la resolución de problemas en el contexto de situaciones que sean significativas para el paciente.
- Disponer oportunidades para que el paciente practique la solución de problemas dentro del ambiente terapéutico.
- Animar al paciente a practicar estrategias de control de los impulsos en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico, seguido por la evaluación del resultado.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DEL AFRONTAMIENTO

- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Fomentar un dominio gradual de la situación.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser mal interpretados como amenazadores.
- Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño.
- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE CONDUCTA AUTOLESIVA NO SUICIDA

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 3: Violencia

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de autolesionarse deliberadamente sin motivo de suicidio o desviación sexual, y fines no sancionados socialmente.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Comportamientos adictivos	1 AUTOCONTROL DE LA DEPRESIÓN	1.1 Monitoriza la intensidad de la depresión 1.2 Identifica los factores precursores de la depresión 1.3 Monitoriza el estado de ánimo 1.4 Se adhiere el programa de psicoterapia	1 Problema presente (comprometido).
2	Síntomas depresivos	2 AUTOESTIMA	2.1 Expresión de autoaceptación 2.2 Expresión de opiniones personales 2.3 Mantenimiento del aseo y la higiene 2.4 Sentimientos de autoestima	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Autoestima inadecuada	3 RESTRICCIÓN DE AUTOLESIONES	3.1 Se abstiene de cortarse 3.2 Mantiene el autocontrol sin supervisión	3 Problema resuelto
4	Dificultad para establecer interacción social		3.3 Sigue el régimen terapéutico 3.4 Obtiene ayuda en caso necesario	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE CONDUCTA AUTOLESIVA NO SUICIDA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA CONDUCTA: AUTOLESIÓN

- Retirar los elementos peligrosos del entorno.
- Aplicar manoplas, férulas, cascos o sujeciones para limitar la movilidad y la capacidad de autolesionarse, si es necesario.
- Monitorizar en busca de impulsos autodestructivos que puedan convertirse en pensamientos o gestos suicidas.
- Identificar los indicios que anteceden a la conducta de autolesión.
- Ayudar a identificar situaciones y sentimientos que puedan provocar lesiones autoinflingidas o que provoquen conductas autolesivas.
- Proporcionar una vigilancia continua de la persona y del entorno.
- Formular un plan de cuidados con la persona incluyendo metas para prevenir conductas no deseadas de autolesiones.
- Instruir sobre estrategias de afrontamiento (p. eje.; entrenamiento de asertividad, entrenamiento de control de impulsos y relajación muscular progresiva), según corresponda.
- Administrar medicamentos para disminuir la ansiedad, estabilizar el estado de ánimo y disminuir la autoestimulación, según corresponda.
- Colocar en un ambiente más protector (p. eje.; restricción de zona y aislamiento) si se intensifican los impulsos.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL ESTADO DE ÁNIMO

- Revisar la evaluación inicial del estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales).
- Determinar si supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.
- Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar a las personas que corren riesgo de daños físicos (suicidios, autolesiones, fugas, violencia).
- Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos y líquidos, evacuación).
- Monitorizar el estado físico (peso corporal e hidratación).
- Proporcionar o remitir a psicoterapia (terapia cognitiva conductual, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente.
- Ayudar a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional.
- Ayudar a expresar los sentimientos de una forma adecuada (golpeando un saco de boxeo, arteterapia, actividad física vigorosa).
- Utilizar un entorno limitado y estrategias de manejo de la conducta para ayudar a restringir la conducta intrusiva y disruptiva.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA AUTOESTIMA

- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.
- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
- Abstenerse de realizar críticas negativas.
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, según corresponda.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.
- Monitorizar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo.
- Monitorizar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda.
- Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONTAMINACIÓN

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 4: Riesgos del entorno

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Exposición a sustancias nocivas en el medio ambiente a niveles capaces de causar efectos adversos para la salud.		1	Efectos gastrointestinales de la exposición a pesticidas, agentes químicos, agentes biológicos, polución, productos de desecho y radiación.	
		2	Efectos neurológicos de la exposición a pesticidas, agentes químicos, agentes biológicos, polución, productos de desecho y radiación.	
		3	Efectos pulmonares de la exposición a pesticidas, agentes químicos, agentes biológicos, polución, productos de desecho y radiación.	
		4	Efectos renales de la exposición a pesticidas, agentes químicos, agentes biológicos, polución, productos de desecho y radiación.	
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Pesticidas	1 ESTADO INMUNE	1.1 Función gastrointestinal 1.2 Integridad de la piel 1.3 Integridad de las mucosas 1.4 Ingesta de nutrientes	1 Problema presente (comprometido).
2	Químicos	2 FUNCIÓN NEUROLÓGICA	2.1 Consciencia 2.2 Función sensitiva y motora de los nervios craneales 2.3 Orientación cognitiva 2.4 Reactividad pupilar	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Polución	3 FUNCIÓN RESPIRATORIA	3.1 Frecuencia respiratoria 3.2 Ritmo respiratorio 3.3 Disnea 3.4 Saturación de oxígeno	3 Problema resuelto
4	Productos de desecho			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONTAMINACIÓN

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA

- Monitorizar el nivel de conciencia.
- Monitorizar el nivel de orientación.
- Monitorizar el tamaño, la forma, la simetría y la reactividad de la pupila.
- Monitorizar el tono muscular, el movimiento, la marcha y la propiocepción, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.
- Monitorizar los signos vitales (p. ej.; temperatura, presión arterial, pulso, respiraciones).
- Observar si el paciente refiere cefalea.
- Monitorizar las características del habla (p. ej.; fluidez, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras).
- Monitorizar la respuesta a los estímulos (p. ej.; verbal, táctil y lesivos).
- Notificar al médico los cambios en el estado del paciente.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

- Monitorizar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de las respiraciones.
- Monitorizar si se producen respiraciones ruidosas como estridor o ronquidos.
- Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kusmaull, respiraciones de Cheine-Stocke, respiración apnéustica y patrones atáxicos.
- Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente.
- Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.
- Monitorizar si aumentan la inquietud, la ansiedad o la disnea.
- Monitorizar la capacidad del paciente para toser eficaz.
- Monitorizar las secreciones respiratorias del paciente.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD

- Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente.
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
- Monitorizar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.
- Ayudar a construir un ambiente más seguro (derivación para ayuda en el hogar).
- Iniciar y realizar programas de detección de peligros ambientales (plomo, radón).
- Instruir sobre la necesidad de aire, luz y limpieza periódica del entorno.
- Informar a las personas o grupos de alto riesgo sobre los peligros ambientales.
- Documentar las situaciones de peligro para la seguridad de las personas y las medidas de mitigación.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE CONTAMINACIÓN

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 4: Riesgo del entorno

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS				
Susceptible de exposición a sustancias nocivas en el medio ambiente a niveles capaces de causar efectos adversos para la salud.		1				
		2				
		3				
		4				
		5				
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN		
1	Contaminación química de los alimentos	1	CONTROL DEL RIESGO	1.1 Identifica los factores de riesgo 1.2 Monitoriza los factores de riesgo ambientales 1.3 Evita la exposición a amenazas para la salud 1.4 Reconoce los cambios en el estado de salud	1	Problema presente (comprometido).
2	Contaminación química del agua	2	DETECCIÓN DEL RIESGO	2.1 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos 2.2 Identifica los posibles riesgos para la salud 2.3 Monitoriza los cambios en el estado de salud general 2.4 Se realiza pruebas de detección en los intervalos recomendados	2	Problema parcialmente resuelto.
3	Prácticas inadecuadas de higiene del hogar	3	ELIMINACIÓN INTESTINAL	3.1 Color de las heces 3.2 Cantidad de las heces en relación con la dieta 3.3 Moco en las heces 3.4 Estreñimiento	3	Problema resuelto
4	Uso de materiales nocivos sin una protección eficaz					

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE CONTAMINACIÓN

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD

- Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente.
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
- Monitorizar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.
- Ayudar a construir un ambiente más seguro (derivación para ayuda en el hogar).
- Iniciar y realizar programas de detección de peligros ambientales (plomo, radón).
- Instruir sobre la necesidad de aire, luz y limpieza periódica del entorno.
- Informar a las personas o grupos de alto riesgo sobre los peligros ambientales.
- Documentar las situaciones de peligro para la seguridad de las personas y las medidas de mitigación.

INTERVENCIÓN (NIC):

PROTECCIÓN DE RIESGOS AMBIENTALES

- Examinar el entorno para detectar riesgos.
- Analizar el nivel de riesgo (p. ej.; forma de vida, trabajo, atmósfera, agua, alojamiento, comida, residuos, radiación y violencia).
- Realizar valoraciones periódicas de la exposición para poblaciones o localizaciones de riesgo.
- Informar a las poblaciones de riesgo acerca de los peligros ambientales.
- Monitorizar los incidentes de enfermedades y lesiones relacionadas con peligros ambientales.
- Colaborar con instituciones para mejorar la seguridad ambiental.
- Garantizar la evaluación periódica y la aplicación de medidas de control.
- Instruir en la identificación de situaciones de riesgo ambiental.
- Documentar poblaciones, situaciones y lugares de riesgo.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO INTESTINAL

- Identificar los factores que afectan el hábito intestinal (medicación, ejercicio, sueño, estrés, tabaquismo, dieta).
- Monitorizar las defecaciones incluyendo la fecha, la frecuencia, la consistencia, el volumen, la forma, el color, según corresponda.
- Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación (p. ej.; características de los ruidos intestinales, frecuencia y consistencia de las evacuaciones).
- Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.
- Enseñar los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.
- Consultar con un dietista según sea necesario.
- Modificar el programa intestinal según sea necesario.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE INTOXICACIÓN ACCIDENTAL

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 4: Riesgos del entorno

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de ingestión, inyección, inhalación o exposición inesperada a sustancias nocivas.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Almacenamiento inadecuado de productos químicos domésticos	1	DETECCIÓN DEL RIESGO 1.1 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos 1.2 Identifica los posibles riesgos para la salud 1.3 Monitoriza los cambios en el estado de salud general 1.4 Se realiza pruebas de detección en los intervalos recomendados	1 Problema presente (comprometido).
2	Conocimiento inadecuado de las intoxicaciones domésticas	2	CONDUCTAS DE SEGURIDAD PERSONAL 2.1 Identifica conductas personales del alto riesgo 2.2 Almacena los materiales de forma segura 2.3 Sigue las precauciones sobre la medicación 2.4 Utiliza estrategias para evitar los contaminantes ambientales	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Conocimiento inadecuado de preparados farmacéuticos	3	CONOCIMIENTO: MEDICACIÓN 3.1 Importancia de informar al profesional sanitario de toda la medicación actual 3.2 Efectos adversos de la medicación 3.3 Uso correcto de la medicación prescrita 3.4 Almacenamiento adecuado de los medicamentos	3 Problema resuelto
4	Abuso de sustancias			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE INTOXICACIÓN ACCIDENTAL

INTERVENCIÓN (NIC):

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Determinar el estado de las necesidades de la vida diaria.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
- Considerar criterios útiles para priorizar áreas de reducción del riesgo (p. ej.; nivel de concienciación y motivación, efectividad, viabilidad, preferencias, estigmatización y severidad de los resultados si los riesgos continúan sin abordarse).
- Ejecutar las actividades de reducción del riesgo.
- Planificar la monitorización a largo plazo de los riesgos para la salud.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente.
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
- Acompañar en las actividades realizadas fuera de la unidad, según corresponda.
- Disminuir los estímulos ambientales según corresponda.
- Evitar la exposición innecesaria.
- Permitir que se quede la familia.

INTERVENCIÓN (NIC):

CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN

- Conciliar la medicación cuando haya cambios en el estado de la persona o en la medicación.
- Utilizar una herramienta estandarizada para obtener toda la información de la medicación, e incluidas la medicación prescrita, los medicamentos sin receta y los suplementos dietéticos.
- Obtener una historia farmacológica completa examinando la lista de medicaciones, comprobándola con la persona y la familia y/o comunicándose con los profesionales sanitarios y la farmacia si es necesario.
- Documentar el nombre, dosis, frecuencia y vía de administración del fármaco.
- Determinar cuándo se tomó la medicación por última vez.
- Comparar la lista de medicamentos con las indicaciones y la historia clínica, para asegurar que la lista es exacta y completa.
- Explicar la importancia de la información sobre el manejo de la medicación en el momento del alta.
- Enseñar a obtener todas las medicaciones en una farmacia para disminuir el riesgo de error.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE ENFERMEDAD LABORAL

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 4: Riesgos del entorno

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de sufrir una afección o trastorno relacionado con el trabajo como consecuencia de un suceso o exposición no instantáneos.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Estrés excesivo	1	CONDUCTAS DE SEGURIDAD PERSONAL 1.1 Identifica conductas personales del alto riesgo 1.2 Utiliza equipos de protección durante las actividades de alto riesgo 1.3 Identifica los riesgos para la seguridad en el trabajo 1.4 Utiliza correctamente las herramientas	1 Problema presente (comprometido).
2	Uso inapropiado del equipo de protección personal	2	CONTROL DEL RIESGO 2.1 Identifica los factores de riesgo 2.2 Monitoriza los factores de riesgo ambientales 2.3 Evita la exposición a amenazas para la salud 2.4 Se compromete a aplicar estrategias de control de riesgos	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Exposición a patógenos	3	NIVEL DE ESTRÉS 3.1 Incapacidad para concentrarse en las tareas 3.2 Errores cognitivos frecuentes 3.3 Aumento en la tensión muscular en el cuello, hombros y espalda 3.4 Irritabilidad	3 Problema resuelto
4	Carga de trabajo excesiva			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE ENFERMEDAD LABORAL

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD DEL TRABAJADOR

- Mantener registros confidenciales de la salud de los empleados.
- Identificar los factores y peligros de estrés existentes en el ambiente de trabajo (p. ej., físicos, biológicos, psicológicos, químicos, ergonómicos).
- Determinar las normas de salud y seguridad en el trabajo aplicables, así como su cumplimiento en el puesto de trabajo.
- Informar a los trabajadores sobre sus derechos y obligaciones según el departamento de seguridad y salud en el trabajo.
- Informar a los trabajadores sobre las sustancias peligrosas a las que pueden estar expuestos.
- Mantener registros de lesiones y enfermedades en el trabajo en formularios aceptables para el departamento de seguridad y salud en el trabajo, y participar en las inspecciones de dicho departamento.
- Llevar el registro de lesiones y enfermedades laborales de los trabajadores.
- Iniciar la modificación ambiental para eliminar o minimizar riesgos.
- Desarrollar protocolos de urgencia y preparar a empleados seleccionados en los cuidados de urgencia.
- Coordinar el seguimiento de los cuidados de las lesiones y enfermedades laborales.

INTERVENCIÓN (NIC):

PROTECCIÓN DE RIESGOS AMBIENTALES

- Examinar el entorno para detectar riesgos.
- Analizar el nivel de riesgos (p. ej.; forma de vida, trabajo, atmósfera, agua, alojamiento, comida, residuos, radiación y violencia).
- Mantenerse al día de la formación asociada con estándares ambientales específicos (p. ej.; Agencia de Protección Medioambiental, Administración de Seguridad y Salud Ocupacional).
- Recomendar los diseños ambientales más seguros y el uso de dispositivos protectores.
- Garantizar la evaluación periódica y la aplicación de medidas de control.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL ESTADO DE ÁNIMO

- Revisar la evaluación inicial del estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales).
- Determinar si supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y los demás.
- Ayudar a mantener un ciclo normal de sueño y vigilancia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación, limitar los medicamentos sedantes y la cafeína).
- Ayudar a asumir una mayor responsabilidad en el autocuidado.
- Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información, toma de decisiones).
- Proporcionar o remitir a psicoterapia (terapia cognitivo-conductual, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente.
- Ayudar a expresar los sentimientos de una forma adecuada (golpeando un saco de boxeo, arteterapia, actividad física vigorosa).
- Ayudar a identificar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales, aflicción o pérdida, problemas físicos).
- Instruir sobre nuevas técnicas de afrontamiento y resolución de problemas.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LESIÓN FÍSICA LABORAL

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 4: Riesgos del entorno

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a sufrir daños corporales relacionados con el trabajo.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Estrés excesivo	1 CONDUCTAS DE SEGURIDAD PERSONAL	1.1 Identifica conductas personales del alto riesgo 1.2 Utiliza equipos de protección durante las actividades de alto riesgo 1.3 Identifica los riesgos para la seguridad en el trabajo 1.4 Utiliza correctamente las herramientas	1 Problema presente (comprometido).
2 Uso inapropiado del equipo de protección personal	2 NIVEL DE ESTRÉS	2.1 Incapacidad para concentrarse en las tareas 2.2 Errores cognitivos frecuentes 2.3 Aumento en la tensión muscular en el cuello, hombros y espalda 2.4 Irritabilidad	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Conocimiento inadecuado	3 CONTROL DEL RIESGO: DETERIORO AUDITIVO	3.1 Utiliza dispositivos de protección auditiva 3.2 Protege la integridad del tímpano 3.3 Identifica los factores de riesgo del deterioro auditivo 3.4 Se realiza pruebas auditivas periódicas	3 Problema resuelto
4 Exposición a ruidos excesivos			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE LESIÓN FÍSICA LABORAL

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD DEL TRABAJADOR

- Mantener registros confidenciales de la salud de los empleados.
- Identificar los factores y peligros de estrés existentes en el ambiente de trabajo (p. ej., físicos, biológicos, psicológicos, químicos, ergonómicos).
- Determinar las normas de salud y seguridad en el trabajo aplicables, así como su cumplimiento en el puesto de trabajo.
- Informar a los trabajadores sobre sus derechos y obligaciones según el departamento de seguridad y salud en el trabajo.
- Informar a los trabajadores sobre las sustancias peligrosas a las que pueden estar expuestos.
- Mantener registros de lesiones y enfermedades en el trabajo en formularios aceptables para el departamento de seguridad y salud en el trabajo, y participar en las inspecciones de dicho departamento.
- Llevar el registro de lesiones y enfermedades laborales de los trabajadores.
- Iniciar la modificación ambiental para eliminar o minimizar riesgos.
- Desarrollar protocolos de urgencia y preparar a empleados seleccionados en los cuidados de urgencia.
- Coordinar el seguimiento de los cuidados de las lesiones y enfermedades laborales.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL ESTADO DE ÁNIMO

- Revisar la evaluación inicial del estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales).
- Determinar si supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y los demás.
- Ayudar a mantener un ciclo normal de sueño y vigilancia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación, limitar los medicamentos sedantes y la cafeína).
- Ayudar a asumir una mayor responsabilidad en el autocuidado.
- Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información, toma de decisiones).
- Proporcionar o remitir a psicoterapia (terapia cognitivo-conductual, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente.
- Ayudar a expresar los sentimientos de una forma adecuada (golpeando un saco de boxeo, arteterapia, actividad física vigorosa).
- Ayudar a identificar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales, aflicción o pérdida, problemas físicos).
- Instruir sobre nuevas técnicas de afrontamiento y resolución de problemas.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DE LOS OÍDOS

- Monitorizar la función auditiva.
- Instruir a los pacientes sobre la relevancia de las pruebas auditivas anuales.
- Limpiar el oído externo con un dedo envuelto en una gasa.
- Instruir al paciente sobre el modo de limpiar los oídos.
- Monitorizar la acumulación excesiva de cerumen.
- Instruir al paciente para que no use objetos extraños más pequeños que su punta del dedo (p, ej.; bastoncillos de algodón, horquillas, palillos y otros objetos afilados) para la extracción del cerumen.
- Instruir al paciente sobre el modo de monitorizar la exposición persistente a ruidos intensos.
- Instruir al paciente sobre la relevancia de la protección auditiva durante la exposición persistente a ruidos intensos.
- Instruir al paciente sobre los signos y síntomas que requieren ser notificados al profesional sanitario.
- Remitir al paciente a un otorrinolaringólogo, según corresponda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE REACCIÓN ALÉRGICA

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 5: Procesos defensivos

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Susceptible de una respuesta inmunitaria excesiva a los alérgenos.		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1	Conocimiento inadecuado sobre cómo evitar alérgenos relevantes	1 AUTOMANEJO: ALERGIA CONOCIDA	1.1	Monitoriza el entorno para detectar alérgenos desencadenantes	1 Problema presente (comprometido).
			1.2	Evita el uso de productos con alérgenos desencadenantes	
			1.3	Comunica los signos y síntomas de la respuesta alérgica a otras personas	
			1.4	Monitoriza los signos y síntomas de respuesta alérgica	
2	Conocimiento inadecuado de los factores que contribuyen a la gravedad de la reacción alérgica	2 CONOCIMIENTO: MANEJO DE LA ALERGIA	2.1	Alérgenos que desencadenan una reacción alérgica	2 Problema parcialmente resuelto.
			2.2	Productos con alérgenos	
			2.3	Elementos ambientales antigénicos	
			2.4	Signos y síntomas de la respuesta alérgica	
3	Falta de atención a la posible exposición a alérgenos	3 CONOCIMIENTO REGIMEN TERAPÉUTICO	3.1	Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso	3 Problema resuelto
			3.2	Técnicas de automonitorización	
			3.3	Medicación prescrita	
			3.4	Restricciones del régimen	
4	Conducta de riesgo				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE REACCIÓN ALÉRGICA

INTERVENCIÓN (NIC):

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
- Considerar criterios útiles para priorizar áreas de reducción del riesgo (p. ej.; nivel de motivación, efectividad, preferencias).
- Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.
- Ejecutar las actividades de reducción del riesgo.
- Planificar la monitorización a largo plazo de los riesgos para la salud.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD

- Utilizar un lenguaje sencillo.
- Determinar que sabe ya el paciente sobre su estado o riesgo de salud y relacionar la nueva información con lo que ya sabe.
- Proporcionar una enseñanza o consejos individuales siempre que sea posible.
- Utilizar estrategias para potenciar el conocimiento sobre su estado de salud (p. ej.; empezar con la información más importante, utilizar ejemplos para ilustrar puntos importantes, relacionarla con la experiencia del individuo).
- Evaluar la comprensión del paciente haciendo que repita con sus propias palabras o demuestre su capacidad.
- Animar al individuo a hacer preguntas y buscar aclaraciones (p. ej.; ¿Cuál es mi principal problema?, ¿Qué debo hacer?, ¿Por qué es importante que haga esto?
- Determinar el estado del acceso a la información sobre salud.
- Animar a utilizar medidas efectivas para afrontar la alteración del acceso a la información sobre salud.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA MEDICACIÓN

- Determinar el conocimiento sobre la medicación.
- Enseñar el método de administración de los medicamentos, según proceda.
- Instruir sobre la acción esperada y los efectos secundarios de la medicación.
- Indicar cuando se debe buscar atención médica.
- Proporcionar información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos, según corresponda.
- Revisar las estrategias para manejar el régimen de medicación.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE REACCIÓN ALÉRGICA AL LÁTEX

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 5: Procesos defensivos

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Susceptible de una respuesta inmunitaria excesiva a los productos de látex o a los alimentos reactivos a látex.		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Conocimiento inadecuado sobre cómo evitar alérgenos relevantes	1	RESPUESTA DE HIPERSENSIBILIDAD INMUNOLÓGICA 1.1 Reacciones alérgicas 1.2 Respuestas inflamatorias localizadas 1.3 Alteraciones de la piel 1.4 Prurito	1	Problema presente (comprometido).
2	Falta de atención a la posible exposición ambiental al látex	2	AUTOMANEJO: ALERGIA CONOCIDA 2.1 Monitoriza el entorno para detectar alérgenos desencadenantes 2.2 Evita el uso de productos con alérgenos desencadenantes 2.3 Comunica los signos y síntomas de la respuesta alérgica a otras personas 2.4 Monitoriza los signos y síntomas de respuesta alérgica	2	Problema parcialmente resuelto.
3	Falta de atención a la posible exposición a alimentos reactivos a látex	3	CONOCIMIENTO: MANEJO DE LA ALERGIA 3.1 Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso 3.2 Técnicas de automonitorización 3.3 Medicación prescrita 3.4 Restricciones del régimen	3	Problema resuelto
4					

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE REACCIÓN ALÉRGICA AL LÁTEX

INTERVENCIÓN (NIC):

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
- Considerar criterios útiles para priorizar áreas de reducción del riesgo (p. ej.; nivel de motivación, efectividad, preferencias).
- Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.
- Ejecutar las actividades de reducción del riesgo.
- Planificar la monitorización a largo plazo de los riesgos para la salud.

INTERVENCIÓN (NIC):

PRECAUCIONES EN LA ALÉRGIA AL LÁTEX

- Determinar si la persona tiene alergia al látex.
- Determinar alergia a alimentos como plátanos, kiwis, aguacates, mangos y castañas.
- Determinar el tipo de reacción al látex o de otras alergias en el pasado.
- Determinar los antecedentes de reacciones sistémicas al látex, de caucho natural (edema facial o escleral, lagrimeo, urticaria y sibilancias).
- Estudiar el ambiente y eliminar los productos con látex, utilizar sustitutos sin látex en el entorno cuando sea posible (p. ej.; evitar globos, pulseras de goma, revisar los envases de apósitos para determinar su contenido).
- Monitorizar si hay signos y síntomas de una reacción sistémica en el paciente.
- Administrar medicamentos, según corresponda.
- Instruir acerca de los factores de riesgo de desarrollar una alergia al látex.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD

- Evaluar el nivel actual de conocimientos relacionados con el proceso específico de la enfermedad.
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y fisiología, al nivel de comprensión de la persona.
- Describir los signos y síntomas habituales de la enfermedad, según proceda.
- Identificar posibles etiologías, según proceda.
- Identificar los cambios en el estado físico de la persona.
- Describir los fundamentos de las recomendaciones de manejo, terapia o tratamiento.
- Fomentar el automanejo y los cambios de conducta para mejorar los síntomas de la enfermedad y los resultados de salud.
- Instruir sobre medidas para controlar o minimizar los síntomas, según proceda.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **TERMORREGULACIÓN INEFICAZ**

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN

CLASE 6: TERMORREGULACIÓN

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Incapacidad para mantener o regular la temperatura corporal dentro de un rango normal.		1	Incremento de la temperatura corporal por encima del rango normal	
		2	Disminución de la temperatura corporal por debajo del rango normal	
		3	Piel fría al tacto	
		4	Piel caliente al tacto	
		5	Rubor	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Inactividad	1	TERMORREGULACIÓN 1.1 Aumento de la temperatura corporal 1.2 Disminución de la temperatura corporal 1.3 Cambios en el color de la piel 1.4 Deshidratación	1 Problema presente (comprometido).
2	Volumen de fluidos inadecuados	2	SIGNOS VITALES 2.1 Temperatura corporal 2.2 Frecuencia cardíaca apical 2.3 Ritmo respiratorio 2.4 Presión arterial sistólica	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Vestimenta inapropiada para la temperatura ambiente	3	RESPUESTA A LA MEDICACIÓN 3.1 Cambios esperados en los síntomas 3.2 Tolerancia a la medicación 3.3 Efectos terapéuticos esperados 3.4 Interacciones con medicamentos de venta libre	3 Problema resuelto

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

TERMORREGULACIÓN INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA TERMORREGULACIÓN

- Monitorizar los signos vitales y el estado neurológico.
- Aflojar o quitar la ropa.
- Aplicar métodos de enfriamiento externos (p. ej.; compresas frías en el cuello, en el tórax, el abdomen, el cuero cabelludo, las axilas y las ingles; mantas de enfriamiento) según proceda.
- Administrar líquidos intravenosos, utilizando soluciones refrigeradas, según proceda.
- Administrar los agentes farmacológicos necesarios.
- Monitorizar la temperatura corporal central utilizando un dispositivo adecuado (p. ej.; sonda rectal o esofágica).
- Monitorizar la diuresis.
- Monitorizar la hipoglucemia.
- Informar sobre los factores de riesgo de las enfermedades relacionadas con el calor (p. ej.; temperatura ambiental elevada, humedad elevada, deshidratación, esfuerzo físico, obesidad, edad extrema, determinados fármacos, cardiopatías).
- Instruir sobre los primeros signos y síntomas de las enfermedades relacionadas con el calor y cuándo solicitar ayuda a un profesional sanitario.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Iniciar el método apropiado (p. ej.; axilar, rectal, oral, membrana timpánica) de medición de la temperatura teniendo en cuenta el estado y la capacidad.
- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiacos.
- Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).
- Monitorizar los ruidos pulmonares.
- Monitorizar la concentración de oxígeno, mediante pulsioximetría.
- Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.

INTERVENCIÓN (NIC):

ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN

- Instruir sobre la finalidad de cada medicamento y responder a las preguntas de forma adecuada.
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej.; nombre, fecha de nacimiento).
- Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados para la modalidad de administración de la medicación.
- Verificar los cambios en la presentación de la medicación antes de administrarla (p. ej.; comprimidos entéricos aplastados, líquidos orales en una jeringa i.v., envuelta inhabitual).
- Evitar la administración de medicamentos que no estén correctamente etiquetados, con precintos rotos o caducados.
- Calcular la dosis de la medicación, según sea necesario.
- Anotar las alergias antes de administrar la medicación y retener los medicamentos, según proceda.
- Monitorizar las posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos, incluidos los de venta libre y los remedios a base de hierbas.
- Administrar la medicación con la técnica y la vía adecuadas.
- Monitorizar los efectos terapéuticos de la medicación.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE TERMORREGULACIÓN INEFICAZ

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 6: Termorregulación

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a la incapacidad para mantener o regular la temperatura corporal dentro de un rango normal.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Inactividad	1 TERMORREGULACIÓN	1.1 Aumento de la temperatura corporal 1.2 Disminución de la temperatura corporal 1.3 Cambios en el color de la piel 1.4 Deshidratación	1 Problema presente (comprometido).
2 Volumen de fluidos inadecuados	2 SIGNOS VITALES	2.1 Temperatura corporal 2.2 Frecuencia cardíaca apical 2.3 Ritmo respiratorio 2.4 Presión arterial sistólica	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Vestimenta inapropiada para la temperatura ambiente	3 CONTROL DEL RIESGO	3.1 Identifica los factores de riesgo 3.2 Monitoriza los factores de riesgo ambientales 3.3 Evita la exposición a amenazas para la salud 3.4 Monitoriza los cambios en el estado de salud general	3 Problema resuelto
4 Control inadecuado de la temperatura ambiente			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE TERMORREGULACIÓN INEFICAZ

INTERVENCIÓN (NIC):

REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA

- Monitorizar la temperatura según las directrices para las lecturas de la temperatura corporal (es decir, normotermia mediante monitorización cada 30 minutos dos veces y luego según el protocolo, hipotermia e hipertermia tratadas mediante monitorización de la temperatura central), según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- Informar de los signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Tratar la hipertermia según el protocolo (p. ej.; mantas refrigerantes, líquidos intravenosos refrigerados, ventilador, compresas frías, colocación en agua refrigerada).
- Tratar la hipotermia según el protocolo (p. ej.; mantas térmicas, líquidos intravenosos calientes, oxigenoterapia caliente).
- Utilizar un colchón térmico, mantas calientes y un entorno cálido para elevar la temperatura corporal, según proceda.
- Administrar medicación adecuada para prevenir o controlar los escalofríos.
- Administrar medicación antipirética, según proceda.
- Promover una ingesta adecuada de líquidos y nutrientes, si procede.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Iniciar el método apropiado (p. ej.; axilar, rectal, oral, membrana timpánica) de medición de la temperatura teniendo en cuenta el estado y la capacidad.
- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiacos.
- Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).
- Monitorizar los ruidos pulmonares.
- Monitorizar la concentración de oxígeno, mediante pulsioximetría.
- Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.

INTERVENCIÓN (NIC):

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL NEONATAL

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 6: Termorregulación

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Descenso involuntario del estado térmico por debajo del rango normal diurno normal en individuos de hasta 28 días de vida.		1	Temperatura axilar 36-36.4 C	
		2	Temperatura axilar 32-35.9 C	
		3	Palidez	
		4	Piel fría al tacto	
		5	Llenado capilar lento	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Transferencia excesiva de calor por conducción	1	TERMORREGULACIÓN: NEONATO 1.1 Inestabilidad térmica 1.2 Cambios en el color de la piel 1.3 Irritabilidad 1.4 Hipotermia	1 Problema presente (comprometido).
2	Transferencia excesiva de calor por convección	2	SIGNOS VITALES 2.1 Temperatura corporal 2.2 Frecuencia cardíaca apical 2.3 Ritmo respiratorio 2.4 Presión arterial sistólica	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Conocimiento inadecuado por parte del cuidador(a) de la importancia de la gestión de la temperatura corporal	3	CONOCIMIENTO: CUIDADOS LACTANTE DEL 3.1 Características del lactante normal 3.2 Métodos para medir la temperatura corporal 3.3 Ropa adecuada al entorno 3.4 Baño del lactante	3 Problema resuelto
4	Vestimenta inadecuada			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL NEONATAL

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA HIPOTERMIA

- Monitorizar la temperatura del paciente, usando el dispositivo de medición y la vía más apropiados.
- Apartar al paciente del ambiente frío.
- Retirar la ropa fría y húmeda del paciente.
- Minimizar la estimulación del paciente (es decir, manipular con cuidado y evitar el movimiento excesivo) para no precipitar una fibrilación ventricular.
- Recomendar al paciente con hipotermia no complicada que consuma líquidos calientes, ricos en carbohidratos, sin alcohol ni cafeína.
- Aplicar recalentamiento pasivo (p. ej.; manta, cubrir la cabeza, calentar la ropa).
- Administrar medicamentos con precaución (p. ej.; ser consciente de la impredecibilidad del metabolismo, monitorizar la mayor acción y toxicidad y considerar interrumpir los medicamentos intravenosos hasta que la temperatura corporal central sea superior a 30 C.
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel
- Identificar los factores médicos, ambientales, y de otro tipo que puedan precipitar la hipotermia (p. ej.; inmersión en agua fría, lesión traumática, estados de shock, inmovilización climatológica, edades extremas, medicamentos, desnutrición, hipotiroidismo y diabetes).

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Iniciar el método apropiado (p. ej.; axilar, rectal, oral, membrana timpánica) de medición de la temperatura teniendo en cuenta el estado y la capacidad.
- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiacos.
- Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).
- Monitorizar los ruidos pulmonares.
- Monitorizar la concentración de oxígeno, mediante pulsioximetría.
- Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.

INTERVENCIÓN (NIC):

REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA: RECIÉN NACIDO

- Monitorizar la temperatura cada 30 minutos hasta que se estabilice, según proceda.
- Monitorizar la presión arterial, el pulso, y las respiraciones, según corresponda.
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Envolver al lactante inmediatamente después del nacimiento para evitar la pérdida de calor.
- Colocar al recién nacido en una incubadora o bajo un calefactor, según sea necesario.
- Mantener la humedad al 50% o más en la incubadora para reducir la pérdida de calor por evaporación.
- Precalentar los objetos (p. ej.; mantas, cobertores) situados cerca del lactante en la incubadora.
- Instruir a los padres sobre los métodos para mantener una temperatura corporal adecuada en el lactante.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL NEONATAL

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 6: Termorregulación

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de descanso involuntario del estado térmico por debajo del rango diurno normal en individuos de hasta 28 días de vida.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Transferencia excesiva de calor por conducción	1 TERMORREGULACIÓN: NEONATO	1.1 Inestabilidad térmica 1.2 Cambios en el color de la piel 1.3 Irritabilidad 1.4 Hipotermia	1 Problema presente (comprometido).
2	Transferencia excesiva de calor por convección	2 SIGNOS VITALES	2.1 Temperatura corporal 2.2 Frecuencia cardíaca apical 2.3 Ritmo respiratorio 2.4 Presión arterial sistólica	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Conocimiento inadecuado por parte del cuidador(a) de la importancia de la gestión de la temperatura corporal		3.1 Identifica los factores de riesgo de hipotermia 3.2 Identifica los signos y síntomas de hipotermia 3.3 Monitoriza el entorno en busca de factores que disminuyan la temperatura corporal 3.4 Lleva ropa adecuada para proteger la piel	
4	Vestimenta inadecuada	3 CONTROL DE RIESGO: HIPOTERMIA		3 Problema resuelto

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL NEONATAL

INTERVENCIÓN (NIC):

**REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA:
RECIÉN NACIDO**

- Monitorizar la temperatura cada 30 minutos hasta que se establezca, según proceda.
- Monitorizar la presión arterial, el pulso, y las respiraciones, según corresponda.
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Envolver al lactante inmediatamente después del nacimiento para evitar la pérdida de calor.
- Colocar al recién nacido en una incubadora o bajo un calefactor, según sea necesario.
- Mantener la humedad al 50% o más en la incubadora para reducir la pérdida de calor por evaporación.
- Precalentar los objetos (p. ej.; mantas, cobertores) situados cerca del lactante en la incubadora.
- Instruir a los padres sobre los métodos para mantener una temperatura corporal adecuada en el lactante.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Iniciar el método apropiado (p. ej.; axilar, rectal, oral, membrana timpánica) de medición de la temperatura teniendo en cuenta el estado y la capacidad.
- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).
- Monitorizar los ruidos pulmonares.
- Monitorizar la concentración de oxígeno, mediante pulsioximetría.
- Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente.
- Disminuir los estímulos ambientales, según corresponda.
- Evitar la exposición innecesaria, las corrientes de aire y el exceso de calefacción o frío.
- Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades, en caso de que se altere la temperatura corporal.
- Manipular la iluminación y el aire para conseguir beneficios terapéuticos.
- Enseñar a construir un entorno de cuidados seguro y tranquilo en el hogar.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 6: Termorregulación

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Descenso involuntario del estado térmico interno por debajo del rango diurno normal en individuos mayor de 28 días de vida.		1	Temperatura central 28-32° C	
		2	Piel fría al tacto	
		3	Bradipnea	
		4	Bradicardia	
		5	Hipotensión	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Intoxicación alcohólica	1	SIGNOS VITALES	1
			1.1 Temperatura corporal	Problema presente (comprometido).
			1.2 Frecuencia cardíaca apical	
			1.3 Ritmo respiratorio	
			1.4 Presión arterial sistólica	
2	Vestimenta inapropiada para la temperatura ambiente	2	TERMORREGULACIÓN	2
			2.1 Escalofríos y piel de gallina cuando hace frío	Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Disminución de la temperatura corporal	
			2.3 Cambios en el color de la piel	
			2.4 Hipotermia	
3	Temperatura ambiental baja	3	ESTADO NUTRICIONAL	3
			3.1 Ingesta de nutrientes	Problema resuelto
			3.2 Ingesta de alimentos	
			3.3 Ingesta de líquidos	
			3.4 Hidratación	
4	Malnutrición			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Iniciar el método apropiado (p. ej.; axilar, rectal, oral, membrana timpánica) de medición de la temperatura teniendo en cuenta el estado y la capacidad.
- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).
- Monitorizar los ruidos pulmonares.
- Monitorizar la concentración de oxígeno, mediante pulsioximetría.
- Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA HIPOTERMIA

- Monitorizar la temperatura del paciente, usando el dispositivo de medición y la vía más apropiados.
- Apartar al paciente del ambiente frío.
- Retirar la ropa fría y húmeda del paciente.
- Minimizar la estimulación del paciente (es decir, manipular con cuidado y evitar el movimiento excesivo) para no precipitar una fibrilación ventricular.
- Recomendar al paciente con hipotermia no complicada que consuma líquidos calientes, ricos en carbohidratos, sin alcohol ni cafeína.
- Aplicar recalentamiento pasivo (p. ej.; manta, cubrir la cabeza, calentar la ropa).
- Administrar medicamentos con precaución (p. ej.; ser consciente de la impredecibilidad del metabolismo, monitorizar la mayor acción y toxicidad y considerar interrumpir los medicamentos intravenosos hasta que la temperatura corporal central sea superior a 30 C.
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel
- Identificar los factores médicos, ambientales, y de otro tipo que puedan precipitar la hipotermia (p. ej.; inmersión en agua fría, lesión traumática, estados de shock, inmovilización climatológica, edades extremas, medicamentos, desnutrición, hipotiroidismo y diabetes).

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA NUTRICIÓN

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias.
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Administrar medicamentos antes de comer (p. ej., analgésicos, antieméticos), si es necesario.
- Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 6: Termorregulación

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de disminución no intencionada del estado térmico interno por debajo del rango diurno normal en individuos mayores de 28 días de vida.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Intoxicación alcohólica	1 CONTROL DE RIESGO: HIPOTERMIA	1.1 Identifica los factores de riesgo de hipotermia	1 Problema presente (comprometido).
		1.2 Identifica los signos y síntomas de hipotermia	
		1.3 Monitoriza el entorno en busca de factores que disminuyan la temperatura corporal	
		1.4 Lleva ropa adecuada para proteger la piel	
2 Vestimenta inapropiada para la temperatura ambiente	2 SIGNOS VITALES	2.1 Temperatura corporal	2 Problema parcialmente resuelto.
		2.2 Frecuencia cardíaca apical	
		2.3 Ritmo respiratorio	
		2.4 Presión arterial sistólica	
3 Temperatura ambiental baja	3 TERMORREGULACIÓN	3.1 Escalofríos y piel de gallina cuando hace frío	3 Problema resuelto
		3.2 Disminución de la temperatura corporal	
		3.3 Cambios en el color de la piel	
		3.4 Hidratación	
4 Malnutrición			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente.
- Disminuir los estímulos ambientales, según corresponda.
- Evitar la exposición innecesaria, las corrientes de aire y el exceso de calefacción o frío.
- Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades, en caso de que se altere la temperatura corporal.
- Manipular la iluminación y el aire para conseguir beneficios terapéuticos.
- Enseñar a construir un entorno de cuidados seguro y tranquilo en el hogar.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Iniciar el método apropiado (p. ej.; axilar, rectal, oral, membrana timpánica) de medición de la temperatura teniendo en cuenta el estado y la capacidad.
- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipotermia.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiacos.
- Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).
- Monitorizar los ruidos pulmonares.
- Monitorizar la concentración de oxígeno, mediante pulsioximetría.
- Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.

INTERVENCIÓN (NIC):

REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA

- Monitorizar la temperatura según las directrices para las lecturas de la temperatura corporal (es decir, normotermia mediante monitorización cada 30 minutos dos veces y luego según el protocolo, hipotermia e hipotermia tratadas mediante monitorización de la temperatura central), según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- Informar de los signos y síntomas de hipotermia e hipotermia.
- Tratar la hipotermia según el protocolo (p. ej.; mantas térmicas, líquidos intravenosos calientes, oxigenoterapia caliente).
- Utilizar un colchón térmico, mantas calientes y un entorno cálido para elevar la temperatura corporal, según proceda.
- Administrar medicación adecuada para prevenir o controlar los escalofríos.
- Administrar medicación antipirética, según proceda.
- Promover una ingesta adecuada de líquidos y nutrientes, si procede.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL PERIOPERATORIA

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 6: Termorregulación

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a un descenso inadvertido en la temperatura corporal por debajo de los 36° C que ocurre desde una hora antes hasta 24 horas después de la cirugía		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Ansiedad	1	ESTADO NUTRICIONAL 1.1 Ingesta de nutrientes 1.2 Ingesta de alimentos 1.3 Ingesta de líquidos 1.4 Hidratación	1 Problema presente (comprometido).
2	Temperatura ambiental menor de 21°C	2	CONTROL DE RIESGO: HIPOTERMIA 2.1 Identifica los factores de riesgo de hipotermia 2.2 Identifica los signos y síntomas de hipotermia 2.3 Monitoriza el entorno en busca de factores que disminuyan la temperatura corporal 2.4 Lleva ropa adecuada para proteger la piel	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Peso inferior al normal para la edad y el sexo		3.1 Escalofríos y piel de gallina cuando hace frío 3.2 Disminución de la temperatura corporal 3.3 Cambios en el color de la piel 3.4 Hidratación	3 Problema resuelto
4	Área de herida descubierta	3	TERMORREGULACIÓN	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL PERIOPERATORIA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA NUTRICIÓN

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias.
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Administrar medicamentos antes de comer (p. ej., analgésicos, antieméticos), si es necesario.
- Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente.
- Disminuir los estímulos ambientales, según corresponda.
- Evitar la exposición innecesaria, las corrientes de aire y el exceso de calefacción o frío.
- Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades, en caso de que se altere la temperatura corporal.
- Manipular la iluminación y el aire para conseguir beneficios terapéuticos.

INTERVENCIÓN (NIC):

REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA: PERIOPERATORIA

- Identificar los factores de riesgo del paciente de experimentar anomalías de la temperatura corporal (p. ej., anestesia general o regional mayor, edad, traumatismos graves, quemaduras, bajo peso corporal, riesgo personal o familiar de hipertermia maligna).
- Aplicar y regular el dispositivo de calentamiento activo (p. ej., calentamiento mediante aire forzado).
- Minimizar la exposición a los pacientes mediante la preparación y el procedimiento quirúrgico, cuando sea posible.
- Monitorizar la temperatura de soluciones de irrigación.
- Calentar o enfriar los líquidos i.v., según corresponda.
- Monitorizar los aumentos o disminuciones anormales o no intencionadas de la temperatura corporal.
- Monitorizar los resultados de laboratorio (p.ej., gasometría arterial, electrolitos).
- Iniciar el protocolo de hipertermia maligna, según corresponda.
- Asegurarse de que la temperatura corporal es adecuada hasta que el paciente este despierto y alerta.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: HIPERTERMIA

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 6: Termorregulación

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Elevación anormal de la temperatura corporal, generalmente como resultado de la incapacidad para regular la temperatura corporal central debido a factores no patológicos.		1	38.3 °C o más en adultos	
		2	Rubor	
		3	Taquicardia	
		4	Piel caliente al tacto	
		5	Taquipnea	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Estrés por calor ambiental continuo	1	TERMORREGULACIÓN 1.1 Respuesta de fiebre 1.2 Aumento de la temperatura cutánea 1.3 Cambios en el color de la piel 1.4 Aumento de la actividad	1 Problema presente (comprometido).
2	Volumen de fluidos inadecuado	2	HIDRATACIÓN 2.1 Turgencia cutánea 2.2 Membranas mucosas húmedas 2.3 Signos vitales 2.4 Ingesta de líquidos en los niveles recomendados	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Vestimenta inapropiada para la temperatura ambiente	3	SIGNOS VITALES 3.1 Temperatura corporal 3.2 Frecuencia respiratoria 3.3 Frecuencia cardíaca 3.4 Saturación de oxígeno	3 Problema resuelto
4	Actividad vigorosa			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

HIPERTERMIA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA HIPERTERMIA

- Determinar la causa del aumento de la temperatura corporal (p. ej., infección, insolación, deshidratación).
- Monitorizar la respuesta a la fiebre, incluyendo la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, el estado mental, el confort térmico y las pruebas de laboratorio microbiológicas o inmunológicas realizadas recientemente.
- Administrar medicamentos orales o intravenosos (p. ej., antipiréticos, agentes antibacterianos, medicamentos para prevenir los escalofríos).
- Interrumpir la actividad física y alejarse de la fuente de calor a un ambiente más fresco.
- Aplicar métodos de enfriamiento externo (p. ej., compresas frías en el cuello, el tórax, abdomen, axilas e ingles; mantas de hidrogel o de enfriamiento con circulación de aire), según proceda.
- Administrar solución de rehidratación oral (p.ej., bebida deportiva) u otro líquido frío.
- Fomentar el consumo de líquidos.
- Facilitar el descanso, aplicando restricciones de actividad, si es necesario.
- Instruir sobre los factores de riesgo de las enfermedades relacionadas con el calor (p. ej., temperatura ambiental elevada, humedad elevada, deshidratación, esfuerzo físico, edad extrema).

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LÍQUIDOS

- Determinar el estado hídrico basal (es decir, sobrecarga, deshidratación, normovolemia).
- Monitorizar los cambios en el estado hídrico utilizando datos obtenidos regularmente (p. ej., peso, valores de laboratorio, signos vitales).
- Realizar un registro preciso de entradas (p. ej., i.v., oral) y salidas (p. ej., micción, sonda vesical, pesaje de pañales).
- Monitorizar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado, presión arterial ortostática, aspecto de fontanelas, turgencia cutánea), según corresponda.
- Monitorizar los signos vitales y el estado hemodinámico.
- Monitorizar los indicios de deshidratación (p. ej., sequedad de las mucosas, pulso periférico débil, venas de cuello o de las manos planas, disminución de la diuresis, mareos, síncope).

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Iniciar el método apropiado (p. ej.; axilar, rectal, oral, membrana timpánica) de medición de la temperatura teniendo en cuenta el estado y la capacidad.
- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).
- Monitorizar los ruidos pulmonares.
- Monitorizar la concentración de oxígeno, mediante pulsioximetría.
- Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE HIPERtermia

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 6: Termorregulación

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de elevación anormal de la temperatura corporal, generalmente como resultado de la incapacidad de regular la temperatura corporal central debido a factores no patológicos.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Aclimatación inadecuada al calor antes de aumentar la actividad física	1 CONTROL DEL RIESGO: HIPERtermia	1.1 Identifica los factores de riesgo de hipertermia 1.2 Identifica los signos y síntomas de la hipertermia 1.3 Monitoriza el entorno en busca de factores que aumenten la temperatura corporal 1.4 Modifica la actividad física para controlar la temperatura corporal	1 Problema presente (comprometido).
2 Vestimenta inadecuada para la temperatura ambiente	2 TERMORREGULACION	2.1 Aumento de la temperatura cutánea 2.2 Cambios en el color de la piel 2.3 Deshidratación 2.4 Aumento de la actividad	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Volumen de fluidos inadecuado		3.1 Presión arterial sistólica 3.2 Temperatura corporal 3.3 Frecuencia respiratoria 3.3 Frecuencia cardíaca	3 Problema resuelto
4 Estrés por calor ambiental continuo	3 SIGNOS VITALES		

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE HIPERTERMIA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente.
- Disminuir los estímulos ambientales, según corresponda.
- Evitar la exposición innecesaria, las corrientes de aire y el exceso de calefacción o frío.
- Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades, en caso de que se altere la temperatura corporal.
- Manipular la iluminación y el aire para conseguir beneficios terapéuticos.
- Enseñar a construir un entorno de cuidados seguro y tranquilo en el hogar.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA TERMORREGULACIÓN

- Monitorizar los signos vitales y el estado neurológico.
- Interrumpir la actividad física y colocarse en un ambiente más fresco.
- Aflojar o quitar la ropa.
- Aplicar métodos externos de enfriamiento (p. e., compresas frías en el cuello, tórax, el abdomen, el cuero cabelludo, las axilas y las ingles), según proceda.
- Proporcionar solución rehidratante oral (p. ej., bebida deportiva) u otro líquido frío si se tolera.
- Monitorizar la temperatura corporal central utilizando un dispositivo adecuado (p. ej., sonda rectal o esofágica).
- Instruir sobre las medidas para prevenir las enfermedades relacionadas al calor (p. e., temperatura ambiental elevada, humedad elevada, deshidratación, esfuerzo físico, obesidad, edad extrema, cardiopatías).
- Instruir sobre los primeros signos y síntomas de las enfermedades relacionadas con el calor y cuando solicitar ayuda a un profesional sanitario.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Iniciar el método apropiado (p. ej.; axilar, rectal, oral, membrana timpánica) de medición de la temperatura teniendo en cuenta el estado y la capacidad.
- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).
- Monitorizar los ruidos pulmonares.
- Monitorizar la concentración de oxígeno, mediante pulsioximetría.
- Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.

Dominio 12

Confort

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DEL CONFORT FÍSICO

DOMINIO 12: Confort

CLASE 1: Confort físico

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Percepción de falta de tranquilidad, satisfacción y bienestar corporal.		1	Inquietud		
		2	Expresión facial de malestar		
		3	Dificultad para relajarse		
		4	Conducta defensiva		
		5	Sufrimiento		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Control inadecuado de la situación	1	DESCANSO	1.1 Tiempo del descanso 1.2 Calidad del descanso 1.3 Entorno favorable al descanso 1.4 Recuperación de la energía tras el descanso	1 Problema presente (comprometido).
2	Necesidad desatendida	2	ESTADO DE COMODIDAD: FÍSICA	2.1 Bienestar físico 2.2 Ropa cómoda 2.3 Relajación muscular 2.4 Posición cómoda	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Estímulos ambientales desagradables desatendidos	3	SEVERIDAD SUFRIMIENTO	3.1 Tristeza 3.2 Impotencia 3.3 Vulnerabilidad 3.4 Desesperación	3 Problema resuelto
4	Cansancio desatendido		DEL		

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DEL CONFORT FÍSICO

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DEL SUEÑO

- Determinar el patrón de sueño y actividad.
- Monitorizar el patrón de sueño y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor o molestias) y psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Enseñar a realizar relajación muscular u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.
- Favorecer el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día noche normales, según este indicado.
- Comentar técnicas para favorecer el sueño.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL CONFORT

- Proporcionar un entorno seguro, limpio, tranquilo y aireado.
- Evitar interrupciones innecesarias y dejar periodos de descanso.
- Determinar las fuentes de malestar, como apósitos húmedos, colocación de tubos, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada e irritantes ambientales.
- Evitar la exposición innecesaria, las corrientes de aire, el sobrecalentamiento y el enfriamiento.
- Ajustar la iluminación a las necesidades de las actividades, evitando la luz directa en los ojos.
- Facilitar las medidas de higiene (p. ej., limpiar la frente; aplicar cremas para la piel; limpiar el cuerpo, el pelo y la cavidad bucal).
- Cambiar de posición para facilitar la comodidad (p. ej., utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo a las articulaciones durante el movimiento, inmovilización de la parte del cuerpo dolorida).
- Fomentar estrategias de autoconfort.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Centrarse en comprender las experiencias.
- Explorar que ha desencadenado las emociones.
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Explorar medidas para afrontar la situación.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de expresar y liberar la respuesta emocional.
- Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de ansiedad.
- Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT FÍSICO

DOMINIO 12: Confort

CLASE 1: Confort físico

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de tranquilidad, satisfacción y bienestar corporal, que puede fortalecerse.	1	Deseos de mejorar el rendimiento físico sin esfuerzo	
	2	Deseos de aumentar el alivio físico	
	3	Deseos de aumentar la trascendencia física	
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1 BIENESTAR PERSONAL	1.1 Realización de las actividades de la vida diaria 1.2 Salud física 1.3 Capacidad para controlar las actividades 1.4 Estado cognitivo	1 Problema presente (comprometido).
2	2 ESTADO DE COMODIDAD	2.1 Bienestar físico 2.2 Entorno físico 2.3 Bienestar psicológico 2.4 Capacidad de comunicar las necesidades	2 Problema parcialmente resuelto.
3		3.1 Evalúa la necesidad de un cambio de conducta 3.2 Elabora un plan de acción	
4	3 MOTIVACIÓN	3.3 Busca nuevas experiencias para mejorar la salud 3.4 Acepta las responsabilidades de sus actos	3 Problema resuelto

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT FÍSICO

INTERVENCIÓN (NIC):

ENTRENAMIENTO EN SALUD

- Respetar al individuo como el administrador de su propia salud y bienestar.
- Revisar todos los aspectos de la vida del individuo en relación con la mejora de la salud.
- Ayudar al individuo a disponerse para el cambio (p. ej., premeditación, meditación, preparación, acción, mantenimiento).
- Involucrar al individuo en la formulación de metas que sean específicas, medibles, realistas y de duración determinada.
- Ayudar al individuo a identificar estrategias para alcanzar sus metas.
- Crear con el individuo un plan de acción con pasos claramente definidos y con los resultados esperados.
- Proporcionar apoyo para nuevas ideas, comportamientos y acciones que involucren asumir riesgos.
- Apoyar la autonomía reconociendo que el individuo es el actor principal del progreso y el éxito.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL CONFORT

- Proporcionar un entorno seguro, limpio, tranquilo y aireado.
- Evitar interrupciones innecesarias y dejar periodos de descanso.
- Determinar las fuentes de malestar, como apósitos húmedos, colocación de tubos, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada e irritantes ambientales.
- Evitar la exposición innecesaria, las corrientes de aire, el sobrecalentamiento y el enfriamiento.
- Ajustar la iluminación a las necesidades de las actividades, evitando la luz directa en los ojos.
- Facilitar las medidas de higiene (p. ej., limpiar la frente; aplicar cremas para la piel; limpiar el cuerpo, el pelo y la cavidad bucal).
- Cambiar de posición para facilitar la comodidad (p. ej., utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo a las articulaciones durante el movimiento, inmovilización de la parte del cuerpo dolorida).
- Fomentar estrategias de autoconfort.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

- Establecer una colaboración basada en la confianza y el respeto.
- Mostrar interés en persona.
- Transmitir valoración absoluta y compasión.
- Fomentar la expresión de pensamientos y sentimientos.
- Preguntar qué cambio le gustaría hacer.
- Preguntar por qué quiere cambiar.
- Obtener perspectivas sobre preocupaciones, cuestiones o problemas.
- Afirmar los esfuerzos y los puntos fuertes.
- Ayudar a definir los cambios necesarios.
- Centrarse en resolver la ambivalencia sobre la realización de los cambios deseados.
- Explorar conjuntamente la motivación y el compromiso para realizar el cambio.
- Evocar un plan de cambio al tiempo que se refuerzan las motivaciones positivas para el cambio.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

SÍNDROME DE DETERIORO DEL CONFORT AL FINAL DE LA VIDA

DOMINIO 12: Confort

CLASE 1: Confort físico

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Deterioro en un conjunto de manifestaciones físicas, psicológicas, sociales y espirituales debido a la inminencia del proceso de muerte.		1	Dolor crónico		
		2	Ansiedad excesiva ante la muerte		
		3	Deterioro del confort físico		
		4	Deterioro del bienestar psicológico		
		5	Ingesta nutricional inadecuada		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
1	Disminución de la tolerancia a la actividad	1	CONTROL DEL DOLOR	1.1 Describe el dolor 1.2 Reconoce el comienzo del dolor 1.3 Utiliza medidas preventivas contra el dolor 1.4 Reconoce los síntomas asociados al dolor	1 Problema presente (comprometido).
2	Síntomas depresivos	2	BIENESTAR PERSONAL	2.1 Realización de las actividades de la vida diaria 2.2 Salud psicológica 2.3 Salud física 2.4 Estado cognitivo	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Sentirse mal por depender de otros	3	ESTADO NUTRCIONAL	3.1 Ingesta de nutrientes 3.2 Ingesta de alimentos 3.3 Energía 3.4 Hidratación	3 Problema resuelto
4	Indigestión				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

SINDROME DE DETERIORO DEL CONFORT AL FINAL DE LA VIDA

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL DOLOR: CRÓNICO

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y lo provocan.
- Determinar el efecto de dolor en la calidad de vida (p. ej., sueño, apetito, actividad, cognición, estado de ánimo, relaciones, desempeño en el trabajo y desempeño de roles).
- Evaluar con el paciente la eficacia de medidas anteriores de control del dolor.
- Controlar los factores ambientales que pueden influir en el dolor del paciente.
- Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor sea grave o antes de las actividades que lo inducen.
- Instruir al paciente su familia sobre las bases del manejo del dolor.
- Fomentar el uso apropiado de técnicas no farmacológicas (p.ej., biofeedback, alimentación, TENS, hipnosis, relajación, imaginación guiada, musicoterapia, terapia lúdica, terapia de actividades, acupresión, aplicación de calor y frío, masaje) y opciones farmacológicas como medidas de control del dolor.
- Evitar el uso de analgésicos que puedan tener efectos adversos en ancianos.
- Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos.

INTERVENCIÓN (NIC):

DAR ESPERANZA

- Ayudar al paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad solo como una faceta de la persona.
- Ampliar el repertorio de mecanismos de afrontamiento del paciente.
- Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.
- Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual.
- Evitar disfrazar la verdad.
- Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias anteriores del paciente y familia.
- Destacar el mantenimiento de relaciones como mencionar los nombres de los seres queridos al paciente que no responden a estímulos.
- Implicar al paciente activamente a sus propios cuidados.
- Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Determinar la ingesta y los hábitos alimenticios del paciente.
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de la modificación de la dieta por razones de salud (p.ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos), si es necesario, etc.
- Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales.
- Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda.
- Determinar las actitudes y creencias de los allegados acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente.
- Evaluar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DOLOR AGUDO

DOMINIO 12: Confort

CLASE 1: Confort físico

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS					
Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o parecida a la asociada a un daño tisular real o potencial, con una duración inferior a 3 meses.		1	Alteración de los parámetros fisiológicos				
		2	Expresión facial de dolor				
		3	Postura para aliviar el dolor				
		4	Informe verbal del dolor				
		5	Diaforesis				
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN			
1	Lesión por agentes biológicos	1	CONTROL DEL DOLOR	1.1	Describe el dolor	1	Problema presente (comprometido).
			1.2	Reconoce el comienzo del dolor			
			1.3	Utiliza medidas preventivas contra el dolor			
			1.4	Reconoce los síntomas asociados al dolor			
2	Uso inapropiado de agente químico	2	NIVEL DEL DOLOR	2.1	Intensidad del dolor referido	2	Problema parcialmente resuelto.
			2.2	Expresiones faciales de dolor			
			2.3	Irritabilidad			
			2.4	Diaforesis			
3	Lesiones por agentes físicos	3	NIVEL DE MALESTAR	3.1	Dolor	3	Problema resuelto
			3.2	Taquicardia			
			3.3	Gemidos			
			3.4	Inquietud			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DOLOR AGUDO

INTERVENCIÓN (NIC):

ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS

- Monitorizar el dolor de los pacientes con alteraciones de la comunicación (p. ej., niños, ancianos, con alteraciones cognitivas, psicóticos, enfermos críticos, que no hablen el idioma del país, demencia).
- Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo.
- Controlar signos vitales antes y después de la administración de analgésicos.
- Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL DOLOR: AGUDO

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.
- Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (p. ej., tos y respiración profunda, deambulación, transferencia a una silla).
- Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.
- Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.
- Usar analgésicos combinados (p. ej., opiáceos mas no opiáceos), si el nivel de dolor es intenso.
- Incorporar las intervenciones no farmacológicas a la etiología del dolor y a las preferencias del paciente, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

MONITORIZACION DE LOS SIGNOS VITALES

- Monitorizar la presión arterial, el pulso, la temperatura, el dolor y el estado respiratorio, según corresponda.
- Seguir el protocolo del centro para el uso de sistemas automáticos de monitorización de signos vitales.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiacos.
- Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).
- Observar si se producen patrones respiratorios anormales (de Cheyne Stokes, de Kussmaul, ortopneico, paradójico, de Biot, atáxico).
- Monitorizar el dolor utilizando una escala validada de evaluación del dolor.
- Monitorizar el dolor antes y después de la administración de analgésicos.
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: SÍNDROME DE DOLOR CRÓNICO

DOMINIO 12: Confort

CLASE 1: Confort físico

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Dolor persistente o recurrente que haya durado por lo menos tres meses y que afecta significativamente el funcionamiento diario o el bienestar.		1	Ansiedad excesiva	
		2	Deterioro de la eliminación intestinal	
		3	Estrés excesivo	
		4	Deterioro de la regulación del estado de ánimo	
		5	Deterioro de la movilidad física	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Temor al dolor	1	CONTROL DEL DOLOR	1
		1.1 Reconoce el comienzo del dolor 1.2 Describe los factores causales primarios 1.3 Utiliza medidas preventivas contra el dolor 1.4 Describe el dolor		Problema presente (comprometido).
2	Conocimiento inadecuado de las conductas de manejo del dolor	2	NIVEL DEL DOLOR	2
		2.1 Intensidad del dolor referido 2.2 Expresiones faciales de dolor 2.3 Náuseas 2.4 Gemidos		Problema parcialmente resuelto.
3	Autogestión ineficaz del dolor crónico	3	DOLOR: EFECTOS NOCIVOS	3
		3.1 Malestar 3.2 Alteración del estado de ánimo 3.3 Impaciencia 3.4 Alteración de la sensación de control		Problema resuelto.
4	Alteraciones del sueño desatendidas			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

SÍNDROME DE DOLOR CRÓNICO

INTERVENCIÓN (NIC):

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.
- Instruir sobre la finalidad de cada medicamento y responder a las preguntas de forma adecuada.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicación (es decir, persona correcta, medicación correcta, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.
- Utilizar una técnica aséptica para la administración de medicamentos parenterales.
- Instruir a la persona y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.
- Validar y registrar la comprensión sobre las acciones esperadas y efectos adversos de la medicación.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL DOLOR: CRÓNICO

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y lo provocan.
- Explorar los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales.
- Controlar los factores ambientales que pueden influir en el dolor del paciente.
- Preguntar al paciente sobre el dolor a intervalos frecuentes, al mismo tiempo que se comprueban los signos vitales o en cada visita a la consulta.
- Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita comodidad y funcionar apropiadamente e intentar mantenerlo en un nivel igual o inferior.
- Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.
- Instruir al paciente y a su familia sobre las bases del manejo del dolor.
- Evitar el uso de analgésicos que puedan tener efectos adversos en ancianos.
- Colaborar con el paciente, la familia y otros profesionales de la salud para seleccionar y poner en marcha medidas de control del dolor.
- Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos.

INTERVENCIÓN (NIC):

CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN

- Conciliar la medicación en todos los momentos de transición, incluyendo el ingreso, los traslados y el alta.
- Conciliar la medicación cuando haya cambios en el estado de la persona o en la medicación.
- Utilizar una herramienta estandarizada para obtener toda la información de la medicación, incluidas la medicación prescrita, los medicamentos sin receta y los suplementos dietéticos y de fitoterapia.
- Eliminar las distracciones e ir despacio al conciliar los medicamentos.
- Obtener una historia farmacológica completa examinando los viales o la lista de medicaciones, comprobándola con la persona y la familia y/o comunicándose con los profesionales sanitarios y la farmacia, si es necesario.
- Documentar el nombre, dosis, frecuencia y vía de administración del fármaco en la lista de medicaciones.
- Determinar cuándo se tomó la medicación por última vez.
- Comparar la lista de medicamentos con las indicaciones y la historia clínica para asegurar que la lista es exacta y completa.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: DOLOR CRÓNICO

DOMINIO 12: Confort

CLASE 1: Confort físico

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o parecida a la asociada a un daño tisular real o potencial, con una duración superior a 3 meses		1	Capacidad alterada para continuar actividades		
		2	Alteración del ritmo cardiaco		
		3	Expresión facial de dolor		
		4	Informe indirecto sobre cambios de actividad		
		5	Informe verbal del dolor		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Autogestión ineficaz de la fatiga	1	CONTROL DEL DOLOR	1	Problema presente (comprometido).
2	Autogestión ineficaz del sobrepeso	2	AUTOMANEJO: ENFERMEDAD CRÓNICA	2	Problema parcialmente resuelto.
3	Agentes que provocan lesiones				
4	Malnutrición	3	NIVEL DE DEPRESIÓN	3	Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DOLOR CRÓNICO

INTERVENCIÓN (NIC):

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.
- Favorecer y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Instruir sobre la finalidad de cada medicamento y responder a las preguntas de forma adecuada.
- Calcular la dosis de medicación, según sea necesario.
- Comprobar dos veces todos los cálculos.
- Evitar interrupciones al preparar, verificar o administrar medicamentos.
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso).
- Monitorizar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, según corresponda.
- Instruir a la persona y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.

INTERVENCIÓN (NIC):

APLICACIÓN CALOR O FRÍO

Explicar la utilización del calor o del frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas del paciente.

Detectar si hay contraindicaciones al calor o al frío, tales como disminución o ausencia de sensibilidad, disminución de la circulación y disminución de la capacidad de comunicación.

Determinar la disponibilidad y el buen estado de funcionamiento de todos los equipos utilizados en la aplicación de calor o frío.

Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio de procedimiento o las contraindicaciones de la estimulación.

Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento.

Instruir acerca de las indicaciones, frecuencia y procedimiento de la aplicación.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORAR EL AFRONTAMIENTO

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizados.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Alentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.
- Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DOLOR DE PARTO

DOMINIO 12: Confort

CLASE 1: Confort físico

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Experiencia sensitiva y emocional que varía de agradable a desagradable, asociada al trabajo de parto y el parto		1	Alteración del ritmo cardíaco	
		2	Alteración de la tensión muscular	
		3	Expresión facial de dolor	
		4	Presión perineal	
		5	Contracción uterina	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Conocimiento sobre el parto inadecuado	1	ESTADO MATERNO: DURANTE EL PARTO 1.1 Afrontamiento de las molestias del parto 1.2 Uso de técnicas para facilitar el parto 1.3 Frecuencia de contracciones uterinas 1.4 Duración de las contracciones uterinas	1 Problema presente (comprometido).
2	Preparación inadecuada sobre el parto	2	NIVEL DE DOLOR 2.1 Intensidad del dolor referido 2.2 Vocalización negativa 2.3 Expresiones faciales de dolor 2.4 Inquietud	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Percibe el dolor como algo significativo	3	CONOCIMIENTO: PARTO Y ALUMBRAMIENTO 3.1 Opciones de parto 3.2 Signos y síntomas del parto 3.3 Posibles complicaciones del parto 3.4 Técnicas de empuje eficaces	3 Problema resuelto.
4	Ingesta inadecuada de líquidos			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DOLOR DE PARTO

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS INTRAPARTO

- Determinar la etapa del parto, el estado de riesgo y la presencia de rotura de las membranas.
- Obtener el consentimiento informado.
- Preparar para el parto según el protocolo, la solicitud del profesional y las preferencias.
- Identificar las necesidades emocionales y psicológicas a lo largo del parto.
- Informar de que la duración de la primera fase del parto varía de una mujer a otra.
- Animar a vaciar la vejiga cada vez que se realiza una auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal, según el protocolo.
- Monitorizar la frecuencia cardíaca fetal entre las contracciones para establecer el nivel basal, durante y después de las contracciones para detectar desaceleraciones o aceleraciones.
- Aplicar el monitor electrónico fetal, según el protocolo.
- Instruir sobre el proceso y el equipo para la monitorización cardíaca fetal.
- Notificar los cambios anormales de la frecuencia cardíaca fetal al responsable del parto.
- Ayudar con los cambios de posición para corregir las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.
- Proporcionar explicaciones claras, coherentes y basadas en la evidencia sobre las posibles posiciones durante el parto.
- Enseñar técnicas de respiración, relajación y visualización.

INTERVENCIÓN (NIC):

PARTO

- Proporcionar orientación anticipatoria del parto.
- Realizar una exploración vaginal para determinar la posición y estática fetales.
- Mantener la intimidad y el pudor de la paciente durante el parto en un entorno tranquilo.
- Aceptar los requerimientos que realice la paciente sobre el parto cuando estos requerimientos sean coherentes con las normas de cuidado perinatales.
- Ayudar a la paciente con la postura para el parto.
- Informar a la paciente sobre la necesidad de una episiotomía.
- Administrar anestésicos locales antes del parto o la episiotomía, si está indicado.
- Enseñar a la paciente a realizar respiraciones superficiales (p. ej., «jadeos») durante la salida de la cabeza. presión suprapúbica o maniobra de McRobert), según corresponda.
- Adelantar la expulsión espontánea de la placenta.
- Asignar la calificación Apgar de 1 minuto.
- Proporcionar información sobre el aspecto y estado del lactante.
- Fomentar la verbalización de preguntas o preocupaciones acerca de la experiencia del parto y del recién nacido.
- Consultar con el médico presente acerca de síntomas de complicaciones reales o potenciales.
- Documentar el desarrollo del parto.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS INTRAPARTO: PARTO DE ALTO RIESGO

- Informar a la paciente y al acompañante de los procedimientos adicionales y el personal que serán previsibles durante el proceso del parto.
- Comunicar los cambios del estado materno o fetal al responsable del parto, según corresponda.
- Preparar el equipo adecuado, incluyendo el monitor electrónico fetal, la ecografía, la máquina de anestesia, los suministros de reanimación neonatal, los fórceps y los calentadores adicionales para lactantes.
- Comunicar a los ayudantes adicionales que asistan al parto (p. ej., neonatólogo, enfermeras de cuidados intensivos neonatales, anestesista).
- Continuar la monitorización electrónica.
- Alertar al profesional principal de cualquier anomalía de los signos vitales de la madre o el trazado cardíaco fetal.
- Explicar las características del recién nacido relacionadas con nacimientos de alto riesgo (p. ej., hematomas y marcas de fórceps).
- Observar atentamente por si se producen hemorragias después del parto.
- Ayudar a la madre a recuperarse de la anestesia, según corresponda.
- Continuar monitorizando la frecuencia cardíaca del segundo o tercer feto principal.
- Ayudar con la administración de anestésicos maternos, si es necesario (intubación).
- Registrar la hora del parto.
- Ayudar con la reanimación del recién nacido, si es necesario.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT SOCIAL

DOMINIO 12: Confort

CLASE 3: Confort social

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de tranquilidad, satisfacción y bienestar relacional, que puede fortalecerse		1	Deseos de mejorar el rendimiento social sin esfuerzo	
		2	Deseos de aumentar la ayuda social	
		3	Deseos de aumentar la trascendencia social	
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1		1 ESTADO DE COMODIDAD	1.1 Bienestar físico 1.2 Bienestar psicológico 1.3 Relaciones sociales 1.4 Apoyo social de la familia	1 Problema presente (comprometido).
2		2 ESPERANZA	2.1 Expresa la expectativa de un futuro positivo 2.2 Expresa su fe 2.3 Utiliza el apoyo social 2.4 Muestra entusiasmo por la vida	2 Problema parcialmente resuelto.
3				
4		3 SALUD ESPIRITUAL	3.1 Calidad de fe 3.2 Experiencias espirituales 3.3 Participación en meditación 3.4 Conexión con los demás	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT SOCIAL

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

- Servir de enlace entre el paciente y la familia.
- Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios.
- Utilizar programas informáticos interactivos o ayudas para la decisión basadas en internet como complemento al apoyo profesional.
- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.
- Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Remitir a servicios de asesoramiento, se precisa.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO ESPIRITUAL

- Fomentar la conversación con el paciente que ayuda a separar los intereses espirituales
- Ayudar al paciente a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento
- Fomentar la exploración del paciente de su compromiso espiritual según sus creencias y valores
- Ayudar al paciente a explorar las creencias en relación con la curación del cuerpo, la mente y el espíritu
- Remitir una asistencia y apoyo adicional para la conexión entre cuerpo, mente y espíritu.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONEXIÓN SOCIAL INADECUADA

DOMINIO 12: Confort

CLASE 3: Confort social

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Sentimiento de no pertenecer, no ser atendido o no tener poder dentro de un contexto determinado		1	Insatisfacción con el respeto a los demás	
		2	Insatisfacción con la conexión social	
		3	Sentirse inseguro en público	
		4	Bajos niveles de actividades sociales	
		5	Soledad	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Dificultad para establecer interacción social	1	EQUILIBRIO EMOCIONAL	1 Problema presente (comprometido).
			1.1 Muestra un estado de ánimo estable	
			1.2 Muestra un afecto adecuado a la situación	
			1.3 Muestra control de los impulsos	
2	Dificultad para compartir las expectativas de la vida personal	2	NIVEL DE MIEDO	2 Problema parcialmente resuelto.
			1.4 Muestra interés por el entorno	
			2.1 Angustia	
			2.2 Inquietud	
3	Autoestima inadecuada		2.3 Nerviosismo	3 Problema resuelto.
			2.4 Irritabilidad	
		3	NIVEL DE ANSIEDAD SOCIAL	
			3.1 Evita situaciones sociales	
4	Deterioro de la memoria		3.2 Evita personas desconocidas	
			3.3 Evita salir de casa	
			3.4 Anticipación ansiosa de situaciones sociales	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

CONEXIÓN SOCIAL INADECUADA

INTERVENCIÓN (NIC):

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

- Identificar los signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre las situaciones estresantes.
- Permanecer con la persona para promover la seguridad y reducir la ansiedad.
- Animar a la familia a permanecer con la persona, cuando corresponda.
- Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.
- Fomentar la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Ayudar a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Manejar los estímulos, según corresponda a las necesidades.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa psicológicos adecuados.
- Determinar la capacidad de toma de decisiones.

INTERVENCIÓN (NIC):

INTERVENCIÓN EN CASO DE CRISIS

- Proporcionar un ambiente seguro y de apoyo.
- Establecer una relación terapéutica.
- Determinar si hay un riesgo de seguridad para sí mismo o para otros.
- Instaurar las precauciones necesarias para salvaguardar a la persona o a los demás.
- Utilizar un abordaje activo de manejo de crisis agudas, según sea necesario.
- Ayudar a la persona a sentirse segura y menos ansiosa.
- Favorecer la sensación de control y autoeficacia de la persona para que recupere el control lo antes posible.
- Centrarse en la interacción eliminando prejuicios, suposiciones previas, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Escuchar con atención plena utilizando técnicas de comunicación (p. ej., contacto visual, compenetración, respuestas frecuentes para verificar y transmitir comprensión, resumir lo que dice la persona).
- Evitar dar falsas seguridades.
- Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva.
- Animar a utilizar los propios recursos para realizar cambios.
- Reconocer el tipo de crisis (p. ej., madurativa, situacional, adventicia) para ayudar a desarrollar un plan de cuidados centrado en la persona, según proceda.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL ESTADO DE ANIMO

- Revisar la evaluación inicial del estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales).
- Evaluar la evaluación inicial del estado de ánimo con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.
- Determinar si supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.
- Considerar la posibilidad de hospitalización si la gravedad del trastorno del estado de ánimo plantea riesgos para la seguridad, la persona es incapaz de satisfacer las necesidades de autocuidado o carece de suficiente apoyo social.
- Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar a las personas que corren riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia).
- Proporcionar o remitir para un tratamiento contra el abuso de sustancias, cuando es un factor que contribuye a la alteración del estado de ánimo.
- Ajustar o interrumpir las medicaciones que contribuyen a las alteraciones del estado de ánimo, por prescripción de profesionales con la capacitación adecuada.
- Remitir para evaluación y/o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que pueda contribuir a una alteración del estado de ánimo (trastornos tiroideos, etc.)

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

APOYO SOCIAL INADECUADO

DOMINIO 12: Confort

CLASE 3: Confort social

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Interacciones interpersonales y organizativas que se perciben como insatisfactorias para satisfacer las necesidades de salud.		1	Disminución del apoyo emocional percibido		
		2	Disminución del apoyo informativo percibido		
		3	Disminución del apoyo instrumental percibido		
		4	Frustración por expectativas de ayuda no cumplidas		
		5	Percepción de desatención a las demandas de apoyo		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Dificultad para confiar en la confidencialidad de la información	1	IMPLICACIÓN SOCIAL	1.1 Conecta a diario con los demás 1.2 Evalúa la red social personal 1.3 Establece conexiones intergeneracionales 1.4 Participa como voluntario	1 Problema presente (comprometido).
2	Apreciación inadecuada del apoyo social disponible	2	IDENTIDAD SOCIAL	2.1 Reconoce cómo la pertenencia a un grupo influye en las decisiones personales 2.2 Reconoce cómo la pertenencia a un grupo influye en las opiniones personales 2.3 Expresa el impacto de la capacidad funcional como grupo social 2.4 Expresa el impacto del origen étnico como grupo social	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Conocimientos inadecuados para movilizar apoyos	3	HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL	3.1 Utiliza la divulgación cuando procede 3.2 Colabora con los demás 3.3 Utiliza estrategias para abordar las limitaciones comunicativas 3.4 Muestra una conducta no verbal congruente con la comunicación verbal	3 Problema resuelto.
4	Habilidades sociales inadecuadas				

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

APOYO SOCIAL INADECUADO

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LA SOCIALIZACIÓN

- Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar el compartir los problemas comunes con los demás.
- Fomentar la sinceridad al presentarse a los demás.
- Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos.
- Fomentar el respeto de los derechos de los demás.
- Facilitar el uso de ayudas para déficits sensoriales como gafas y audífonos.
- Fomentar la participación en actividades de reminiscencia en grupo y/o individuales.
- Facilitar la participación del paciente en grupos para contar historias.
- Remitir al paciente a un grupo o programa de habilidades interpersonales en los que pueda aumentar su comprensión de las transacciones, si resulta oportuno.
- Proporcionar retroalimentación sobre el cuidado del aspecto personal y demás actividades.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Centrarse en comprender las experiencias.
- Explorar qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Utilizar el tacto para apoyar emocionalmente, según sea adecuado.
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Explorar medidas para afrontar la situación.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

INTERVENCIÓN (NIC):

MEJORA DE LOS SISTEMAS DE APOYO

- Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.
- Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados.
- Monitorizar la situación familiar actual y la red de apoyo.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
- Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en internet si se considera oportuno.
- Determinar los puntos fuertes y débiles de los recursos comunitarios y aconsejar los cambios cuando sean apropiados.
- Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento, según corresponda.
- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: **SOLEDAD EXCESIVA**

DOMINIO 12: Confort

CLASE 3: Confort social

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Sentimiento exagerado de tristeza, abatimiento o malestar asociado a la falta de compañía o a la separación de los demás		1	Comportamientos adictivos	
		2	Autoestima inadecuada	
		3	Disconfort físico	
		4	Malestar psicológico	
		5	Ansiedad	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Dificultad para establecer interacción social	1	HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL 1.1 Muestra receptividad 1.2 Colabora con los demás 1.3 Muestra confianza 1.4 Utiliza estrategias de resolución de conflictos	1 Problema presente (comprometido).
2	Deterioro de la movilidad física	2	NIVEL DE ANSIEDAD SOCIAL 2.1 Evita situaciones sociales 2.2 Evita personas desconocidas 2.3 Interferencia con el desempeño del rol 2.4 Interferencia con las relaciones	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Apoyo informativo inadecuado	3	RESILIENCIA PERSONAL 3.1 Utiliza estrategias de afrontamiento eficaces 3.2 Busca apoyo social 3.3 Evita el abuso de alcohol 3.4 Identifica modelos de conducta	3 Problema resuelto.
4	Aislamiento físico			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

SOLEDAD EXCESIVA

INTERVENCIÓN (NIC):

POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN

- Ayudar al paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
- Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estado temporal.
- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad solo como una faceta de la persona.
- Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.
- Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.
- Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas.
- Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente).
- Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual.
- Evitar disfrazar la verdad.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.
- Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Remitir a servicios de asesoramiento, se precisa.

INTERVENCIÓN (NIC):

GRUPO DE APOYO

- Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
- Crear una atmósfera relajada y de aceptación.
- Identificar los grupos basados en la fe como opciones disponibles.
- Atender las necesidades del grupo como un todo, así como a las necesidades de los miembros individuales.
- Mantener una presión positiva para el cambio de conducta

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RIESGO DE SOLEDAD EXCESIVA

DOMINIO 12: Confort

CLASE 3: Confort social

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible a un sentimiento exagerado de tristeza, abatimiento o malestar asociado a la falta de compañía o a estar separado de los demás		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Dificultad para establecer interacción social	1 HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL	1.1 Muestra receptividad 1.2 Colabora con los demás 1.3 Muestra confianza 1.4 Utiliza estrategias de resolución de conflictos	1 Problema presente (comprometido).
2	Deterioro de la movilidad física	2 NIVEL DE ANSIEDAD SOCIAL	2.1 Evita situaciones sociales 2.2 Evita personas desconocidas 2.3 Interferencia con el desempeño del rol 2.4 Interferencia con las relaciones	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Apoyo informativo inadecuado	3 RESILIENCIA PERSONAL	3.1 Utiliza estrategias de afrontamiento eficaces 3.2 Busca apoyo social	3 Problema resuelto.
4	Aislamiento físico		3.3 Evita el abuso de alcohol 3.4 Identifica modelos de conducta	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE SOLEDAD EXCESIVA

INTERVENCIÓN (NIC):

DAR ESPERANZA

- Ayudar al paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
- Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estado temporal.
- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad solo como una faceta de la persona.
- Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.
- Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.
- Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas.
- Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente).
- Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual.
- Evitar disfrazar la verdad.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.
- Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Remitir a servicios de asesoramiento, se precisa.

INTERVENCIÓN (NIC):

GRUPO DE APOYO

- Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
- Crear una atmósfera relajada y de aceptación.
- Identificar los grupos basados en la fe como opciones disponibles.
- Atender las necesidades del grupo como un todo, así como a las necesidades de los miembros individuales.
- Mantener una presión positiva para el cambio de conducta

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO

DOMINIO 12: Confort

CLASE 4: Confort psicológico

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Percepción de falta de tranquilidad, satisfacción y bienestar mental.	1	Agitación psicomotriz	
	2	Ansiedad	
	3	Culpa excesiva	
	4	Autocontrol inadecuado	
	5	Estado de ánimo irritable	
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Conexión social inadecuada	1 ESTADO DE COMODIDAD	1.1 Control de los síntomas 1.2 Bienestar psicológico 1.3 Relaciones sociales 1.4 Entorno físico	1 Problema presente (comprometido).
2 Apoyo social inadecuado	2 NIVEL DE ANSIEDAD	2.1 Inquietud 2.2 Sentimiento de culpa 2.3 Angustia 2.4 Preocupación excesiva	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Sensación de control inadecuada	3 BIENESTAR PERSONAL	3.1 Salud psicológica 3.2 Relaciones sociales 3.3 Salud física 3.4 Capacidad para expresar emociones	3 Problema resuelto.
4 Malestar físico desatendido			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO AL CUIDADOR

- Determinar la aceptación del rol de cuidador.
- Determinar la cantidad de ayuda necesaria.
- Determinar el nivel de conocimientos, capacidades y limitaciones.
- Aceptar las expresiones de emociones negativas.
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- Monitorizar las interacciones en relación con los cuidados.
- Proporcionar información sobre el estado, el tratamiento y los cuidados de acuerdo con las preferencias del receptor de los cuidados.
- Monitorizar el estrés y estimular las estrategias de afrontamiento.
- Enseñar técnicas de manejo del estrés y estrategias para el mantenimiento de los cuidados de salud.
- Ofrecerse a prestar cuidados durante períodos cortos si experimenta dificultades o aumento del estrés.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Acompañar en las actividades realizadas fuera de la unidad, según corresponda.
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.
- Proporcionar una habitación individual, si está indicado.
- Al escoger compañeros de habitación tener en cuenta la estética del entorno.
- Disminuir los estímulos ambientales, según corresponda.
- Evitar la exposición innecesaria, las corrientes y el exceso de calefacción o frío.
- Evitar las interrupciones innecesarias que pueden despertar a la persona durante los períodos de reposo.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.
- Proporcionar la música y el dispositivo que elija el paciente para escuchar música en privado cuando esta pueda molestar a otras personas.
- Manipular la iluminación y el aire para conseguir beneficios terapéuticos.
- Proporcionar comidas y tentempiés de aspecto atractivo.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL ESTADO DE ÁNIMO

- Revisar la evaluación inicial del estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales).
- Determinar si supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.
- Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar a las personas que corren riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia).
- Ayudar con el autocuidado, si es necesario.
- Monitorizar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente.
- Ayudar a asumir una mayor responsabilidad en el autocuidado.
- Proporcionar oportunidades de práctica de actividad física (caminar o montar en bicicleta estática).
- Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información, toma de decisiones).
- Utilizar un lenguaje sencillo, concreto y exacto durante el contacto si hay déficits cognitivos.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

DOMINIO 12: Confort

CLASE 4: Confort psicológico

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de tranquilidad, satisfacción y bienestar mental, que puede fortalecerse.		1	Deseos de aumentar el alivio psicológico	
		2	Deseos de potenciar la trascendencia psicológica	
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1		1 ESTADO DE COMODIDAD	1.1 Control de los síntomas 1.2 Bienestar psicológico 1.3 Relaciones sociales 1.4 Entorno físico	1 Problema presente (comprometido).
2		2 NIVEL DE ANSIEDAD	2.1 Inquietud 2.2 Sentimiento de culpa 2.3 Angustia 2.4 Preocupación excesiva	2 Problema parcialmente resuelto.
3		3 BIENESTAR PERSONAL	3.1 Salud psicológica 3.2 Relaciones sociales 3.3 Salud física 3.4 Capacidad para expresar emociones	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO AL CUIDADOR

- Determinar la aceptación del rol de cuidador.
- Determinar la cantidad de ayuda necesaria.
- Determinar el nivel de conocimientos, capacidades y limitaciones.
- Aceptar las expresiones de emociones negativas.
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- Monitorizar las interacciones en relación con los cuidados.
- Proporcionar información sobre el estado, el tratamiento y los cuidados de acuerdo con las preferencias del receptor de los cuidados.
- Monitorizar el estrés y estimular las estrategias de afrontamiento.
- Enseñar técnicas de manejo del estrés y estrategias para el mantenimiento de los cuidados de salud.
- Ofrecerse a prestar cuidados durante períodos cortos si experimenta dificultades o aumento del estrés.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO AMBIENTAL

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Acompañar en las actividades realizadas fuera de la unidad, según corresponda.
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.
- Proporcionar una habitación individual, si está indicado.
- Al escoger compañeros de habitación tener en cuenta la estética del entorno.
- Disminuir los estímulos ambientales, según corresponda.
- Evitar la exposición innecesaria, las corrientes y el exceso de calefacción o frío.
- Evitar las interrupciones innecesarias que pueden despertar a la persona durante los períodos de reposo.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.
- Proporcionar la música y el dispositivo que elija el paciente para escuchar música en privado cuando esta pueda molestar a otras personas.
- Manipular la iluminación y el aire para conseguir beneficios terapéuticos.
- Proporcionar comidas y tentempiés de aspecto atractivo.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DEL ESTADO DE ÁNIMO

- Revisar la evaluación inicial del estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales).
- Determinar si supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.
- Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar a las personas que corren riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia).
- Ayudar con el autocuidado, si es necesario.
- Monitorizar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente.
- Ayudar a asumir una mayor responsabilidad en el autocuidado.
- Proporcionar oportunidades de práctica de actividad física (caminar o montar en bicicleta estática).
- Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información, toma de decisiones).
- Utilizar un lenguaje sencillo, concreto y exacto durante el contacto si hay déficits cognitivos.

Dominio 13

Crecimiento /desarrollo

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RETRASO EN EL CRECIMINETO INFANTIL

DOMINIO 13: Crecimiento/desarrollo

CLASE 1: Crecimiento

DEFINICIÓN	
Talla, longitud, índice de masa corporal, perímetro cefálico y/o velocidad de talla (cm/año) inadecuados para el sexo, la edad y la etnia de un individuo	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	
1	Índice de masa corporal inferior a -2 desviaciones estándar en comparación con los indicadores de la población de referencia y la edad
2	Crecimiento inferior al percentil 30 en comparación con los indicadores de la población y la edad de referencia
3	Perímetro cefálico inferior al percentil 30 en comparación con los indicadores de la población de referencia y la edad
4	Velocidad de la estatura inferior al percentil 30 en comparación con los indicadores de la población de referencia y la edad
5	Peso inferior al percentil 30 en comparación con los indicadores de la población de referencia y la edad
FACTORES RELACIONADOS	
1	Patrón alimentario anormal
2	Dieta inadecuada para la edad
3	Conocimiento inadecuado de los padres sobre nutrición
4	Vivienda antihigiénica
RESULTADOS (NOC)	
1	ADAPTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO
1.1	Peso
1.2	Tolerancia a la alimentación
1.3	Glucemia
1.4	Color de piel
2	CRECIMIENTO
2.1	Percentil de peso para el sexo
2.2	Percentil de peso para la edad
2.3	Percentil longitud/talla para la edad
2.4	Cambio en el patrón de crecimiento a lo largo del tiempo
3	DESARROLLO INFANTIL: 8-10 AÑOS
3.1	Siempre está activo
3.2	Los huesos crecen más rápido que los ligamentos
3.3	Da el cambio de 25 centímetros
3.4	Rinde en la escuela al nivel de sus capacidades
ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Problema presente (comprometido).
2	Problema parcialmente resuelto.
3	Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RETRASO EN EL CRECIMIENTO INFANTIL

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA VACUNACIÓN

- Aplicar un enfoque de equipo para proporcionar a la persona información sobre la vacuna en múltiples puntos de contacto dentro del sistema sanitario.
- Determinar el historial y el estado de inmunización para decidir las necesidades de vacunación apropiadas.
- Identificar las condiciones que aumentan el riesgo de reacciones adversas graves (es decir, reacción anafiláctica a una vacuna anterior, alergia al huevo o a la gelatina).
- Discutir las condiciones que podrían comprometer la capacidad de la vacuna de generar inmunidad.
- Identificar el estado del embarazo y la lactancia.
- Instruir a las mujeres embarazadas sobre las vacunas recomendadas para favorecer la inmunidad del recién nacido tras el parto (p. ej., vacunas contra el tétanos, la tos ferina y la gripe).
- Discutir las recomendaciones de vacunación, incluida la vacunación anual contra la gripe y el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap), durante el embarazo o la lactancia.
- Comentar que la salud y el bienestar se ven afectados significativamente por las necesidades de vacunación no satisfechas.

INTERVENCIÓN (NIC):

ALIMENTACIÓN

- Identificar la dieta prescrita.
- Crear un ambiente placentero durante la comida, retirando el equipo y los suministros innecesarios.
- Facilitar la higiene bucal después de las comidas, según sea necesario.
- Identificar la presencia del reflejo de deglución, si fuera necesario.
- Colocar en una posición cómoda para comer.
- Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.
- Mantenerse en posición erguida, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia delante durante la alimentación.
- Acompañar la comida con agua, si es necesario.
- Proteger con un babero, según corresponda.
- Establecer el ritmo de alimentación para evitar la fatiga.
- Pedir que indique cuándo ha terminado, según corresponda.
- Registrar la ingesta, si resulta oportuno.
- Evitar poner bebida o comida en la boca mientras se está masticando.
- Proporcionar una pajita con la bebida, si es necesario o se desea.
- Evitar distraer durante la deglución.
- Comer sin prisas y lentamente.
- Prestar atención a la persona mientras está comiendo.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA PARA GANAR PESO

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario.
- Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida (p. ej., limpio, bien ventilado, relajado y sin olores fuertes).
- Realizar o ayudar a los pacientes con los cuidados orales antes de comer.
- Administrar medicamentos antes de comer (p. ej., analgésicos, antieméticos), si es necesario.
- Aconsejar al paciente que se siente en posición erguida en la silla, si es posible.
- Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias (p. ej., dieta absoluta, dieta con líquidos claros, dieta líquida completa, dieta blanda, o dieta que se tolere), según se precise.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO RETRASO EN EL CRECIMIENTO INFANTIL

DOMINIO 13: Crecimiento/desarrollo

CLASE 1: Crecimiento

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de talla, longitud, índice de masa corporal, perímetro cefálico y/o velocidad de talla (cm/año) inadecuados para el sexo, la edad y la etnia de un individuo ≤18 años de edad.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Patrón alimentario anormal	1 ADAPTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	1.1 Peso 1.2 Tolerancia a la alimentación 1.3 Glucemia 1.4	1 Problema presente (comprometido).
2	Dieta inadecuada para la edad	2 CRECIMIENTO	2.1 Percentil de peso para el sexo 2.2 Percentil de peso para la edad 2.3 Percentil longitud/talla para la edad 2.4 Cambio en el patrón de crecimiento a lo largo del tiempo	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Conocimiento inadecuado de los padres sobre nutrición	3 DESARROLLO INFANTIL: 8-10 AÑOS	3.1 Siempre está activo 3.2 Los huesos crecen más rápido que los ligamentos 3.3 Da el cambio de 25 centímetros 3.4 Rinde en la escuela al nivel de sus capacidades	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO RETRASO EN EL CRECIMIENTO INFANTIL

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA VACUNACIÓN

- Aplicar un enfoque de equipo para proporcionar a la persona información sobre la vacuna en múltiples puntos de contacto dentro del sistema sanitario.
- Determinar el historial y el estado de inmunización para decidir las necesidades de vacunación apropiadas.
- Identificar las condiciones que aumentan el riesgo de reacciones adversas graves (es decir, reacción anafiláctica a una vacuna anterior, alergia al huevo o a la gelatina).
- Discutir las condiciones que podrían comprometer la capacidad de la vacuna de generar inmunidad.
- Identificar el estado del embarazo y la lactancia.
- Instruir a las mujeres embarazadas sobre las vacunas recomendadas para favorecer la inmunidad del recién nacido tras el parto (p. ej., vacunas contra el tétanos, la tos ferina y la gripe).
- Discutir las recomendaciones de vacunación, incluida la vacunación anual contra la gripe y el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap), durante el embarazo o la lactancia.
- Comentar que la salud y el bienestar se ven afectados significativamente por las necesidades de vacunación no satisfechas.

INTERVENCIÓN (NIC):

ALIMENTACIÓN

- Identificar la dieta prescrita.
- Crear un ambiente placentero durante la comida, retirando el equipo y los suministros innecesarios.
- Facilitar la higiene bucal después de las comidas, según sea necesario.
- Identificar la presencia del reflejo de deglución, si fuera necesario.
- Colocar en una posición cómoda para comer.
- Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.
- Mantenerse en posición erguida, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia delante durante la alimentación.
- Acompañar la comida con agua, si es necesario.
- Proteger con un babero, según corresponda.
- Establecer el ritmo de alimentación para evitar la fatiga.
- Pedir que indique cuándo ha terminado, según corresponda.
- Registrar la ingesta, si resulta oportuno.
- Evitar poner bebida o comida en la boca mientras se está masticando.
- Proporcionar una pajita con la bebida, si es necesario o se desea.
- Evitar distraer durante la deglución.
- Comer sin prisas y lentamente.
- Prestar atención a la persona mientras está comiendo.

INTERVENCIÓN (NIC):

AYUDA PARA GANAR PESO

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario.
- Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida (p. ej., limpio, bien ventilado, relajado y sin olores fuertes).
- Realizar o ayudar a los pacientes con los cuidados orales antes de comer.
- Administrar medicamentos antes de comer (p. ej., analgésicos, antieméticos), si es necesario.
- Aconsejar al paciente que se siente en posición erguida en la silla, si es posible.
- Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias (p. ej., dieta absoluta, dieta con líquidos claros, dieta líquida completa, dieta blanda, o dieta que se tolere), según se precise.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RETRASO EN EL DESARROLLO INFANTIL

DOMINIO 13: Crecimiento/desarrollo

CLASE 2: Desarrollo

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Talla, longitud, índice de masa corporal, perímetro cefálico y/o velocidad de talla (cm/año) inadecuados para el sexo, la edad y la etnia de un individuo ≤ 18 años de edad.		1	Índice de masa corporal inferior a -2 desviaciones estándar en comparación con los indicadores de la población de referencia y la edad.	
		2	Crecimiento inferior a -2 desviaciones estándar en comparación con los indicadores de la población y la edad de referencia	
		3	Perímetro cefálico inferior a -2 desviaciones estándar en comparación con los indicadores de la población de referencia y la edad	
		4	Estatura inferior a -2 desviaciones estándar en comparación con los indicadores de la población de referencia y la edad	
		5	Peso inferior a -2 desviaciones estándar en comparación con los indicadores de la población y la edad de referencia	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Patrón alimentario anormal	1 ADAPTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	1.1 Peso 1.2 Tolerancia a la alimentación 1.3 Glucemia 1.4 Color de piel	1 Problema presente (comprometido).
2	Dieta inadecuada para la edad	2 CRECIMIENTO	2.1 Percentil de peso para el sexo 2.2 Percentil de peso para la edad 2.3 Percentil longitud/talla para la edad 2.4 Cambio en el patrón de crecimiento a lo largo del tiempo	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Conocimiento inadecuado de los padres sobre nutrición	3 DESARROLLO INFANTIL: 8-10 AÑOS	3.1 Siempre está activo 3.2 Los huesos crecen más rápido que los ligamentos 3.3 Da el cambio de 25 centímetros 3.4 Rinde en la escuela al nivel de sus capacidades	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RETRASO EN EL DESARROLLO INFANTIL

INTERVENCIÓN (NIC):

ALIMENTACIÓN

- Identificar la dieta prescrita.
- Crear un ambiente placentero durante la comida, retirando el equipo y los suministros innecesarios.
- Facilitar la higiene bucal después de las comidas, según sea necesario.
- Identificar la presencia del reflejo de deglución, si fuera necesario.
- Colocar en una posición cómoda para comer.
- Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.
- Mantenerse en posición erguida, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia delante durante la alimentación.
- Acompañar la comida con agua, si es necesario.
- Proteger con un babero, según corresponda.
- Establecer el ritmo de alimentación para evitar la fatiga.
- Pedir que indique cuándo ha terminado, según corresponda.
- Registrar la ingesta, si resulta oportuno.
- Evitar poner bebida o comida en la boca mientras se está masticando.
- Proporcionar una pajita con la bebida, si es necesario o se desea.
- Evitar distraer durante la deglución.
- Comer sin prisas y lentamente.
- Prestar atención a la persona mientras está comiendo.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA NUTRICIÓN

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario.
- Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida (p. ej., limpio, bien ventilado, relajado y sin olores fuertes).
- Realizar o ayudar a los pacientes con los cuidados orales antes de comer.
- Administrar medicamentos antes de comer (p. ej., analgésicos, antieméticos), si es necesario.
- Aconsejar al paciente que se siente en posición erguida en la silla, si es posible.
- Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias (p. ej., dieta absoluta, dieta con líquidos claros, dieta líquida completa, dieta blanda, o dieta que se tolere), según se precise.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA VACUNACIÓN

- Aplicar un enfoque de equipo para proporcionar a la persona información sobre la vacuna en múltiples puntos de contacto dentro del sistema sanitario.
- Determinar el historial y el estado de inmunización para decidir las necesidades de vacunación apropiadas.
- Identificar las condiciones que aumentan el riesgo de reacciones adversas graves (es decir, reacción anafiláctica a una vacuna anterior, alergia al huevo o a la gelatina).
- Discutir las condiciones que podrían comprometer la capacidad de la vacuna de generar inmunidad.
- Identificar el estado del embarazo y la lactancia.
- Instruir a las mujeres embarazadas sobre las vacunas recomendadas para favorecer la inmunidad del recién nacido tras el parto (p. ej., vacunas contra el tétanos, la tos ferina y la gripe).
- Discutir las recomendaciones de vacunación, incluida la vacunación anual contra la gripe y el tétanos, la difteria y la tos ferina (TDaP), durante el embarazo o la lactancia.
- Comentar que la salud y el bienestar se ven afectados significativamente por las necesidades de vacunación no satisfechas.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO INFANTIL

DOMINIO 13: Crecimiento/desarrollo

CLASE 2: Desarrollo

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS			
Susceptible a la falla consistente de alcanzar los hitos del desarrollo en el plazo previsto, en individuos de 1 a 9 años de edad.		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	
1	Conducta de vinculación inadecuada	1	CRECIMIENTO 1.1 Percentil de peso para el sexo 1.2 Percentil de peso para la edad 1.3 Percentil longitud/talla para la edad 1.4 Cambio en el patrón de crecimiento a lo largo del tiempo	1	Problema presente (comprometido).
2	Negligencia psicológica desatendida	2	FACTORES ESTRESANTES DEL CUIDADOR FAMILIAR 2.1 Factores estresantes referidos por el cuidador 2.2 Problemas de conducta del receptor de los cuidados 2.3 Resistencia del receptor de los cuidados a recibir asistencia 2.4 Percepción de falta de apoyo del profesional sanitario	2	Problema parcialmente resuelto.
3	Estrés excesivo				
4	Apoyo emocional inadecuado	3	ESTADO DE SALUD EMOCIONAL DEL CUIDADO 3.1 Relación con el receptor de los cuidados 3.2 Satisfacción con la atención prestada 3.3 Afrontamiento 3.4 Acuerdo familiar sobre la prestación de cuidados	3	Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO INFANTIL

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO AL CUIDADOR

- Determinar la aceptación del rol de cuidador.
- Determinar la cantidad de ayuda necesaria.
- Determinar el nivel de conocimientos, capacidades y limitaciones.
- Aceptar las expresiones de emociones negativas.
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- Monitorizar las interacciones en relación con los cuidados.
- Proporcionar información sobre el estado, el tratamiento y los cuidados de acuerdo con las preferencias del receptor de los cuidados.
- Monitorizar el estrés y estimular las estrategias de afrontamiento.
- Enseñar técnicas de manejo del estrés y estrategias para el mantenimiento de los cuidados de salud.
- Ofrecerse a prestar cuidados durante períodos cortos si experimenta dificultades o aumento del estrés.

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO EMOCIONAL

- Transmitir autenticidad, calidez, genuinidad, interés y cariño incondicional.
- Garantizar la intimidad y la confidencialidad.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.
- Abstenerse de emitir juicios sobre las experiencias.
- Centrarse en comprender las experiencias.
- Explorar qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Utilizar el tacto para apoyar emocionalmente, según sea adecuado.
- Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Explorar medidas para afrontar la situación.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

INTERVENCIÓN (NIC):

TÉCNICA DE RELAJACIÓN

- Mantener la calma de una manera deliberada.
- Mantener el contacto visual con el paciente.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Permanecer con el paciente.
- Transmitir al paciente garantía de su seguridad personal.
- Identificar a otras personas cuya presencia pueda ayudar al paciente.
- Coger y calmar al lactante o niño.
- Mecer al lactante, según corresponda.
- Hablar suavemente o cantar al lactante o niño.
- Ofrecer un chupete al lactante, según corresponda.
- Instruir sobre técnicas que han de utilizarse para calmar al lactante que llora (hablar al lactante, poner la mano en la tripita, sujetar los brazos, levantarlo, sostenerlo y mecerlo).
- Proporcionar tiempo y espacio para estar a solas, según corresponda.
- Sentarse y hablar con el paciente.
- Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva.
- Acariciar la frente, según corresponda.
- Ofrecer líquidos o leche calientes.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA: RETRASO EN EL DESARROLLO MOTOR INFATIL

DOMINIO 13: Crecimiento/desarrollo

CLASE 2: Desarrollo

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Incumplimiento constante en alcanzar los hitos del desarrollo relacionados con el fortalecimiento normal de los huesos, los músculos y la capacidad de moverse y tocar el entorno en individuos de 29 días de nacido a 1 año de edad.		1	Dificultad para levantar la cabeza	
		2	Dificultad para recoger bloques	
		3	Dificultad para gatear con las manos y rodillas	
		4	Dificultad para pararse sin apoyo	
		5	No inicia actividades	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Dificultad con el procesamiento sensorial	1 DESEMPEÑO DEL ROL DE PADRES	1.1 Cubre las necesidades físicas del niño 1.2 Monitoriza crecimiento y peso 1.3 Estimula el desarrollo cognitivo 1.4 Estimula el desarrollo social	1 Problema presente (comprometido).
2	Ansiedad por el cuidado infantil	2 CRECIMIENTO	2.1 Percentil de peso para la talla 2.2 Velocidad de aumento de la altura 2.3 Índice de masa ósea 2.4 Cambio en el patrón de crecimiento a lo largo del tiempo	2 Problema parcialmente resuelto.
3	No permite que el niño(a) elija las actividades físicas	3 EQUILIBRIO	3.1 Mantiene el equilibrio mientras está sentado sin respaldo 3.2 Mantiene el equilibrio al caminar 3.3 Postura 3.4 Tambaleo	3 Problema resuelto.
4	No enseña palabras de movimiento			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RETRASO EN EL DESARROLLO MOTOR INFANTIL

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO AL CUIDADOR

- Determinar la aceptación del rol de cuidador.
- Determinar la cantidad de ayuda necesaria.
- Determinar el nivel de conocimientos, capacidades y limitaciones.
- Animar a participar en grupos de apoyo, redes sociales, recursos comunitarios y recursos en línea.
- Alentar los cuidados de relevo, según sea necesario.
- Ofrecerse a prestar cuidados durante períodos cortos si experimenta dificultades o aumento del estrés.

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Identificar los grupos de riesgo y rangos de edad que se benefician más de la educación sanitaria.
- Determinar el tipo y el enfoque del programa de educación sanitaria (p. ej., salud física, salud social, salud emocional y mental, salud espiritual).
- Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta de salud.
- Determinar el conocimiento de salud actual y las conductas del estilo de vida.
- Ayudar a clarificar las creencias y valores de salud.
- Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de la salud.
- Destacar la importancia de formas saludables de comer, dormir y hacer ejercicio, a las personas que servirán de modelo de estos valores y conductas para otros, sobre todo para los niños.
- Utilizar estrategias y puntos de intervención variados en el programa educativo.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADO DEL NIÑO

- Proporcionar información sincera y apropiada para el desarrollo.
- Revisar el estado de vacunación, reforzar su importancia y administrar las vacunas necesarias.
- Emplear herramientas de cribado a intervalos regulares para evaluar el crecimiento y el desarrollo del niño.
- Evaluar anualmente las pruebas de audición y visión.
- Remitir a los cuidadores a un grupo de apoyo para el niño y la familia, según proceda.
- Asegurarse de que el lenguaje corporal concuerda con la comunicación verbal.
- Dar al niño la oportunidad de relacionarse con sus compañeros, según proceda.
- Alentar al niño a expresarse mediante recompensas positivas o retroalimentación por los intentos.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO RETRASO EN EL DESARROLLO MOTOR INFANTIL

DOMINIO 13: Crecimiento/desarrollo

CLASE 2: Desarrollo

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible incumplimiento constante en alcanzar los hitos del desarrollo relacionados con el fortalecimiento normal de los huesos, los músculos y la capacidad de moverse y tocar el entorno en individuos de 29 días de nacido a un año.		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Dificultad con el procesamiento sensorial	1 DESEMPEÑO DEL ROL DE PADRES	1.1 Cubre las necesidades físicas del niño 1.2 Monitoriza crecimiento y peso 1.3 Estimula el desarrollo cognitivo 1.4 Estimula el desarrollo social	1 Problema presente (comprometido).
2	Ansiedad por el cuidado infantil	2 CRECIMIENTO	2.1 Percentil de peso para la talla 2.2 Velocidad de aumento de la altura 2.3 Índice de masa ósea 2.4 Cambio en el patrón de crecimiento a lo largo del tiempo	2 Problema parcialmente resuelto.
3	No permite que el niño(a) elija las actividades físicas	3 EQUILIBRIO	3.1 Mantiene el equilibrio mientras está sentado sin respaldo 3.2 Mantiene el equilibrio al caminar 3.3 Postura 3.4 Tambaleo	3 Problema resuelto.
4	No enseña palabras de movimiento			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO RETRASO EN EL DESARROLLO MOTOR INFATIL

INTERVENCIÓN (NIC):

APOYO AL CUIDADOR

- Determinar la aceptación del rol de cuidador.
- Determinar la cantidad de ayuda necesaria.
- Determinar el nivel de conocimientos, capacidades y limitaciones.
- Animar a participar en grupos de apoyo, redes sociales, recursos comunitarios y recursos en línea.
- Alentar los cuidados de relevo, según sea necesario.
- Ofrecerse a prestar cuidados durante períodos cortos si experimenta dificultades o aumento del estrés.

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Identificar los grupos de riesgo y rangos de edad que se benefician más de la educación sanitaria.
- Determinar el tipo y el enfoque del programa de educación sanitaria (p. ej., salud física, salud social, salud emocional y mental, salud espiritual).
- Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta de salud.
- Determinar el conocimiento de salud actual y las conductas del estilo de vida.
- Ayudar a clarificar las creencias y valores de salud.
- Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de la salud.
- Destacar la importancia de formas saludables de comer, dormir y hacer ejercicio, a las personas que servirán de modelo de estos valores y conductas para otros, sobre todo para los niños.
- Utilizar estrategias y puntos de intervención variados en el programa educativo.

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADO DEL NIÑO

- Proporcionar información sincera y apropiada para el desarrollo.
- Revisar el estado de vacunación, reforzar su importancia y administrar las vacunas necesarias.
- Emplear herramientas de cribado a intervalos regulares para evaluar el crecimiento y el desarrollo del niño.
- Evaluar anualmente las pruebas de audición y visión.
- Remitir a los cuidadores a un grupo de apoyo para el niño y la familia, según proceda.
- Asegurarse de que el lenguaje corporal concuerda con la comunicación verbal.
- Dar al niño la oportunidad de relacionarse con sus compañeros, según proceda.
- Alentar al niño a expresarse mediante recompensas positivas o retroalimentación por los intentos.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA ORGANIZACIÓN DEL NEURODESARROLLO INFANTIL

DOMINIO 13: Crecimiento/desarrollo

CLASE 2: Desarrollo

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Disminución de la coordinación de las habilidades cognitivas, motoras y sensoriales, lo que puede provocar retrasos en la consecución de los hitos del desarrollo en individuos < 1 año de edad.		1	Deterioro de la respuesta a los estímulos sensoriales	
		2	Conducta de tocarse la cara	
		3	Bradicardia	
		4	Capacidad deteriorada para inhibir el reflejo de sobresalto	
		5	Llanto irritable	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Sobrestimulación ambiental	1	ADAPTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	1
			1.1 Índice de edad gestacional	Problema presente (comprometido).
			1.2 Coordina los patrones de succión, deglución y respiración	
			1.3 Respuesta a los estímulos	
			1.4 Frecuencia respiratoria (30-60)	
2	Intolerancia a la alimentación	2	DESARROLLO INFANTIL: 12 MESES	2
			2.1 El perímetro cefálico y el torácico son iguales	Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Come con la cuchara	
			2.3 El peso al nacer se ha triplicado	
			2.4 Bebe de una taza	
3	Malnutrición			
4	Conocimiento inadecuado de los indicadores de comportamiento	3	ESTABLECIMIENTO DE LA ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN: LACTANTE	3
			3.1 Reflejo de succión eficaz	Problema resuelto.
			3.2 Deglución perceptible o audible	
			3.3 Coordinación del patrón de succión, deglución y respiración	
			3.4 Tolerancia a la alimentación	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DETERIORO DE LA ORGANIZACIÓN DEL NEURODESARROLLO INFANTIL

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL LACTANTE: RECIÉN NACIDO

- Limpiar las secreciones de la nariz y la cavidad oral.
- Medir el peso, la longitud y el perímetro frontooccipital.
- Monitorizar la temperatura.
- Mantener una temperatura adecuada del recién nacido (es decir, secar al lactante justo tras el parto, envolverlo en una manta si no se va a colocar bajo un calentador o piel con piel con el progenitor).
- Monitorizar la frecuencia respiratoria y el patrón de respiración.
- Responder a los signos de dificultad respiratoria (p. ej., taquipnea, gruñidos, aleteo nasal, tiraje, roncus y estertores).
- Monitorizar la frecuencia cardíaca y el color de la piel.
- Administrar una inyección de vitamina K, según corresponda.
- Comparar el peso nacido con la edad gestacional estimada.
- Poner a mamar de inmediato tras el parto si la lactancia materna es el método preferido de alimentación.
- Monitorizar el reflejo de succión durante la toma.
- Sujetar al lactante durante las tomas, e intentar que expulse los gases durante la toma y después.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA

- Determinar el deseo y motivación de la madre respecto a la lactancia materna, así como su percepción de esta.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
- Fomentar la asistencia a clases y grupos de apoyo de lactancia materna.
- Proporcionar a la madre la oportunidad de dar lactancia tras el parto, cuando sea posible.
- Instruir sobre los signos del lactante (p. ej., hociqueo, succión y estado de alerta tranquila).
- Ayudar a asegurar que el lactante se sujeta bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar, y deglución audible).
- Instruir a la madre sobre los signos de transferencia de leche (p. ej., fuga de leche, deglución audible y sensaciones de «bajada de la leche»).
- Explicar la diferencia de la succión nutritiva y no nutritiva.
- Monitorizar la capacidad del lactante para mamar.
- Mostrar la forma de amamantar (utilizar un dedo limpio para estimular el reflejo de succión y el enganche al pezón), si es necesario.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: DESARROLLO DEL LACTANTE (0-3 MESES)

- Describir el desarrollo normal del lactante.
- Ayudar a identificar las señales de preparación del lactante y sus respuestas a la estimulación.
- Proteger al lactante de la sobreestimulación.
- Ayudar a establecer una rutina para la estimulación del lactante.
- Indicar que se realicen actividades que fomenten el movimiento o proporcionen estimulación sensorial.
- Aconsejar que se favorezca la interacción cara a cara con el lactante.
- Informar para elogiar al lactante por todos los esfuerzos que haga para responder a la estimulación.
- Indicar al lactante que diga su nombre con frecuencia.
- Aconsejar que se susurre al lactante.
- Indicar que se favorezca que se toque y abrace al lactante con frecuencia.
- Educar para mecer al lactante en posición vertical o en una cuna.
- Bañar con una esponja o en una bañera dando varios masajes con un paño suave o una esponja, y secar con una toalla suave.
- Aconsejar que se masajee al lactante frotando la loción con movimientos suaves pero firmes.
- Indicar que se froten juguetes blandos sobre el cuerpo del lactante.
- Educar para animar al lactante a sentir las diferentes texturas, e identificarlas para el lactante.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA ORGANIZACIÓN DEL NEURODESARROLLO INFANTIL

DOMINIO 13: Crecimiento/desarrollo

CLASE 2: Desarrollo

DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Susceptible de disminución de la coordinación de las habilidades cognitivas, motoras y sensoriales, lo que puede provocar retrasos en el logro de los hitos del desarrollo en individuos ≤ 1 año de edad.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
FACTORES RELACIONADOS	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1 Sobrestimulación ambiental	1 ADAPTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	1.1 Índice de edad gestacional 1.2 Coordina los patrones de succión, deglución y respiración 1.3 Respuesta a los estímulos 1.4 Frecuencia respiratoria (30-60)	1 Problema presente (comprometido).
2 Intolerancia a la alimentación	2 DESARROLLO INFANTIL: 12 MESES	2.1 El perímetro cefálico y el torácico son iguales 2.2 Come con la cuchara 2.3 El peso al nacer se ha triplicado 2.4 Bebe de una taza	2 Problema parcialmente resuelto.
3 Malnutrición			
4 Conocimiento inadecuado de los indicadores de comportamiento	3 ESTABLECIMIENTO DE LA ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN: LACTANTE	3.1 Reflejo de succión eficaz 3.2 Deglución perceptible o audible 3.3 Coordinación del patrón de succión, deglución y respiración 3.4 Tolerancia a la alimentación	3 Problema resuelto.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RIESGO DE DETERIORO DE LA ORGANIZACIÓN DEL NEURODESARROLLO INFANTIL

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL LACTANTE: RECIÉN NACIDO

- Limpiar las secreciones de la nariz y la cavidad oral.
- Medir el peso, la longitud y el perímetro frontooccipital.
- Monitorizar la temperatura.
- Mantener una temperatura adecuada del recién nacido (es decir, secar al lactante justo tras el parto, envolverlo en una manta si no se va a colocar bajo un calentador o piel con piel con el progenitor).
- Monitorizar la frecuencia respiratoria y el patrón de respiración.
- Responder a los signos de dificultad respiratoria (p. ej., taquipnea, gruñidos, aleteo nasal, tiraje, roncus y estertores).
- Monitorizar la frecuencia cardíaca y el color de la piel.
- Administrar una inyección de vitamina K, según corresponda.
- Comparar el peso nacido con la edad gestacional estimada.
- Poner a mamar de inmediato tras el parto si la lactancia materna es el método preferido de alimentación.
- Monitorizar el reflejo de succión durante la toma.
- Sujetar al lactante durante las tomas, e intentar que expulse los gases durante la toma y después.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA

- Determinar el deseo y motivación de la madre respecto a la lactancia materna, así como su percepción de esta.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
- Fomentar la asistencia a clases y grupos de apoyo de lactancia materna.
- Proporcionar a la madre la oportunidad de dar lactancia tras el parto, cuando sea posible.
- Instruir sobre los signos del lactante (p. ej., hociqueo, succión y estado de alerta tranquila).
- Ayudar a asegurar que el lactante se sujeta bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar, y deglución audible).
- Instruir a la madre sobre los signos de transferencia de leche (p. ej., fuga de leche, deglución audible y sensaciones de «bajada de la leche»).
- Explicar la diferencia de la succión nutritiva y no nutritiva.
- Monitorizar la capacidad del lactante para mamar.
- Mostrar la forma de amamantar (utilizar un dedo limpio para estimular el reflejo de succión y el enganche al pezón), si es necesario.

INTERVENCIÓN (NIC):

ENSEÑANZA: DESARROLLO DEL LACTANTE (0-3 MESES)

- Describir el desarrollo normal del lactante.
- Ayudar a identificar las señales de preparación del lactante y sus respuestas a la estimulación.
- Proteger al lactante de la sobreestimulación.
- Ayudar a establecer una rutina para la estimulación del lactante.
- Indicar que se realicen actividades que fomenten el movimiento o proporcionen estimulación sensorial.
- Aconsejar que se favorezca la interacción cara a cara con el lactante.
- Informar para elogiar al lactante por todos los esfuerzos que haga para responder a la estimulación.
- Indicar al lactante que diga su nombre con frecuencia.
- Aconsejar que se susurre al lactante.
- Indicar que se favorezca que se toque y abrace al lactante con frecuencia.
- Educar para mecer al lactante en posición vertical o en una cuna.
- Bañar con una esponja o en una bañera dando varios masajes con un paño suave o una esponja, y secar con una toalla suave.
- Aconsejar que se masajee al lactante frotando la loción con movimientos suaves pero firmes.
- Indicar que se froten juguetes blandos sobre el cuerpo del lactante.
- Educar para animar al lactante a sentir las diferentes texturas, e identificarlas para el lactante.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
 Dirección de Servicios de Salud
 Dirección de Atención Hospitalaria
 Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ORGANIZACIÓN DEL NEURODESARROLLO INFANTIL

DOMINIO 13: Crecimiento/desarrollo

CLASE 2: Desarrollo

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Patrón de coordinación de las habilidades cognitivas, motoras y sensoriales necesarias para alcanzar los hitos del desarrollo en un individuo < 1 año de edad, que puede fortalecerse.		1	El cuidador(a) principal desea mejorar su capacidad para optimizar la contención del bebé en su entorno.	
		2	El cuidador(a) principal desea controlar los estímulos ambientales.	
		3	El cuidador(a) principal desea mejorar su conocimiento de las señales de comportamiento del bebé.	
		4	El cuidador(a) principal desea mejorar el reconocimiento de conductas de autorregulación del niño(a).	
		5	El cuidador(a) principal desea mejorar la capacidad de respuesta al bebé.	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	1	ADAPTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	1.1 Índice de edad gestacional	1 Problema presente (comprometido).
			1.2 Coordina los patrones de succión, deglución y respiración	
			1.3 Respuesta a los estímulos	
			1.4 Frecuencia respiratoria (30-60)	
2	2	CONOCIMIENTO: CUIDADOS DEL LACTANTE	2.1 Crecimiento y desarrollo normales	2 Problema parcialmente resuelto.
			2.2 Posición adecuada del lactante	
			2.3 Prácticas de seguridad del lactante y prevención de accidente	
			2.4 Métodos de estimulación del lactante	
3	3	ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE	3.1 Ingesta de nutrientes	3 Problema resuelto.
			3.2 Tolerancia a los alimentos	
			3.3 Relación peso/talla	
			3.4 Glucemia	

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ORGANIZACIÓN DEL NEURODESARROLLO INFANTIL

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL LACTANTE

- Fomentar la asignación de los mismos cuidadores profesionales.
- Monitorizar el peso y la talla del lactante.
- Monitorizar los ingresos y las pérdidas.
- Tener en cuenta las preferencias de los progenitores para el baño, cuando sea posible.
- Cambiar los pañales.
- Dar al lactante alimentos que sean adecuados al nivel de desarrollo.
- Disponer oportunidades de succión no nutritiva.
- Retirar los objetos pequeños de la cuna (p. ej., tapones de jeringa y torundas para el alcohol).
- Monitorizar la seguridad del ambiente del lactante.
- Proporcionar al lactante juguetes seguros, adecuados al nivel de desarrollo.
- Proporcionar estimulación visual, auditiva, táctil y cinética durante el juego.
- Estructurar el juego y los cuidados teniendo en cuenta el temperamento del lactante.
- Hablar con el lactante mientras se le administran los cuidados.
- Aconsejar a los progenitores a que realicen los cuidados especiales del lactante.
- Reforzar la habilidad de los progenitores para realizar los cuidados especiales del lactante.
- Informar a los progenitores acerca del estado del lactante.

INTERVENCIÓN (NIC):

ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA

- Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.
- Determinar el deseo y motivación de la madre respecto a la lactancia materna, así como su percepción de esta.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
- Proporcionar los materiales educativos que sean necesarios.
- Fomentar la asistencia a clases y grupos de apoyo de lactancia materna.
- Proporcionar a la madre la oportunidad de dar lactancia tras el parto, cuando sea posible.
- Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia (p. ej., posición de cuna cruzada, cogido como un balón de fútbol y decúbito lateral).
- Instruir a la madre sobre los signos de transferencia de leche (p. ej., fuga de leche, deglución audible y sensaciones de «bajada de la leche»).
- Describir las formas para facilitar la transferencia de la leche (p. ej., técnicas de relajación, masaje mamario y entorno tranquilo).

INTERVENCIÓN (NIC):

EDUCACIÓN PARENTAL: LACTANTE

- Determinar los conocimientos, así como la buena disposición y la habilidad para aprender sobre los cuidados del lactante.
- Monitorizar las necesidades de aprendizaje de la familia.
- Proporcionar orientación anticipatoria acerca de los cambios del desarrollo.
- Ayudar a encontrar maneras de integrar al lactante en el sistema familiar.
- Enseñar habilidades para cuidar al lactante.
- Animar a practicar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Proporcionar orientación anticipatoria sobre los signos de los problemas con la lactancia materna.
- Enseñar a preparar y escoger fórmulas de lactancia artificial.
- Orientar sobre la introducción de alimentos sólidos a partir de los 6 meses de edad.
- Orientar sobre los riesgos de la obesidad del lactante.
- Instruir sobre la suplementación adecuada con fluoruro.
- Informar acerca del desarrollo de la dentición y de la higiene bucal.
- Proporcionar orientación anticipatoria acerca de los cambios en los patrones de evacuación.
- Enseñar cómo tratar y evitar la dermatitis del pañal.
- Proporcionar orientación anticipatoria sobre los cambios en los patrones del sueño.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Hospitalaria
Dirección del Área de Normatividad en Enfermería

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RESPUESTA INEFICAZ DE SUCCIÓN Y DEGLUCIÓN DEL LACTANTE

DOMINIO 13: Crecimiento/desarrollo

CLASE 2: Desarrollo

DEFINICIÓN		CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
Deterioro de la capacidad para coordinar la respiración mientras se consume alimentación oral de forma segura en un individuo ≤1 año.		1	Eventos bradicárdicos	
		2	Atragantamiento	
		3	Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración	
		4	Aleteo nasal	
		5	Deterioro del tono motor	
FACTORES RELACIONADOS		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Hipotermia	1	FUNCIÓN RESPIRATORIA: PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS 1.1 Frecuencia respiratoria 1.2 Ritmo respiratorio 1.3 Profundidad de la inspiración 1.4 Disnea	1 Problema presente (comprometido).
2	Postura inapropiada	2	MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA 2.1 Monitoriza el crecimiento del lactante 2.2 Supervisa el desarrollo del lactante 2.3 Conoce los beneficios de la lactancia materna continuada 2.4 Monitoriza el peso del lactante	2 Problema parcialmente resuelto.
3	Hipotonía muscular	3	CONOCIMIENTO: LACTANCIA MATERNA 3.1 Posición adecuada del lactante durante la toma 3.2 Señales de hambre del lactante 3.3 Sustancias que pasan de la madre al lactante a través de la leche materna 3.4 Beneficios de la lactancia materna	3 Problema resuelto.
4	Comportamiento de succión insatisfactorio			

ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

RESPUESTA INEFICAZ DE SUCCIÓN Y DEGLUCIÓN DEL LACTANTE

INTERVENCIÓN (NIC):

CUIDADOS DEL LACTANTE

- Consolar al lactante meciéndole, cogiéndole, abrazándolo o arropándolo.
- Monitorizar la presencia de signos de dolor en el lactante, como dar patadas, flexionar las rodillas, llanto constante y dificultad para consolarle.
- Utilizar estrategias de manejo del dolor (p. ej., distracción, implicación de los progenitores, colocación, arroparlo o manipulación ambiental).
- Animar a los progenitores a que realicen los cuidados diarios del lactante (p. ej., baño, alimentación, administración de medicación o cambios de vendajes).
- Aconsejar a los progenitores a que realicen los cuidados especiales del lactante.
- Reforzar la habilidad de los progenitores para realizar los cuidados especiales del lactante.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA VÍA AÉREA

- Determinar si la respiración está ausente o es inadecuada.
- Determinar si es necesaria la inserción de una vía aérea.
- Realizar fisioterapia torácica, si está indicado.
- Auscultar los ruidos respiratorios, reseñando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.
- Extraer las secreciones por métodos adecuados (p. ej., tos; aspiración de las áreas orofaríngea, nasofaríngea, traqueal, endotraqueal).
- Abrir la vía aérea mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular, según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC):

MANEJO DE LA NUTRICIÓN

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
- Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.
- Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria.
- Aconsejar al paciente que se siente en posición erguida en la silla, si es posible.
- Asegurarse de que la comida se sirve de forma atractiva y a la temperatura más adecuada para el consumo óptimo.